COLEÇÃO PESQUISAS 3

série

BRASIL & ÁFRICA

HIV AIDS E AS TEIAS DO CAPITALISMO, PATRIARCADO E RACISMO. ÁFRICA DO SUL, BRASIL E MOÇAMBIQUE

Solange Rocha, Ana Cristina de Souza Vieira
e Evandro Alves Barbosa Filho (organizadores)

Editora UFPE

HIV AIDS E AS TEIAS DO CAPITALISMO, PATRIARCADO E RACISMO

ÁFRICA DO SUL, BRASIL E MOÇAMBIQUE

HIV AIDS E AS TEIAS DO CAPITALISMO, PATRIARCADO E RACISMO ÁFRICA DO SUL, BRASIL E MOÇAMBIQUE

Organizadores: Solange Rocha,

Ana Cristina de Souza Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho

série

BRASIL & ÁFRICA

COLEÇÃO PESQUISAS

3

Recife/2016

Editora UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor:
Profº Drº Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

COMISSÃO EDITORIAL

Coordenador:
Profº Drº Marco Mondaini (DSS/UFPE)

Vice coordenador:
Profº Drº José Bento Rosa da Silva (DH/UFPE)

CONSELHO EDITORIAL:
Ana Cristina Vieira (UFPE/Brasil), Ana Piedade Monteiro (Unizambeze/Moçambique), Carlos Arnaldo (Universidade Eduardo Mondlane/ Moçambique), Colin Darch (University of Cape Town/África do Sul), David Hedges (Universidade Eduardo Mondlane/Moçambique), Dayse Cabral de Moura (UFPE/Brasil), Edilson Fernandes de Souza (UFPE/Brasil), Eliane Veras Soares (UFPE/Brasil), Eurídice Monteiro (Universidade de Cabo Verde/Cabo Verde), Gustavo Gomes da Costa Silva (UFPE/Brasil), Isabel Casimiro (Universidade Eduardo Mondlane/Moçambique), Jacimara Souza Santana (UNEB/Brasil), João Carlos Trindade (Centro de Estudos Sociais Aquino de Bragança/Moçambique), José Bento Rosa da Silva (UFPE/Brasil), Judith Head (University of Cape Town/África do Sul), Maram Mané (Escola Nacional de Saúde/Guiné Bissau), Marco Mondaini (UFPE/Brasil), Marcos Costa Lima (UFPE/Brasil), Remo Mutzbemberg (UFPE/Brasil), Robert Slanes (UNICAMP/ Brasil), Solange Rocha (University of Cape Town/África do Sul), Teresa Amal (Universidade de Coimbra/Portugal), Tereza Cruz e Silva (Universidade Eduardo Mondlane/Moçambique), Valdemir Zamparoni (UFBA/Brasil).

Projeto Gráfico:
Daniel L. Apolinário e Xenya Bucchioni

Diagramação:
Fabiola Mendonça e Karla Tenório

Revisão
Márcia Larangeira

Catalogação na fonte:
Bibliotecária Liliane Campos Gonzaga de Noronha, CRB4-1702

H676 HIV Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo : África do Sul, Brasil e Moçambique [recurso eletrônico] / Organizadores : Solange Rocha, Ana Cristina de Souza Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho – Recife: Editora UFPE, 2016.
(Série Brasil & África. Coleção Pesquisas, 3).

Inclui referências
ISBN 978-85-415-0841-4 (online)

1. AIDS (Doença) – África do Sul – Epidemiologia. 2. AIDS (Doença) – Brasil – Epidemiologia. 3. AIDS (Doença) – Moçambique – Epidemiologia. 4. Mulheres HIV-Positivo – Brasil – Condições sociais. 5. Política de Saúde – Brasil. I. Rocha, Solange (Org.). II. Vieira, Ana Cristina de Souza (Org.). III. Barbosa Filho, Evandro Alves (Org.). IV. Título da série.

362.1969792 CDD (23.ed.) UFPE (BC2016-097)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA SÉRIE 7

RELAÇÃO DOS LIVROS PUBLICADOS DA SÉRIE BRASIL & ÁFRICA 9

APRESENTAÇÃO 11

PREFÁCIO 15

PARTE I: RAÍZES DAS DETERMINAÇÕES SOCIOECONÔMICAS E POLÍTICAS 25

Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV e Aids na periferia capitalista: Uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique 27

A reprodução das relações capitalistas na África do Sul pós-*apartheid:* a unidade entre transformismo político e reforma neoliberal 157

Joana Uarapa - Entrevista por Joana Ou-chim 207

PARTE II: POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A GARANTIA DO ACESSO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV 213

Brasil, África do Sul e Moçambique: particularidades socioeconômicas e políticas e a epidemia de HIV e Aids 215

Discutindo necessidades e direitos sociais no âmbito do enfrentamento da epidemia de Aids 267

Serviços de assistência especializada em HIV e Aids de Recife no contexto da contrarreforma da política de saúde 295

Transições e prevenção: o caso do HIV/SIDA 323

Saminha Jahali - Entrevista por Joana Ou-chim 349

PARTE III: HIV E AIDS - ESTUDOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES NO CONTEXTO DE DESIGUALDADES DE GÊNERO 353

Mulheres, HIV e Aids: Os Silêncios e as Vozes no Brasil, África do Sul e Moçambique 355

Construindo estratégias de negociação: dialogando com o feminismo no contexto de HIV e SIDA 401

Narrativas sobre o feminismo de mulheres negras em Recife e Africanas em Maputo: aportes iniciais 429

PARTE IV: REPORTAGEM 447

Sob o céu de Moçambique: as mulheres e homens que vivem e combatem a epidemia de SIDA 449

LINHA DO TEMPO - Marcos Mundiais 475

LINHA DO TEMPO - Moçambique, Brasil e África do Sul 483

AS AUTORAS E OS AUTORES 503

APRESENTAÇÃO DA SÉRIE

Constituída por 3 Coleções (Pesquisas, Ensaios e Clássicos), a ***Série Brasil & África*** expressa duas ordens de fatos fundamentais: por um lado, a virada geopolítica ocorrida no Brasil no início do século XXI, que aponta para a mudança na ordem de prioridades no campo das relações internacionais, com a passagem de ênfase do diálogo "Norte-Sul" para o diálogo "Sul-Sul"; por outro lado, a tomada de consciência da necessidade de construção de laços mais estreitos no campo acadêmico-intelectual entre os saberes que são construídos no Brasil e no continente africano — especialmente, mas não de maneira exclusiva, nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPs).

Fundada em tal princípio, a ***Série Brasil & África*** nasce assumindo o compromisso ético de edificação de novos olhares que sejam suficientemente capazes de reconhecer as novas experiências sociais e políticas antissistêmicas emergentes no Brasil e em África, direcionadas à construção de uma nova ordem referenciada na afirmação da democracia e dos direitos humanos compreendidos na sua radicalidade, como forças voltadas à so- cialização do poder.

Dentro desse contexto, a ***Série Brasil & África*** propõe alinhar-se ao conjunto de iniciativas surgidas na última década no sentido de aproximar universidades e centros de pesquisa engajados no processo de reflexão crítica sobre os traços

universais que identificam os Estados e sociedades do Sul do mundo num mesmo quadrante geopolítico, mas, também, sobre as suas particularidades histórico-sociais, responsáveis pela sua diferenciação.

Inicialmente apoiada pela Pró-Reitoria de Extensão, a ***Série Brasil & África*** vincula-se agora ao recém criado ***Instituto de Estudos da África (IEAf)*** da UFPE, uma nova unidade acadêmica que nasce como expressão dos compromissos assumidos pela instituição na direção da sua internacionalização.

Marco Mondaini

(Professor da UFPE e Coordenador da Série Brasil & África

e do Instituto de Estudos da África da UFPE)

RELAÇÃO DE LIVROS PUBLICADOS DA SÉRIE BRASIL & ÁFRICA

COLEÇÃO CLÁSSICOS

Sonhar é preciso - Aquino de Bragança: Independência e revolução na África portuguesa (1980-1986)
Marco Mondaini (organizador)

O mineiro moçambicano: Um estudo sobre a exportação de mão de obra em Inhambane
Ruth First (coordenadora)

Cultura em tempos de libertação nacional e revolução social: Amílcar Cabral, Samora Machel e Mário de Andrade
Marco Mondaini (organizador)

COLEÇÃO PESQUISAS

Paz na terra, guerra em casa. Feminismo e organizações de mulheres em Moçambique
Isabel Casimiro

Entre os senhores das ilhas e as descontentes. Identidade, classe e gênero na estruturação do campo político em Cabo Verde
Eurídice Furtado Monteiro

HIV AIDS e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil e Moçambique
Solange Rocha, Ana Cristina de Souza Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho (organizadores)

História, saúde e culturas em África e Brasil
Jacimara Souza Santana (organizadora)

COLEÇÃO ENSAIOS

Mortalidade das mulheres em idade fértil e mortalidade materna: Tendências, determinantes e causas numa coorte comunitária na Guiné Bissau de 1996 a 2007
Maram Mané

Voluntários forçados: Discurso e contradiscurso acerca do trabalho nas colônias lusas – (1925-1935)
José Bento Rosa da Silva

O continente demasiado grande: Reflexões sobre temáticas africanas contemporâneas
Colin Darch

APRESENTAÇÃO

Como parte da **Série Brasil & África** a Coleção Pesquisas apresenta artigos teóricos, análises de pesquisas e reflexões resultantes do diálogo Sul-Sul que a Universidade Federal de Pernambuco (Brasil), Universidade Eduardo Mondlane (Moçambique) e University of Cape Town (África do Sul) estão a realizar desde 2008.

O propósito é aprofundar o conhecimento e refletir sobre as experiências político-sociais e culturais no âmbito do direito à saúde, particularmente sobre a epidemia do HIV e Aids, por ser uma epidemia que expõe e agudiza as relações de poder e as dinâmicas da acumulação capitalista. Os artigos apresentam de forma diversa a grande complexidade dos sentidos da epidemia no atual contexto de disputa por respostas do Estado na área da saúde em cada país; consideram-se as diferentes realidades e procura-se compreender os limites das relações de gênero, raça, classe e orientação sexual no contexto da epidemia do HIV.

A contribuição acadêmica e profícua reflexão teórica nesse campo temático entre essas instituições de ensino foi possível através de projetos de pesquisas e intercâmbios apoiados pelo CNPQ e pela CAPES/AULP que criaram as

condições para os encontros, pesquisas e debates. Destacam-se os projetos de pesquisas:

• Projeto de intercâmbio Brasil e Moçambique – CAPES/AULP – Mobilidade docente e discente na área das ciências humanas na cooperação Sul-Sul - Departamento de Serviço Social, Psicologia e Comunicação/UFPE e Departamento de Sociologia da Universidade de Cape Town e Universidade Eduardo Mondlane/Centro de Estudos Africano. CAPES/AULP/2013-2017.

• Acesso às políticas sociais para pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, África do Sul e Moçambique. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social/UFPE, Universidade Eduardo Mondlane e Departamento de Sociologia da Universidade de Cape Town. CNPq/2012-2015

• As desigualdades, pobreza e Aids no Brasil, Moçambique e África do Sul. Determinantes sociais e mobilização social. CNPq /2010-2012.

• Determinantes sociais e Aids - Brasil e África do Sul – CNPq/2008-2010

O livro está dividido em três partes. Na primeira, traça um debate teórico entre o Brasil, Moçambique e África do Sul, objetivando fundamentar com uma análise crítica as determinações estruturais que impactam as políticas de saúde. Referencia-se na linha do tempo da epidemia da Aids, do início da epidemia na década de 80 até os dias atuais. Com o foco nas respostas nacionais ao HIV e Aidsanalisa a aplicação de programas de ajuste neoliberal, que mercantilizaram e/ou impactaram negativamente a expansão da cobertura e a qualidade dos sistemas nacionais de saúde. Também traz uma analise que aprofunda o conhecimento histórico sobre a África do Sul

e a reprodução das relações sociais capitalistas no pós-apartheid.

A segunda parte do livro avança no entendimento dos elementos essenciais para a garantia do direito à saúde, os artigos trazem resultados de pesquisas empíricas e visam contribuir para subsidiar a promoção de políticas sociais e as lutas da sociedade civil.

A terceira parte busca problematizar as vulnerabilidades das mulheres frente à epidemia da Aids. Aprofundou-se o conhecimento sobre esses países para se compreender a relação entre as diversas iniquidades sociais e as relações de poder consubstanciadas na pauperização, no sexismo, racismo, homofobia integradas na dinâmica de reprodução social do Estado e da sociedade de classes. Nessa seção, os artigos sobre a experiência de intercâmbio trazem, na primeira pessoa, importantes reflexões político-culturais e sociais sobre o olhar de jovens feministas negras em Moçambique.

Separando as sessões do livro optamos por inserir trechos de duas histórias de vida, que esperamos possam contribuir para a compreensão do/a leitor/a sobre as relações econômicas e de gênero que conformam a sociedade moçambicana. Consideramos, apesar das profundas diferenças político-econômicas e sociais, que os elementos patriarcais dessas histórias também possam servir para compreender as dinâmicas de poder que perpassam a epidemia de Aids nos três países. O artigo-reportagem que fecha o livro traz reflexões a partir da vida cotidiana, sobre os significados da epidemia de Aids e o aprendizado das estudantes brasileiras em Moçambique. Para finalizar, a linha do tempo de três décadas da epidemia do HIV Aids sintetiza os principais marcos de avanços e disputas na luta

contra a epidemia nos três países.

Solange Rocha

Ana Cristina de Souza Vieira

Evando Alves Barbosa Filho

PREFÁCIO

Marco Mondaini

O presente livro representa uma importante iniciativa acadêmica no sentido de reverter a "irrisória contribuição brasileira para o conhecimento da África[1]" , e, assim, "superar os rótulos e estereótipos que obscurecem nossa percepção dela[2]". No entanto, tal iniciativa acadêmica necessita ser contextualizada dentro de um processo mais amplo, que se vincula às decisões tomadas pelos governos brasileiros, desde o ano de 2003, no plano das relações internacionais, e que, no momento em que redijo estas linhas, encontram-se sob forte risco de reversão.

Dito de outra maneira, o fértil diálogo intelectual estabelecido entre pesquisadores brasileiros, moçambicanos e sul-africanos acerca da epidemia de HIV-Aids nos seus países, além de se guiar por uma madura perspectiva comparativa e uma rica problematização que a entrelaça aos elementos de determinação presentes no capitalismo, patriarcado e racismo, expressa em termos acadêmicos um redirecionamento da política externa brasileira, que resultou no fomento às pesquisas sobre África em nosso país, possibilitando

1 GONÇALVES, Jonuel. "Introdução" in África no mundo contemporâneo: estruturas e relações. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p.10.

2 MACEDO, José Rivair. História da África. São Paulo: Contexto, 2013, p.10.

o alargamento dos olhares da pesquisa feita no Brasil e superando os limites tradicionalmente impostos pelas influências epistemológicas e objetos definidos pelo eixo Europa-Estados Unidos.

Proponho-me, no breve espaço desse prefácio, a resgatar, ainda que de forma incipiente, os principais passos da trajetória histórica de aproximação em relação à África, que teve seus momentos mais significativos nos 8 anos da política externa levada a cabo pelo governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva, entre 2003 e 2010, os quais potencializaram o desenvolvimento de um olhar novo, "originário do" e "voltado para" o Sul, que perpassa os poros desse novo livro da Série Brasil & África.

Parece ser consensual o fato de que, até a "política externa independente" dos presidentes Jânio Quadros e João Goulart (1961-1964), a proximidade diplomática com Portugal fazia com que fossem praticamente inexistentes as relações com os países do continente africano, aí incluídas as relações de caráter acadêmico.

Com o governo do general Ernesto Geisel e o seu, assim chamado, "pragmatismo responsável", na segunda metade da década de 1970, o Brasil deu um passo importante na direção do reconhecimento da África, estreitando relações diplomáticas que procuravam minorar os impactos causados pela crise do petróleo de 1973. Então, as ações da política externa brasileira miravam o campo econômico lançando mão em contrapartida da cooperação técnica.

Um fator fundamental para que tal aproximação ocorresse deu-se com o fim do

chamado "constrangimento português", ou seja, das pressões exercidas pelo colonialismo português até a década de 1970, quando desmorona o Império colonial português em África, no curso da independência de Guiné Bissau (9/1973), Moçambique (6/1975), Cabo Verde (7/1975) e Angola (11/1975).

Dentro desse contexto, o reconhecimento de primeira hora da independência de Angola, num contexto de Guerra Fria, foi um marco importante para a posterior aproximação com as ex-colônias portuguesas em África. Isso, num momento em que ainda havia combates bélicos nas cercanias de Luanda. O fato de estarem à frente dos processos de libertação nacional homens como Amílcar Cabral, Agostinho Neto e Samora Machel, com organizações de caráter marxista-leninista como o PAIGC, o MPLA e a FRELIMO, demonstra o importante declínio da influência do anticomunismo na formulação da política externa brasileira.

De maneira sintética, é possível dizer que o processo de descolonização da África impactou a política externa brasileira no pós 2ª Guerra Mundial, mas, mesmo com a "política externa independente" (1961-1964), há um constrangimento interno (a crise econômica) e um constrangimento externo (a luta anticomunista) para o aprofundamento das relações Brasil-África. O Golpe de 64 corta o discurso culturalista de aproximação com a África, da primeira metade dos anos 1960, só sendo retomada com o "pragmatismo responsável" de Geisel, num momento em que, por um lado, se encerra a hipoteca portuguesa, com a Revolução dos Cravos, de abril de 1974, e, por outro lado, torna-se imperiosa a necessidade econômica de busca de mercados para os produtos brasileiros e novos fornecedores de petróleo, a partir da crise de 1973.

Terminada a ditadura civil-militar, em 1985, as relações diplomáticas entre Brasil e África esfriam-se progressivamente, até a fase de desleixo que caracterizou os anos de presidência de Fernando Henrique Cardoso - muito em função da crise econômica que se abateu sobre os dois lados do Atlântico Sul, mas também por uma orientação que enfatizava a relação do Brasil com o Norte desenvolvido do planeta e que achava suficiente a presença do Brasil na África por meio de missões de paz e cooperações técnicas. De fato, nos tempos em que Luis Felipe Lampreia encontrava-se à frente do Ministério das Relações Exteriores, a presença brasileira na África dava-se mais por meio das Nações Unidas do que através de ações efetivas.

Porém, para o ministro Lampreia, nos seus tempos, o Brasil teria estado presente sim na África e não de maneira instrumental, numa crítica clara ao que teria sido a principal intenção do período em que o ministro Celso Amorim comandava o Itamaraty, nos 8 anos do governo do presidente Lula.

O renascimento econômico africano, junto ao avanço dos interesses asiáticos na região (China e Índia, principalmente) e à retomada do desenvolvimento no Brasil, no início do século XXI, fizeram com que as relações entre Brasil e África fossem recuperadas com muito fôlego, agora, com uma "dimensão estratégica mundial".

Nas palavras do historiador da UFRGS, Paulo Fagundes Visentini, que acaba de lançar um livro intitulado *A Relação Brasil-África: prestígio*, *cooperação ou negócios?*:

> O novo governo, apesar de certa falta de coordenação e carência de recursos,

> deu um salto qualitativo nas relações com a África, estabelecendo os fundamentos da Cooperação Sul-Sul. A semiperiferia encontrava a periferia, forjando mecanismos mutuamente vantajosos. Como parte do BRICS, tal relacionamento adquiria um significado geopolítico e geoeconômico extremamente relevante. A África contribuiu para a projeção internacional do Brasil, enquanto nosso país auxiliava na emergência global das nações africanas. No campo econômico, as empresas brasileiras, chinesas e indianas, além de outras, foram ganhando o espaço até então dominado por companhias europeias e norte-americanas[3].

De fato, é preciso sublinhar a importância da cooperação Sul-Sul como o aspecto mais forte da nova política externa brasileira dos anos de governo do presidente Lula, fazendo com que o país passasse a ter a ambição de ocupar um papel mais central nas relações diplomáticas no plano internacional. Foi então que o Brasil passou a fazer demandas para ocupar cargos de direção das mais importantes organizações mundiais, sugerir propostas para resolver os grandes problemas mundiais, como o combate à fome e a questão ambiental, apresentar-se como mediador de conflitos, participar ativamente de missões de paz, ao mesmo tempo, criticando as políticas protecionistas dos grandes Estados e clamando por modificações na estrutura de poder.

Mas, a ênfase na cooperação Sul-Sul não pode nos levar ao equívoco de imaginar que as relações tradicionais com Estados Unidos, Europa e Japão tenham sido deixadas de lado, pois continuaram a ser, de longe, as que tiveram maior atenção do Itamaraty.

Ainda de acordo com Paulo Fagundes Visentini, o forte impulso da retomada das relações entre Brasil-África dos 8 anos de presidência Lula sofreu um

3 VISENTINI, Paulo Fagundes. A relação Brasil-África. Prestígio, cooperação ou negócios? Rio de Janeiro: Alta Books, 2016, p. xi.

impacto responsável por fazer com que estas ficassem em compasso de espera, durante o governo da presidente Dilma Rousseff:

> Para essas [as companhias europeias e norte-americanas] é difícil competir com as empresas chinesas, mas as do Brasil eram mais vulneráveis. Na esteira da Guerra ao Terror e da Primavera Árabe, iniciou-se um novo ciclo de militarização Ocidental na África e campanhas para desacreditar a ação brasileira. O Brasil, inclusive, passou a ser apontado nos meios políticos, jornalísticos e acadêmicos dos países desenvolvidos como uma nação racista (isso em pleno apogeu das políticas afirmativas). Tal campanha visava obstaculizar a relação Brasil–África, a qual se somou a falta de interesse do Governo Dilma Rousseff em relação aos avanços logrados por Lula. Hoje, tudo se encontra em compasso de espera[4].

As críticas à política de cooperação Sul-Sul do governo Lula evidentemente não vinham apenas do exterior, mas também de dentro do país, procurando defender a ideia de que o Brasil perdia economicamente com a opção de estreitar os laços com a África (e, também, América Latina), ao invés de priorizar as tradicionais relações com os países ricos do Norte do planeta.

Mas no que consistiu a nova política externa brasileira para a África, durante os 2 mandatos do presidente Lula?

De um ponto de vista individualizante, esta é fruto de uma conjuntura política que teve a duração de 8 anos e reuniu 4 personalidades: o próprio presidente Lula, o ministro das relações exteriores Celso Amorim, o secretário do MRE Samuel Pinheiro Guimarães e o assessor especial para assuntos internacionais Marco Aurélio Garcia.

O horizonte da política externa brasileira nos 8 anos da presidência Lula

4 Ibid. p. xii.

orientou-se pela combinação entre "solidariedade internacional e defesa dos valores e interesses brasileiros", combinação esta que o ministro Celso Amorim definiu como política de "não-indiferença" - uma "diretriz humanista da nossa política externa".

A mudança paradigmática levada a cabo pela gestão de Celso Amorim à frente do MRE vincula-se exatamente à adoção, em parte retórica, do princípio de solidariedade na política externa brasileira, a qual passa a guiar a promoção de novas alianças que pudessem conferir um novo status internacional ao Brasil.

Para Amorim, o princípio do interesse nacional não seria contraditório em relação ao princípio da solidariedade, mas sim complementar. Reunidos, os dois princípios seriam passíveis de levar o Brasil a um novo patamar no cenário internacional.

Na América Latina, há dois exemplos da aplicação prática dessa complementaridade entre os princípios do interesse nacional e da solidariedade: a nacionalização dos hidrocarbonetos pelo presidente da Bolívia, Evo Morales, em 2006; e a revisão do Tratado de Itaipu com o Paraguai do presidente Fernando Lugo, em 2011.

No que diz respeito à África, um dado já fala por si só em relação à mudança de prioridades da política externa brasileira quanto ao continente: em 8 anos de mandato, o presidente Lula visitou a África 33 vezes e o ministro Amorim 66 vezes (nos seus 8 anos de mandato, o presidente Fernando Henrique Cardoso fez apenas duas viagens ao continente africano!). Das 37 embaixadas brasileiras lá existentes, 19 foram instaladas na gestão Lula/ Amorim.

Entretanto, de um ponto de vista crítico, precisamos ir além das afirmações feitas pelo ministro Celso Amorim acerca do princípio da solidariedade. Não podemos nos esquecer que, por detrás da diplomacia do presidente Lula na África, encontra-se uma rede de interesses que vai muito além de uma simples cooperação no campo das técnicas agrícolas. De fato, o "canto da sereia" da diplomacia brasileira na África abriu espaços para a entrada no continente africano de empresas privadas na área da exploração de carvão mineral (Vale S.A.) e no setor da construção (Norberto Odebrecht S.A. e Camargo Corrêa S.A.).

Isso, sem esquecer da exportação do agronegócio nacional para Moçambique, por meio do ProSavana, um programa que, numa ação de natureza neocolonialista, pretende reproduzir a experiência brasileira do Cerrado de submissão da agricultura familiar à agricultura comercial de larga escala, com a expansão desenfreada de monoculturas, da concentração de terras nas mãos do agronegócio em prejuízo de pequenos produtores e das comunidades locais, do desmatamento, da erosão do solo, da contaminação dos recursos hídricos devido à utilização intensiva de pesticidas e fertilizantes químicos.

Assim, a aproximação com o continente africano dos anos Lula/Amorim, longe de procurar apenas resolver os problemas daquelas populações, almeja também ampliar o espaço de atuação da diplomacia brasileira, aumentar o grau de influência junto a esses países, obter apoio para suas reivindicações e favorecer a entrada das grandes empresas brasileiras visando competir com chances de igualdade com outras similares, por exemplo, do continente asiático.

Porém, por outro lado, não obstante os interesses comerciais e a política de potência presentes na formulação da política externa brasileira, nos 8 anos do governo do presidente Lula, em relação ao continente africano (e, também, latino-americano), a defesa da ênfase na cooperação Sul-Sul teve resultados concretos no espaço acadêmico-universitário, facilmente visualizados em algumas das ações implementadas pelo MEC, CNPq e CAPES, que merecem ser aqui citadas:

a) A concessão de bolsas PEC-G e PEC-PG, prioritariamente para estudantes africanos e latino-americanos.

b) O edital ProÁfrica do CNPq de financiamento a pesquisas sobre África.

c) O edital CAPES/AULP de pró-mobilidade com universidades de países africanos de língua portuguesa.

d) A criação da Universidade Federal de Integração Luso-Afro-Brasileira (UNILAB), com sede na cidade de Redenção, no Ceará (primeiro município a proclamar a libertação de escravos no Brasil, em 1883), da mesma forma que, em Foz do Iguaçu, a criação da UNILA, a Universidade Federal de Integração Latino-Americana [5].

Espero não estar faltando com a verdade ao afirmar que este **HIV Aids e as teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo - África do Sul, Brasil e Moçambique** é, também ele, um subproduto dessa nova mentalidade que hoje, infelizmente, pode estar com os dias contados.

5 Acrescentaria a essas quatro ações a criação, dentro do espaço da Universidade Federal de Pernambuco, dos Institutos de Estudos da África, Ásia e América Latina, no ano de 2015.

PARTE I

RAÍZES DAS DETERMINAÇÕES SOCIOECONÔMICAS E POLÍTICAS

TRÊS DÉCADAS DE NEOLIBERALISMO E DE LUTAS CONTRA A EPIDEMIA DE HIV E AIDS NA PERIFERIA CAPITALISTA: Uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique

Evandro Alves Barbosa Filho

Solange Rocha

1. INTRODUÇÃO

Os objetivos deste trabalho são historicizar o surgimento e adoção da ideologia hegemônica nos programas de ajuste e de reformas da África do Sul, do Brasil e de Moçambique nas últimas três décadas, a neoliberal; caracterizar a ascensão e impacto do neoliberalismo sobre as políticas e serviços de saúde desses países de capitalismo periférico, assumindo como foco os programas nacionais de HIV/Aids e, por fim, identificar os principais marcos histórico e políticos da luta contra a pandemia de HIV/Aids nos três países entre os anos 1980 – 2015.

Mais do que o cenário da epidemia global de HIV/Aids, o neoliberalismo configurou o contexto político e econômico em que esta pandemia se materializou: o de mais de três décadas de hegemonia das teses e de aplicação de programas de ajuste neoliberal, que mercantilizaram e/ou impactaram negativamente na expansão da cobertura e na qualidade dos sistemas

nacionais de saúde. O neoliberalismo parece ter moldado a dinâmica global da epidemia, definindo o HIV/Aids como uma epidemia que se concentra entre os grupos social e economicamente mais explorados da sociabilidade capitalista e, consequentemente, mais impactados pelos programas de ajuste e reformas neoliberais. A relação entre mundialização do HIV/Aids e os programas de ajuste neoliberal é tão profunda que a doença foi classificada por Jason Hickel (2012), ao analisar a relação entre choques neoliberais e disseminação da epidemia em países africanos, como uma "praga neoliberal".

Este trabalho tem como unidades de análise países pertencentes às duas regiões mais desiguais do mundo, que concentram respectivamente a primeira e a terceira maior população de pessoas soropositivas[1], a África Subsaariana e a América Latina. O estudo tem uma abordagem qualitativa, sendo o *corpus* da pesquisa composto por publicações e documentos dos três países: livros, relatórios de pesquisa, trabalhos monográficos e artigos de periódicos das ciências sociais e humanas e da área da saúde e documentos oficiais, administrativos e técnicos, em inglês e português, que abordam as respostas dos Estados brasileiro, moçambicano e sul-africano à epidemia de HIV durante o período 1980 – 2015. As obras teóricas e de pesquisa aplicada, traçaram a relação entre as reformas e/ou ideologias neoliberais e a expansão

1 Segundo Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids - Unaids (2012), as três regiões do mundo com maior número de pessoas soropositivas são: África Subsaariana com 23,5 milhões de infectados, o Sul e Sudeste Asiático com 4 milhões; e em terceiro a América Latina, com 1,7 milhões dos 33,5 milhões de soropositivos do mundo.

do HIV/Aids entre as classes e grupos mais pauperizados e subalternizados e os impactos dos programas de ajuste neoliberal nos sistemas de proteção social e saúde nesses países.

O desenvolvimento da pesquisa bibliográfica e documental se desdobrou em quatro momentos: identificação, localização, compilação e fichamento da literatura analisada. Os resultados do levantamento sobre os marcos das mais de três décadas de luta contra o HIV, nos países investigados, foram compilados e apresentados na linha do tempo apresentada neste livro. A expectativa é que esta linha do tempo auxilie estudiosos do tema a identificar facilmente os principais acontecimentos e/ou sujeitos da luta contra o HIV/Aids nos três países. Já a análise do processo de formulação teórico-política do neoliberalismo e de suas implicações sobre as funções sociais e econômicas do Estado nos processos de neoliberalização e de respostas à epidemia de HIV/Aids na África do Sul, no Brasil e em Moçambique é realizada nos tópicos a seguir.

É válido ressaltar que as análises realizadas se fundamentam na teoria social crítica, a partir da obra de autores anticapitalistas como Patrick Bond, Perry Anderson, David Harvey, Grace Davie, Sylvia Chant, Andre José, Joachim Hirsch e Sampie Terreblanche entre outros.

Nessas três décadas de neoliberalismo e suas variantes mais ou menos

orientadas à restauração do poder de classe da burguesia, as políticas de ajuste estrutural e os padrões pós-fordistas de política social têm sido as forças dominantes sobre formulação e/ou implementação da política de saúde[2]. Tal fato vem gerando níveis mais severos de pauperização e exploração sobre as classes e grupos subalternizados e a expansão da mercantilização da saúde, configurando um *apartheid* sanitário que separa a população mundial entre os que podem e os que não podem pagar pelo acesso a programas e serviços de saúde.

A hipótese aqui defendida é que mesmo diante da complexidade de determinações da luta pelo controle do HIV/Aids S, que vão além das determinações econômicas, biológicas e políticas, estendendo-se às relações de gênero e culturais e às lutas sociais pelos direitos das pessoas soropositivas, as respostas nacionais e globais à epidemia sofrem as implicações diretas das determinações mais gerais da política de saúde sob o capitalismo tardio. A exemplo, a privatização e/ou reprivatização e supercapitalização dos sistemas nacionais de saúde e dos serviços de bem-estar e a guinada ao neoliberalismo de antigos partidos de esquerda e de libertação nacional e assim como de organizações multilaterais, que vinham defendendo a implantação de sistemas de saúde universais e gratuitos desde a sua criação no pós-segunda guerra.

Esta (re)mercantilização dos sistemas, seguros e políticas de saúde foi amplamente legitimada por meio da supremacia da ideologia neoliberal, cujos discursos se consolidaram como *mainstream* entre formuladores de

2 Sobre isso ver Bob Deacon (2007).

políticas econômicas e entre as elites políticas[3]. Este processo se deu no intuito de garantir a restauração das taxas de lucro do capital que estavam decrescentes desde o fim da década de 1960, e que culminou na crise de 1973, por meio da mercantilização de praticamente todas as esferas da vida social (como a cultura, a saúde e a educação) e do aprofundamento dos níveis de exploração da força de trabalho, sobretudo da força de trabalho feminina.

Em um primeiro momento, a proposta dos autores era elaborar um trabalho descritivo, estruturado no formato cronológico de uma "linha do tempo" entre os anos de 1980 e 2015, evidenciando os principais marcos nas respostas à epidemia global de HIV/Aids, suas evoluções e /ou retrocessos, assim como as medidas políticas de ação no Brasil e Moçambique e África do Sul para controlar a expansão dessa epidemia. Porém, no processo de revisão bibliográfica e documental para construção desta cronologia das respostas e omissões à epidemia, a constante menção ao neoliberalismo e suas implicações na dinâmica da pandemia de HIV foi um achado de pesquisa relevante.

As "reformas neoliberais", o "ajuste neoliberal", o "choque neoliberal", os "programas de ajuste estrutural" e as "políticas neoliberais" eram algumas fórmulas discursivas[4] que surgiam na bibliografia, relatórios de pesquisa e

3 Nos três países os antes partidos pertencentes ao campo das esquerdas socialistas amoldaram-se ao ideário e/ou práticas neoliberais das elites políticas dos partidos no poder, ver: sobre o Brasil, Mauro Iasi (2012); sobre a África do Sul ver Sampie Terreblanche (2012) e, por fim, sobre a experiência de transformismo ideológico neoliberal em Moçambique, ver Antônio Cristiano José (2005) & Kjeld Jakobsen e Daniela Sampaio de Carvalho (2008).

4 Com base no trabalho de Alice Krieg-Planque (2011) sobre as fórmulas discursivas como elementos de análise do discurso, entende-se que estes [o que? Quando vcs mencionam "estes" se referem aos exemplos aspeados que estão no texto?]são processos discursivos que surgem em um momento do debate público; uma sequência verbal, formalmente demarcável e relativamente estável do ponto de vista da descrição linguística que se pode fazer dela,

documentos consultados sobre HIV e Aids, produzida nos e/ou sobre os três países. Este achado levou a equipe da pesquisa a considerar o neoliberalismo como um processo da sociabilidade capitalista, que unifica as distintas histórias e formações sociais da África do Sul, Brasil e Moçambique, países da periferia capitalista e submetidos às contrarreformas e programas de ajuste ao mesmo tempo em que esses países respondiam à complexas epidemias de HIV/Aids. Também ficou evidente que compreender o neoliberalismo em sua complexidade histórica, ideológica e política é fundamental para permitir análises sobre as possibilidades e/ou limites do Estado capitalista, do mercado e da sociedade civil frente à pandemia de HIV.

Esta pandemia desenvolve-se em um contexto de supremacia capitalista neoliberal que, segundo David Harvey (2005, 2008), é de acumulação por espoliação de direitos. Os efeitos da "espoliação de direitos" ou da supercapitalização de esferas do Estado antes não mercantilizadas (MANDEL, 1982) sobre a saúde de homens e mulheres vivendo com HIV/Aids é reconhecida pelos estudiosos do tema. Estes intelectuais apontam que, desde a década de 1980, o adoecimento e a morte são amplamente ocasionados pela inexistência ou insuficiência de políticas e serviços de saúde, que garantam o direito humano à saúde para mulheres e homens soropositivos, de maneira gratuita, integral e humanizada (PILLAY; BARRON & ZUNGU, 2013)

---

que põe-se a funcionar nos discursos produzidos no espaço público como uma sequência tão partilhada como problemática. Empregada em usos públicos que a investem de questões sociopolíticas por vezes contraditórias, essa sequência conhece, então, um regime discursivo que faz dela uma fórmula: um objeto descritível nas categorias da língua e cujo destino – ao mesmo tempo invasivo e continuamente questionado – no interior dos discursos é determinado pelas práticas linguísticas e pelo estado das relações de opinião e de poder em um momento dado no seio do espaço público.

Por meio da revisão de literatura, também foi verificado que a temática do neoliberalismo não é um "vazio" na literatura acadêmica sobre HIV/Aids, ele é mencionado em algumas produções oriundas de diversas ciências ou áreas de conhecimento que abordam a epidemia de HIV/Aids. Nesta bibliografia, o neoliberalismo geralmente é considerado um determinante nas restrições de orçamento e cobertura dos programas e políticas de prevenção e assistência à saúde prestada às pessoas soropositivas. Porém, raramente surge nesses trabalhos como uma ideologia adequada aos apelos (neo)conservadores de silenciar e/ou negligenciar os aspectos culturais e as relações de poder que determinam a expansão da epidemia (DEACON, 2007; POSEL, 2008; ROCHA, 2011)

No entanto, verificou-se que o neoliberalismo não é amplamente abordado como um objeto central de análise dos pesquisadores e estudiosos da área de HIV/Aids, especialmente no material em português, e muito menos a relação entre o Estado neoliberal (em suas de formas de materializar o neoliberalismo: ajustes estruturais, contrarreformas, políticas de austeridade e reformas institucionais etc) e as restrições de cobertura e assistência dos sistemas nacionais de saúde, que reduzem as possibilidades de acesso das pessoas soropositivas ao tratamento parcial ou integral. Tratamento que, segundo Rocha (2011), Heunis, Wouters e Kigozi (2012) Pillay, Barron e Zungu (2015), vai muito além do já restrito acesso aos antiretrovirais, demandando a organização de uma ampla rede de proteção social e a garantia da integralidade do direito à saúde. Demandas estas deslegitimadas pelo discurso neoliberal, para o qual até mesmo as necessidades básicas de saúde devem ser relegadas total ou parcialmente ao mercado (HARVEY,

2008; BOND, 2014).

Portanto, neste trabalho, a tentativa é de resgatar o percurso histórico de formação do pensamento neoliberal e sua implementação como projeto de restauração de classe (HAART, 2013; HARVEY, 2007, 2011) e, por fim, caracterizar as suas implicações em mais de três décadas de luta contra o HIV/ Aids nas regiões do globo em que os países pesquisados estão situados − América Latina, a mais desigual do mundo, e África Subsaariana, a mais pobre do globo −, tendo como objeto de análise a história recente da África do Sul, do Brasil e de Moçambique.

2. PENSAMENTO NEOLIBERAL: SUAS ORIGENS, TESES E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PANDEMIA DE HIV/ AIDS

O neoliberalismo é, em primeiro lugar, uma teoria das práticas políticas e econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser maximizado liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras dos indivíduos no âmbito das estruturas institucionais (políticas, jurídicas, administrativa) orientadas ao mercado. Ele se caracteriza pelo apelo por sólidos direitos à propriedade privada, sendo a principal função do Estado, aqui entendido como a forma política burguesa[5], garantir as melhores condições para que

5 Para a teoria marxista, a existência do Estado está relacionada às contradições das classes sociais existentes na sociedade. Assim, em vez do Estado soberano e superior, acima dos homens, Karl Marx apresenta-o como um instrumento da classe dominante. Marx considera o homem um ser social, que trabalha em sociedade e estabelece relações sociais. — É no modo de produção burguês que cada um individualmente se põe em relação com outro indivíduo, sem ter consciência do caráter social dessas relações econômicas. Marx critica a visão liberal, burguesa de Estado, assim como a democracia do liberalismo. Para Marx, a sociedade civil é o conjunto das relações econômicas e o Estado é a sociedade política. É o conjunto das relações de produção que constitui a estrutura econômica da sociedade, isto é, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, à qual correspondem formas determinadas da consciência social. Marx critica Hegel, dizendo que não é o Estado que funda a sociedade

as necessidades do capital se desenvolvam (ALTHUSSER, 1985; ANDERSON, 2002; HARVEY, 2011; HIRSCH, 2010).

Após três décadas de experiências ao redor do mundo, é reconhecido que o neoliberalismo enfatiza a criação e/ou manutenção das condições mais adequadas à liberalização e à privatização das economias e maximiza o empreendedorismo individual. Não só estados nacionais, os organismos multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, também vêm promovendo/impondo intervenções neoliberais em escala global sob o discurso de promoção do desenvolvimento por meio de programas de ajuste estrutural em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, induzidos por meio de empréstimos justificados para projetos de desenvolvimento (DUTTA, 2008).

Contudo, uma análise crítica sobre os programas de ajuste neoliberal e dos programas de HIV/ Aids oriundos de governos e organismos multilaterais de países que assumiram essa ideologia e essas práticas políticas, evidencia que o neoliberalismo é mais do que o banimento das barreiras aos projetos de acumulação entre o norte e o sul capitalista. O neoliberalismo também é um "compromisso epistemológico" que se difundiu nas esferas políticas, sociais, culturais e econômicas, transformando-se, por meio do "senso comum", naquilo que representa o melhor para a humanidade e não havendo alternativa societária além daquela ofertada pelo capitalismo em sua fase tardia: a mercantilização de todas as esferas da vida social (DUTTA, 2008; ONG, 2006; SASTRY & DUTTA, 2013).

civil, e sim o contrário, é a sociedade civil no seu conjunto das relações econômicas (que é sua anatomia) que explica o surgimento do Estado, seu caráter, a natureza de suas leis (MARX, 1983).

Sobre a magnitude do neoliberalismo nas sociedades capitalistas a partir do final da década de 1970, David Harvey (2008) afirma que só a partir do estudo de como as diversas teses neoliberais se tornaram *mainstream* e se configuraram como muito mais do que a revitalização do pensamento liberal clássico ou um programa de política econômica ou social, é que é possível compreender porque o discurso neoliberal se tornou hegemônico e passou a influenciar profundamente os modos de pensamento e organização dos grupos e classes sociais. Essa ideologia foi incorporada à organização do cotidiano, sendo o meio de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem a si e ao mundo ao seu redor.

O pensamento neoliberal alterou profundamente e de maneira desigual no tempo e no espaço, as noções de indivíduo, cultura e comunidade e de classes sociais. Como uma pandemia globalizada, o HIV/ Aids sintetizou essas mudanças fundamentais em torno de questões de individualidade, sexualidade e gênero e atravessou praticamente todos os contextos culturais nas últimas décadas. Em outras palavras, as intersecções entre ideologia neoliberal e a ascensão da epidemia global de HIV/ Aids criaram uma lógica global de respostas à pandemia, uma ordem discursiva em torno da doença e das responsabilidades sobre ela que tendem a se aproximar mais da perspectiva neoliberal de saúde, do que da perspectiva ampliada da relação sociedade-saúde-doença.

Somente a partir de ponderações sobre a atual configuração do sistema capitalista, cujas diferentes formas são evidenciadas por conceitos como: neoliberalismo, mercado global, Estado neoliberal, contrarreforma do Estado (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2006, 2008, 2011; HIRSCH, 2010), é

possível analisar criticamente o motivo das profundas restrições de acesso, tratamento e prevenção do HIV/ Aids, e da hegemonia da concepção liberal de saúde nos programas de HIV/ Aids , assim como o subinvestimento em pesquisa para a cura.

A conjuntura econômica e política na qual se dá o surgimento da pandemia de HIV e Aids, com o primeiro caso identificado em 1981 pelo Center of Disease Control (CDC) estadunidense, era a de desmonte das experiências de *Welfare State*, de mercantilização das políticas sociais e sistemas de saúde e de implantação de programas de ajuste estrutural nos países capitalistas, assim como de crise e contestação dos regimes socialistas (DAVIS, 2006; DEACON, 2007; TERREBLANCHE, 2012). Estes processos políticos, orientados à restauração capitalista, se estendem até a atualidade, complexificados por novas determinações e transformações do processo de reprodução social.

Porém, mesmo sendo um processo social que dá contornos a várias questões contemporâneas, o neoliberalismo poucas vezes tem o seu percurso histórico caracterizado. Mas, este esforço parece ser legítimo e necessário por entender que a principal função da economia, que é contribuir para o pleno desenvolvimento humano e ambiental, promovendo bem-estar material e dignidade, vem sendo intencionalmente negada pelos grupos e classes detentores de poder político e econômico, o que representa um desafio central ao conjunto das políticas sociais e se reflete nas condições de vida dos sujeitos que têm a venda da sua força de trabalho como única forma de sobrevivência (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008).

Além disso, a pandemia de Aids vem assumindo uma tendência de

expansão e concentração entre os grupos mais precarizados, explorados e subalternizados: homens e mulheres que vivem em áreas rurais e grupos populacionais mais empobrecidos das áreas urbanas (DAVIE, 2015; HEUNIS; WOULTERS & KIGOZI, 2012; ROCHA, 2011), que foram e ainda são os mais afetados pelas reformas neoliberais, especialmente na África e na América Latina (DAVIS, 2006).

Neste sentido, compreendem-se as crescentes desigualdades sociais encontradas em países centrais e, de forma mais aguda, nos periféricos, como não naturais e imutáveis, mas produtos de uma sociabilidade essencialmente produtora de desigualdades (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008; HIRSCH, 2010; TERREBLANCHE, 2012; LEFEBVRE, 2011).

No cerne das desigualdades sociais aprofundadas desde o final da década de 1970, pelos programas de ajuste, está o neoliberalismo (HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010). Ele se origina após a Segunda Guerra Mundial, na Europa Ocidental e na América do Norte, traduzindo uma reação teórica e política contrária à intervenção do Estado na Economia, ao *Welfare State* europeu e à planificação econômica e social dos regimes socialistas.

> O neoliberalismo como doutrina político-econômica remonta ao final dos anos 1930. Radicalmente oposta ao comunismo, ao socialismo e a todas as formas de intervenção ativa do governo para além de dispositivos de garantia da propriedade privada, das instituições de mercado e da atividade dos empreendedores. Ele começou como um conjunto isolado e em larga medida ignorado de pensamento ativamente moldado na década de 1940 por pensadores como Friedrich von Hayek, Ludwig von Mises, Milton Friedman e, ao menos por algum tempo, Karl Popper. Seria necessária, como previu prescientemente von Hayek, ao menos uma geração para que as concepções neoliberais passassem a ser corrente principal de pensamento. Reunindo

> recursos oferecidos por corporações que lhe eram simpáticas e fundando grupos específicos de pensadores, o movimento produziu um fluxo constante, mas em permanente expansão, de análises, textos, polêmicas e declarações de posição política nos anos 1960 e 1970. Mas ainda era considerado amplamente irrelevante e mesmo desdenhado pela corrente principal do pensamento político-econômico. Só depois de a crise geral de acumulação de 1973 ter se tornado aguda veio o movimento a ser levado a sério como alternativa ao arcabouço keynesiano e a outras estruturas mais centradas no Estado de formulação de políticas (HARVEY, 2011, p. 130).

Durante sua existência, o neoliberalismo vem se configurando como algo mais complexo do que uma simples reatualização do liberalismo clássico do século XIX (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011). Ele se configurou como um verdadeiro contradiscurso (ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010) às experiências "welfaristas" e socialistas e a todo o complexo de relações entre os homens e entre estes e a natureza que Henri Lefebvre (2011) chamou de concepção marxista do mundo[6].

As origens do Neoliberalismo como corrente de pensamento são muito anteriores à sua condição de pensamento dominante, tendo sua obra inaugural lançada ainda durante a Segunda Guerra Mundial, em 1944. Neste ano, Friedrich August Von Hayek publica o livro *O Caminho da Servidão*, obra que se estabeleceu como um marco teórico fundador do neoliberalismo. No livro, o intelectual austríaco realiza profundas críticas à regulação estatal sobre o mercado e a sociedade. Para Hayek, a restrição ao livre mercado é uma séria ameaça à liberdade econômica e política. Ele defende que apesar

6 Para Lefebvre (2011), uma concepção de mundo é uma visão completa da natureza e do homem, uma doutrina completa. Em certo sentido, uma concepção de mundo representa o que se denomina tradicionalmente de filosofia. Entretanto, essa expressão tem um sentido mais amplo do que a palavra filosofia. Em primeiro lugar, toda concepção de mundo implica uma ação, isto é, alguma coisa mais do que uma atitude filosófica. Na concepção marxista do mundo, a ação se define racionalmente em contato com o conjunto doutrinário e dá lugar, abertamente, a um programa político.

das boas intenções da social-democracia, esta conduz ao mesmo desastre que o nazi-fascismo: a servidão moderna. Sua teoria sobre o Estado Social europeu não foi aceita pelos reformadores da Europa keynesiana, ficando restrita ao plano teórico por mais de duas décadas. Enquanto isso, os fundamentos do Estado de Bem-Estar se consolidam na Europa do pós-guerra através de sistemas universais ou ampliados de seguridade social, e até certa extensão nos Estados Unidos, por meio da intervenção social da chamada *Great Society*[7] nas expressões mais agudas da questão social.

Na mesma década, Hayek convocou para um encontro diversos intelectuais de várias nacionalidades e que compartilhavam de suas teorizações sobre como deveriam ser as relações entre Estado, mercado e sociedade, obviamente, todos contrários ao Estado-providência europeu, aos regimes socialistas e também ao *new deal* americano (ANDERSON, 2002).

A reunião, que objetivava aglutinar estudiosos defensores do liberalismo econômico e político, aconteceu em Mont-Pèlerin, cantão suíço de Vaud, em 1947, e, por isso, foi denominada Sociedade de Mont-Pèlerin. Esse grupo tinha dois grandes objetivos: construir críticas científicas ao socialismo, ao keynesianismo e às políticas sociais distributivas, disseminadas na Europa, após a Segunda Guerra Mundial, o tipo de intervenção estatal que Harvey (2008) denominou de "liberalismo embutido" e preparar fundamentos teóricos de outro tipo de capitalismo, em uma forma mais "pura", livre de qualquer cerceamento extramercado (LAURELL, 2008; BEHRING, 2003). Mas

7 Sobre as particularidades das formas de intervenção nas refrações da questão social desenvolvidas nos Estados Unidos da América e demais países de tradição liberal e anglo-saxã, como África do Sul, Austrália e Nova Zelândia, a partir da crise de 1929 e do pós-Segunda Guerra, ver o trabalhos de Davie (2015) e Jeremy Seekings e Elena Moore (2013).

a conjuntura desse período (1945-1973) se apresentava como um obstáculo à legitimação de reformas neoliberais e uma consequente negação ao Estado-providência.

Neste momento, na "idade de ouro" do capitalismo, especialmente entre as décadas de 1950 e 1960, as taxas de crescimento econômico e de lucro do capital são significativamente altas (ANDERSON, 2002; BOND, 2014; ESPING-ANDERSEN, 1995; HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010; TERREBLANCHE, 2012). A constituição de um expressivo fundo público nos países de capitalismo central possibilitou o financiamento da acumulação do capital e, ao mesmo tempo, o financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo a coletividade por meio de investimentos no campo social (OLIVEIRA, 1988).

> A medicina socializada, a educação universal gratuita e obrigatória, a previdência social, o seguro desemprego, os subsídios para o transporte, os benefícios familiares (quotas para o auxílio habitação, salário família) e, no extremo desse espectro, subsídios para o lazer, favorecendo desde as classes médias até o assalariado de nível mais baixo, são seus exemplos. A descrição das diversas formas de financiamento para a acumulação de capital seria muito mais longa: inclui desde os recursos para a ciência e tecnologia, passa pelos diversos subsídios para a produção, sustentando a competitividade das exportações, vai através dos juros subsidiados para setores de ponta, toma em muitos países a forma de vastos e poderosos setores estatais produtivos, cristaliza-se numa ampla militarização (as indústrias e os gastos em armamentos), sustenta a agricultura (o financiamento dos excedentes agrícolas dos Estados Unidos e a chamada "Europa Verde" dos membros da CEE), e o mercado financeiro e de capitais e/ou fundos estatais, pela utilização de ações de empresas estatais como ***blue chips*** intervém na circulação monetária de excedentes pelo ***open Market,*** mantém a valorização dos capitais pela via da dívida pública etc (OLIVEIRA, 1988, p.09-10).

Por conseguir promover a relativa "harmonização" entre a satisfação de necessidades sociais da classe trabalhadora e a manutenção das taxas

de lucro e extração de mais valia do capital, diante de uma correlação de forças mais favorável ao trabalho (HIRSCH, 2010) o *Welfare State* neutralizou momentaneamente os discursos dos neoliberais contra os perigos de qualquer tipo de controle estatal sobre o mercado por parte do Estado [8](HARVEY, 2008, 2011; PEREIRA, 2011). No entanto, mesmo diante do êxito do "Estado social", a sociedade de Mont-Pèlerin direcionou profundas críticas ao igualitarismo defendido pelo Estado de bem-estar por meio de suas políticas públicas distributivas e de fomento ao pleno emprego (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011).

Para a ideologia neoliberal, o igualitarismo fomentado pelo Estado-providência é destruidor da liberdade dos cidadãos e da vitalidade das competências, duas qualidades das quais, segundo seus teóricos, depende a prosperidade de todos (HARVEY, 2006, 2008; LAURELL, 2008). Portanto, tal ideologia afirma que a desigualdade é um valor positivo, indispensável, uma necessidade para o sucesso das sociedades ocidentais (DAHRENDORF, 1993). Se esse corpo teórico permaneceu restrito ao meio acadêmico por mais de vintes anos, essa realidade mudou profundamente a partir da década de 1970 (ANDERSON, 2002; ANDREWS, 2010; HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010).

A crise capitalista de 1973 pôs em cheque a forma de acumulação e de regulação social keynesiano-fordista (BOND, 2014; HARVEY, 2011; HIRSCH, 2010; TERREBLANCHE; 2012). Os países do capitalismo central sucumbiram em

8 É válido ressaltar que nesta conjuntura de crescimento para o capital e para o trabalho é que a OMS, legitimada pelos países da Europa Ocidental e da Ex-União Soviética, voltou seus discursos ao fomento de sistemas universais e estatais de saúde (DEACON, 2007), mesmo que sob forte resistência do governo americano que, interpretava as desigualdades sociais em saúde segundo a perspectiva liberal, como resultado das escolhas individuais e que deveriam ser resolvidas segundo a capacidade de pagamento dos indivíduos (BARATA, 2009; DEACON, 2007).

uma profunda recessão, vivenciando, depois de três décadas de crescimento econômico, uma combinação de recessão com uma insignificante taxa de crescimento, a stagflation (ANDERSON, 2002; ANDREWS, 2010; HARVEY, 2008; TERREBLANCHE, 2012).

Para os intelectuais da Sociedade de Mont-Pèlerin, esta crise é resultado direto do poder excessivo conquistado pelos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário. As considerações destes sobre a crise de 1973 representam bem o conteúdo político conservador dessas teorias. Segundo os principais pensadores neoliberais, a ação política da classe trabalhadora organizada colocava em risco as bases da acumulação privada, por meio de sua luta por melhorias salariais e reivindicações para que o Estado Social desmercantilizasse muitas de suas necessidades sociais, através de políticas públicas de orientação protetiva (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2006, 2008, 2011).

Hayek, Friedman e o vasto grupo de intelectuais conservadores que ficaram conhecidos como Escola de Viena ou Escola Austríaca defendiam que esta dupla pressão, realizada pelos sindicatos sobre as empresas e o Estado, gerava processos inflacionários, altas de preços, que resultavam em crises das economias de mercado, endividamento e crescimento da burocracia estatal.

A reorientação indicada pelos neoliberais era clara: seria necessário fortalecer o Estado na direção de quebra do poder dos sindicatos e no combate à ineficiência das instituições estatais, especialmente das áreas sociais, pela adoção de formas políticas e de gestão oriundas do mercado e

pela restrição de acesso e cobertura a serviços e direitos sociais, seguros de saúde e previdência social, que deveriam ser preferencialmente ofertados pelo mercado (HARVEY, 2008; PEREIRA, 2011).

Segundo Hirsch (2010), o Estado neoliberal não pode ser reduzido à expressão "Estado mínimo", pois esta indicaria uma ausência/retirada do Estado no processo de reprodução social. Para o autor, o que ocorre a partir de 1974, e se aprofunda nas três décadas seguintes, é um redirecionamento das ações estatais às necessidades de acumulação capitalista, em detrimento das necessidades sociais coletivas. Para o intelectual alemão, o Estado na forma política da sociabilidade do capital é, essencialmente, interventor, mas a direção dessa intervenção é mediada pela correlação de forças entre as classes sociais e dentro dessas.

Depreende-se, então, que a pandemia de HIV/Aids se origina em um momento histórico em que as responsabilidades dos Estados na promoção e oferta de serviços de saúde como direitos de cidadania são questionadas, já que a direção predominantemente assumida pelo Estado foi de mercantilizar os sistemas e políticas de saúde ou ofertar apenas uma cobertura básica de serviços de saúde.

A unidade entre programas de ajuste neoliberal e disseminação da epidemia tem se expressado na criação das condições sociais e econômicas para proliferação da epidemia de HIV/Aids nos países em desenvolvimento, por meio da mercantilização ou eliminação de infraestrutura e das economias locais. Contudo, essas ideologias neoliberais não se reduzem ao circuito econômico e dos governos. Os discursos sobre saúde e HIV/

Aids propagados pelos governos e agências neoliberais, geralmente, demandam a aceitação de uma perspectiva liberal de saúde (Mirowski & Plehwe, 2009). Esta perspectiva despolitiza a epidemia e naturaliza a biologização dos corpos e a mercantilização do tratamento, ignorando ou marginalizando a crítica às determinações econômicas, políticas e de gênero que definem, majoritariamente, quem adoece, morre ou se torna mais pobre e subalternizado por causa da epidemia.

Como é apontada na pesquisa de Rocha (2011), a tendência à mercantilização do acesso ao tratamento médico e à produção farmacológica de antirretrovirais é tão expressiva e viável para essa ordem de mercantilização da saúde que, das 500 empresas mais ricas do mundo, as 10 primeiras são da indústria de medicamentos. A autora ainda aponta que uma expressiva parcela do preço desses medicamentos é decorrente dos gastos de publicidade e propaganda, já que estes são ofertados como produto de mercado. Essa mercantilização das drogas essenciais para a sobrevivência de pessoas com HIV/Aids só é possível e só se realiza com anuência e participação ativa dos Estados e dos organismos internacionais.

Em geral, os Estados neoliberais diminuíram os investimentos em políticas sociais protetivas e de amparo ao trabalho e ao pleno emprego, e se voltaram para políticas e programas sociais focalizados nos mais pobres e na intervenção onde o risco social e a pobreza já estariam instaladas, substituindo as propostas de seguridade pela de seguros e serviços básicos (DEACON, 2007; PEREIRA, 2011). Obviamente, esse quadro foi muito mais acentuado em Estados com sistemas de bem-estar residuais, onde a perspectiva neoliberal era dominante, como os Estados Unidos na década de 1980.

No mais rico e desenvolvido país capitalista, com uma poderosa e produtiva indústria farmacêutica, os primeiros casos de HIV/Aids se depararam com um sistema de saúde fortemente privatizado, sem o volume de recursos públicos necessários para prevenir e conter a expansão da pandemia e com uma cultura política de guerra às drogas e de estigmatização dos homens homossexuais.

Segundo Harold Pollack (2013), ao comparar as respostas britânicas e estadunidenses à epidemia de HIV/Aids em seus primeiros governos assumidamente neoliberais, ficou claro que as políticas britânicas da era Thatcher forneceram um contraste contundente para as administrações Reagan e George W. Bush. Os dois presidentes dos EUA, reconhecidos por serem seguidores fiéis da ortodoxia neoliberal e do dogmatismo cristão protestante, deixaram como legado uma abordagem bélica e moralista na política de HIV, permitindo que mais de 600.000 americanos morressem após serem diagnosticado com Aids. Para o autor, um número desconhecido dessas mortes não teria ocorrido se esses governos tivessem alocado com maior rapidez recursos financeiros e humanos para conter uma epidemia mortal. O enfoque conservador do governo norte-americano à pandemia de HIV em muito se fundamentava nas ideologias neoliberais no campo da saúde, desta como uma responsabilidade/construção individual, e não determinada pelas relações sociais de poder e assimetrias de classe.

Confirmando os argumentos de Harvey (2008), Hirsch (2010) e Terreblanche (2005) de que o Estado neoliberal tende a se articular a outras ideologias conservadoras como religiões, tribalismos e com o patriarcado para garantir às condições necessárias à reprodução das relações de produção, a principal

resposta doméstica e internacional dos E.U.A. à pandemia: o Programa *Abstinence-only, Be faithful, use a Condon (*ABC) cristaliza o encontro entre discursos religiosos, neoliberais e moralistas sobre os corpos. A política significa ABC – Abstinência antes do casamento, fidelidade monogâmica e uso de preservativo quando necessário. Segundo Susser (2009), Rocha (2011) e Sastry e Dutta (2013), esse programa não faz avançar temas como orientação sexual, contraceptivos e negociações em torno de práticas sexuais seguras.

A proposta do ABC, implementada em muitos países africanos e na América Latina com o apoio do governo norte-americano e da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), não aborda a redução de danos para usuários de drogas, nem ações para as profissionais do sexo. O foco é heterossexual, com sexo no casamento e virgindade como valor pré-nupcial[9]. Dos recursos para prevenção do Fundo Global para Aids, Malária e Tuberculose, em cinco anos só foram gastos 60% para implementar a metodologia.

A política ABC influenciou as estratégias de prevenção em todo mundo. No Brasil, a resposta ao programa foi diferente. Pressionado pelos movimentos sociais na mobilização iniciada no Encontro Nacional de ONGs de HIV, Aids (ENONG), em 2003, e pelos princípios de direitos humanos e liberdades sexuais que orientam a política nacional, o governo brasileiro negou o convênio com a USAID. A proposta norte-americana foi considerada pelo governo e por

9 Sobre a baixa efetividade da Política ABC em países africanos, ver o trabalho de Heunis, Wouters e Kigozi (2012). Segundo os autores, mesmo com as inúmeras campanhas e ações educativas baseadas no politica ABC, financiadas por governos, por organizações internacionais como a USAID e por igrejas cristãs, os jovens africanos apresentam pouco conhecimento sobre HIV/Aids. O trabalho aponta, com base em uma pesquisa nacional na África do Sul, que apenas 31,3% dos homens e 29.7% das mulheres entre 15 e 49 anos têm o nível de conhecimento considerado adequado sobre as formas de transmissão e o uso do preservativo.

movimentos sociais uma política restritiva e que negligenciava temas que já haviam avançado no Brasil, particularmente, no que diz respeito à educação sexual para livre escolha acerca de quando ou com quem fazer sexo, desde que protegido, assim como o trabalho feito com profissionais do sexo, LGBT e usuários de drogas (ENONG, 2003)[10].

De forma contra-hegemônica, o Brasil enfrentou o consenso neoliberal do Banco Mundial de que os antirretrovirais deveriam ser mercantilizados, assim como resistiu às estratégias conservadoras da USAID. O país optou por uma oferta gratuita do tratamento por meio do seu sistema universal de saúde e incluiu em seus programas de prevenção discussões sobre gênero, direitos sexuais e reprodutivos, trabalho sexual etc. Como aponta a pesquisa de Rocha (2011), muito dessa perspectiva/abordagem progressista no Programa Nacional de HIV/Aids é oriunda da luta e dos ganhos dos movimentos sociais pela saúde como um direito social e pelo empoderamento das mulheres e homens vivendo com HIV/Aids como sujeitos de direito, mesmo com o Estado brasileiro ativo em sua reforma neoliberal, empenhado em criar as condições ideais à mercantilização da saúde, especialmente pelos subsídios estatais aos seguros privados de saúde.

Mas, a base ideológica e material do ABC e o mais expressivo propagador global da perspectiva liberal da abordagem do HIV é o *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Pepfar), também norte-americano e aprovado no Governo de George W. Bush em 2003, ano em que o Senado estadunidense aprovou uma lei para provisão de assistência a países estrangeiros para combater

10 É válido ressaltar que entre os três países analisados neste trabalho, o Brasil é único que se negou a implantar o "ABC" como medida de Estado no processo de controle à epidemia.

HIV/Aids, tuberculose, malária e outras doenças. O PEPFAR foi apresentado como o maior compromisso de uma nação, em toda a história, para combater uma única doença.

O Pepfar cresceu rapidamente e em 2008 já estava sendo implementado em 87 países, majoritariamente países em desenvolvimento da África Subsaariana, contando com um orçamento de 48 bilhões de dólares americanos para os cinco anos seguintes, destinados a apoiar atividades de controle global de HIV/Aids, malária e tuberculose. Desde então, o Pepfar vem trabalhando, em cooperação com os países beneficiados por meio do *Prevention-Treatment and Control.*

Parte dos recursos desse programa vem sendo utilizada no treinamento de profissionais de saúde, com meta de treinar os 140 mil profissionais de saúde considerados necessários- para tratar com antirretrovirais 3 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids e oferecer ações preventivas e de cuidado para outras 12 milhões de pessoas. A implementação do Pepfar é de responsabilidade do Governo Norte-Americano, seus departamentos e suas agências internacionais como o Departamento de Estado, a USAID, Departamento de Comércio, o Departamento de Defesa, o Departamento de Trabalho e as Forças de Pacificação. (Office of the U.S. Global AIDS Coordinator, 2010). Obviamente, tanto o ABC como Pepfar estão sendo implantados com a anuência de governos que aderiram aos programas de ajuste e políticas neoliberais.

Os trabalhos de Dutta (2006), Sastry e Dutta (2013) Jason Hickel (2010), analisaram a lógica neoliberal das políticas e programas de HIV/Aids, como o

Pepfar e o ABC e compilaram algumas características centrais dos mesmos, que expressam a sua conexão com a perspectiva do *homo economicus* neoliberal

Primeiro, esses programas tendem a atomizar a responsabilidade individual em relação às medidas de prevenção e tratamento. Considerando que o Pepfar e a ABC estão centrados na ideia de que a saúde é responsabilidade privada e individual, esses programas tratam as pessoas vivendo com HIV/Aids como clientes que, eventualmente, podem colher os benefícios da globalização econômica, sem considerar as condições econômicas e sociais dos mesmos. Essa centralidade da responsabilidade individual tem diversas implicações sobre como as políticas e programas de HIV/Aids são formulados, planejados e implementados.

Sastry e Dutta (2013), com base em uma revisão sistemática de metassíntese, também afirmam que a ênfase na intervenção de nível individual nos programas de HIV/Aids tem sua origem na perspectiva ocidental e sua compreensão biomédica sobre HIV/Aids e comportamento sexual e, portanto, orientada para evitar os comportamentos sexuais que são considerados de risco ou imorais, segundo uma perspectiva ocidental, e fazendo menos do que poderiam no tocante a tratamento, já que segundo o Pepfar, o melhor meio de acessar o mesmo é o mercado.

Por exemplo, programas focados na mudança de comportamento, como a estratégia ABC − que é utilizada na maioria dos programas financiados pelo Pepfar − centralizam as discussões sobre a doença em torno do indivíduo, seus comportamentos e escolhas (NAUTA, 2010 apud SASTRY & DUTTA,

2013). Paul Farmer (1999, 2003) também demonstrou como as agências nacionais e multilaterais envolvidas na resposta à epidemia têm ignorado sistematicamente o papel estrutural das iniquidades e dos riscos gerados pelas políticas econômicas e sociais que geram o contexto de risco coletivo ao de contágio pelo HIV, como as políticas de ajuste neoliberal, enquanto se focam inteiramente no "alto risco" oriundo do comportamento individual.

Essa configuração hegemônica das respostas globais ao HIV, focalizadas no indivíduo e de não discussão sobre as desigualdades estruturais, promoveu e ainda promove o cenário ideal para as companhias farmacêuticas internacionais e corporações transnacionais do setor médico entrarem em países africanos, asiáticos e latinos, transformando "corpos adoecidos" pela Aids e pela pauperização em mercados para as intervenções farmacêuticas. Isto se dá sob a tutela dos Estados, que adotam uma compreensão da doença e uma resposta política centrada na responsabilidade individual, sem problematizar por que as mulheres, as crianças e as frações mais pobres da classe trabalhadora concentram desproporcionalmente a prevalência de HIV/Aids.

O individualismo radical da teoria neoliberal também se revela na forma como são calculados ou discutidos os impactos econômicos da epidemia: em termos de perda de produtividade e de dias de trabalho, pois doenças como HIV/Aids afetam a capacidade de os indivíduos venderem a sua força de trabalho efetivamente no mercado. Diante disso, conceitos utilizados pelo Banco Mundial, como o de *Disability-adjusted life years* (Daly)[11] vêm

11 DALY é um indicador utilizado para mensurar a carga de adoecimento da população em termos de anos perdidos de vida.

sendo amplamente utilizados em programas de saúde pública sobre HIV/Aids, o que exemplifica a influência neoliberal sobre os mesmos. Por meio do Daly e de outros indicadores elaborados pelo Banco Mundial, FMI e suas agências, o impacto da doença vem sendo medido e avaliado em termos de perdas geradas por dias afastados do trabalho, incapacidade provisória ou permanente ocasionada pela doença, queda de produtividade ocasionada pelo adoecimento, reduzindo, desta forma, as pessoas vivendo com HIV/Aids a uma força de trabalho potencialmente disfuncional. Sendo assim, as histórias de luta de indivíduos e comunidades contra a violência estrutural e a capacidade de mobilização popular dos que vivem com HIV/Aids e suas famílias são substituídas por um discurso centrado em corpos adoecidos, improdutivos e medicalizados, avaliados segundo o parâmetro de participação ou não no capitalismo global, por meio da chamada inclusão social.

Uma segunda tendência que relaciona diretamente o neoliberalismo aos mais difundidos programas de controle da epidemia é a construção discursiva acerca das relações de gênero. Como é amplamente reconhecido, a epidemia de HIV/Aids é um grande desafio à saúde pública, em escala global, por se disseminar mediada por diversos sentidos e significados do sexo e das relações de gênero associadas a ele. Durante as primeiras duas décadas da epidemia, 1980 e 1990, HIV/Aids era considerada uma "praga gay" ou "câncer gay", pois aparentemente só atingia homens homossexuais e homens que fazem sexo com homens. Com o passar do tempo, a heterossexualização da pandemia e sua relação direta com a pobreza e as iniquidades sociais evidenciaram que o HIV/Aids atinge os grupos populacionais mais subalternizados da

sociedade (FARMER, 1999). Por isso, mulheres e crianças dos países da periferia capitalista, que correspondem a mais de 70% dos pobres do mundo, se tornaram o principal grupo "em risco" de contrair a doença, diante das iniquidades de gênero e da concentração da pobreza entre as mulheres, que as vulnerabilizam nas relações nas esferas pública e privada.

Considerando o fato de as mulheres serem mais da metade da população mundial de pessoas vivendo com HIV/Aids, proporção que tende a aumentar, e de que 57% das pessoas vivendo com HIV na África Subsaariana são mulheres, o discurso neoliberal sobre gênero pode ser analisado criticamente sob duas perspectivas: a primeira delas é que as políticas neoliberais causaram o deslocamento e o empobrecimento em massa. O papel dos ajustes neoliberais na feminização da pobreza vem sendo amplamente documentado em estudos nos cinco continentes, assim como o papel da mesma na feminização da epidemia. A segunda é que o esforço global em saúde pública vem colocando mulheres e crianças como um dos principais focos de áreas do Pepfar e nos programas da UNAIDS (SASTRY & DUTTA, 2013).

Enquanto a crescente atenção dedicada às mulheres e crianças nesses esforços globais de controle da pandemia tem produzido significativas mudanças nas vidas das mulheres, especialmente no chamado terceiro mundo, ao mesmo tempo, esses programas não tendem a resolver as assimetrias de gênero. Eles vêm, na verdade, "exportando" as hierarquias de gênero do ocidente cristão e capitalista. Nesses programas, as relações de gênero, sexualidade, conjugalidade, a cultura e as tradições dos países em desenvolvimento são classificadas como primitivas, irracionais e baseadas em

crenças. Portanto, os programas de HIV/Aids neoliberais tendem a apresentar o objetivo subliminar, não declarado, de propagar a construção ocidental de sexo e conjugalidade como sinônimos de monogamia e heterossexualidade adulta. A redução de parceiros e a monogamia são consideradas resultados almejados nas intervenções realizadas por essas organizações.

A ordem neoliberal, portanto, intervém em duas frentes no tocante à dimensão de gênero da epidemia de HIV/Aids: a primeira se dá no nível individual, por meio de programas de controle da pandemia focados nas mulheres. No plano sistêmico, cria as condições estruturais que levam ao empobrecimento e aprofundam as iniquidades, condições estas que fazem das mulheres mais vulneráveis a contrair o HIV e a morrer em decorrência da Aids (DUTTA, 2008; SASTRY & DUTTA, 2013).

A racionalidade neoliberal de alguns dos projetos do Pepfar também cria as condições de proletarizar ou tornar empreendedoras as pessoas soropositivas ou seus familiares, por meio de programas de empréstimo para incentivar o empreendedorismo, assim como de criar oportunidades de acumulação de capital totalmente desconectadas das necessidades básicas das pessoas vivendo com HIV/Aids dos países em desenvolvimento. Por exemplo, a parceria público-privada entre o Projeto *HIV – Free Generation Initiative*, financiado e gerido pelo Pepfar, resultou na criação de um jogo de videogame, desenvolvido pela Warner Bros, dos EUA, voltado às ações preventivas junto a jovens da África Subsaariana, o que é, no mínimo, pouco efetivo, tendo em vista o fato de a maioria dos jovens dessa região sequer terem acesso à energia elétrica (SATRY & DUTTA, 2013). Todas essas ações só ocorrem por meio ou com o apoio dos governos dos Estados beneficiados, o

que indica a intensa relação entre Estado e neoliberalismo.

David Harvey (2008) corrobora com esta perspectiva ao denominar o Estado neoliberal não como Estado mínimo, mas sim, como um Estado comprometido com a restauração do poder da classe dominante com suas forças neoconservadoras e reacionárias. Este poder conservador tinha sido limitado durante as décadas de "liberalismo embutido" do pacto fordista e diante das lutas pelos direitos das mulheres e das minorias étnicas e sexuais. Nessa obra o autor também aponta a emergência das igrejas cristãs neopentecostais ultraconservadoras como uma das consequências do vazio material e existencial deixado pelos programas de ajuste neoliberal na América Latina.

Ao abordar "a acumulação por espoliação" legitimada pelo neoliberalismo, Harvey (2006, 2011) assinala que sem um Estado presente para responder às demandas de acumulação de capital, os processos de mercantilização/ privatização dos bens e serviços públicos não seriam possíveis.

Na obra *A produção capitalista do espaço* (2006), o autor defende que o compromisso do Estado contemporâneo, que ele chama também de "empreendedor" ou Estado gerencialista, é intervir permanentemente para criar as condições ideais à acumulação capitalista e ao livre mercado. Para o geógrafo, em algumas áreas como infraestrutura urbana, alguns serviços de saúde e de educação, entre outros não atrativos ao mercado, o Estado gerencial assume o papel de gestão ou provisão, mas o faz a partir de relações de coalizões com agentes do mercado e não governamentais e a partir da racionalidade do livre mercado (HARVEY, 2006). Essa leitura sobre a

natureza, a direção social da intervenção do Estado neoliberal pós-fordista é compartilhada por Hirsch (2010).

Segundo essa perspectiva, o Estado deve ser restritivo no seu investimento em políticas sociais e generoso na abertura de novas esferas ao mercado por meio da terceirização, das parcerias público-privadas e da privatização dos "salários sociais", como os sistemas de saúde (HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010). Portanto, colocando em risco a existência de sistemas de saúde como direito de cidadania e repassando ao mercado os serviços de saúde considerados mais interessantes ao processo de acumulação por espoliação de direitos.

Conforme o receituário neoliberal, a estabilidade monetária deveria ser o objetivo central de todos os governos (DEACON, 2007; HARVEY, 2008, 2010). Sendo assim, uma disciplina orçamentária é fundamental e deve ser acompanhada por restrições nas despesas sociais e por uma taxa permanente de desempregados, naturalizando o exército de trabalhadores sobrantes (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008). Estas estratégias deveriam enfraquecer os sindicatos e a função social do Estado-providência (LAURELL, 2008).

Além disso, reformas fiscais devem ser realizadas com o objetivo de incentivar os agentes econômicos, grupos da classe dominante, a poupar e investir, por meio de redução de impostos, sobre as rendas mais elevadas e sobre os lucros das grandes empresas (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011). O resultado dessas "reformas para o grande capital" deve ser uma desigualdade benéfica para o livre mercado, que dinamizaria as economias das potências capitalistas, em risco por causa das políticas inspiradas nas

proposições de Keynes e Beveridge, ou seja, a intervenção estatal anticíclica e a redistribuição de bens e serviços sociais (HARVEY, 2008, 2011; OLIVEIRA, 1988).

A expectativa dos defensores da formação ideológica neoliberal era de que o crescimento viria naturalmente, quando fosse alcançada a estabilidade monetária e reativados os incentivos ao livre funcionamento do mercado: desfiscalização, limitação dos investimentos e cobertura das políticas sociais, desregulamentação da economia, entre outros (ANDERSON, 2002; BEHRING, 2003; HARVEY, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2009; PEREIRA, 2008). Porém, frente à resistência de movimentos sociais, partidos de esquerda e organizações progressistas, a hegemonia do discurso neoliberal não ocorreu de forma imediata entre os países desenvolvidos. Logo após a crise de 1974-1975, os países centrais tentaram mitigar a crise utilizando-se de estratégias keynesianas (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010).

Somente no fim da década, em 1979, é que o neoliberalismo chegou ao poder, com o Governo de Margareth Thatcher[12]. Este foi o primeiro país desenvolvido a assumir uma plataforma política assumidamente neoliberal. Logo depois, em 1980, Ronald Reagan foi eleito presidente dos Estados Unidos da América com o mesmo compromisso (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011). Thatcher, na busca por uma estrutura de pensamento mais adequada para resolver os problemas econômicos de sua época, descobriu o movimento intelectual de Viena e voltou-se para seu corpo de ideias em

12 Uma breve, mas excelente descrição de estratégia de legitimação sociopolítica do discurso político neoliberal se encontra em Harvey (2008). Quando o autor aborda a reforma neoliberal, ele expõe brevemente como Margareth Thatcher se apropriou do discurso da sustentabilidade e da necessidade de mudanças nas matrizes energéticas para deslegitimar as greves e o ativismo políticos dos trabalhadores das minas de carvão da Grã-Bretanha.

busca de inspiração e recomendações depois de eleita. Em uma reunião com o presidente dos EUA, Ronald Reagan, ela transformou toda a orientação da intervenção do Estado, que abandonou a busca do bem-estar social coletivo e passou a apoiar ativamente as condições do "lado da oferta".

> Na Inglaterra, a subsequente privatização dos serviços (água, telecomunicações, eletricidade, energia, transporte), a liquidação de empresas públicas e a moldagem de muitas outras instituições públicas (como as universidades) de acordo com uma lógica comercial levaram à radical transformação do padrão dominante das relações sociais e a uma redistribuição de ativos que favoreceu cada vez mais antes as classes altas do que as baixas (HARVEY, 2011, p. 131).

Mas a experiência de contrarreforma na Inglaterra também ilustra um aspecto importante dos processos de neoliberalização: a complexa interação entre dinâmica interna e forças externas (HARVEY, 2007, 2008). Embora em certos casos seja possível conceber com certo grau de racionalidade que os fatores externos foram dominantes, na maioria dos casos de reformas neoliberais as relações entre os fatores são bem mais intrincadas.

Como aponta o trabalho de Pollack (2013), a efetiva e humanizada resposta do Governo Thatcher, ainda no início da epidemia, em plena legitimidade do ideário neoliberal na Inglaterra, é um exemplo dessa complexa relação. No caso inglês, a legitimidade dos formuladores de políticas e gestores do *National Health System* (NHS) frente à sociedade e ao governo era tão ampla que rapidamente o surgimento do HIV foi acompanhado de medidas de saúde pública, como ações sistemáticas de educação sexual e de redução de danos, como troca de seringas e o tratamento com metadona. Vários setores do NHS e pesquisadores de saúde pública e dependência química

assumiram protagonismo sobre o processo político de tomada de decisão, o que resultou em uma das respostas mais eficazes à nova epidemia e contrastou com o fracasso das experiências americanas, conduzidas por Ronald Reagan e George Herbert Bush.

Ainda sobre a complexa relação entre fatores internos e externos nos processos e resultados das experiências neoliberais, David Harvey identificou que, no caso da reforma chilena, foram as classes altas que procuraram o auxílio americano para formular o golpe de Estado, e foram essas frações da burguesia que aceitaram a reestruturação neoliberal como projeto de Estado a seguir, após o golpe, ainda que com base nas orientações dos tecnocratas chilenos treinados nos Estados Unidos. No caso sueco, foram os patrões que buscaram a integração europeia como recurso para implantar um programa doméstico neoliberal para uma economia em dificuldades. É improvável que mesmo o mais draconiano programa de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional (FMI) possa ser implementado sem o apoio e a legitimação interna de algum grupo.

> Tem-se por vezes a impressão que o FMI apenas assume a responsabilidade por fazer coisas que alguma força de classe interna quer fazer de qualquer maneira. E há um número suficiente de casos bem-sucedidos de rejeição de conselhos do FMI para sugerir que o complexo Tesouro dos Estados Unidos-Wall Street-FMI não é tão poderoso quanto por vezes se afirma. Só quando a estrutura interna de poder foi reduzida a uma casca oca e os arranjos institucionais internos estão num total caos, seja em função de um colapso (como na União Soviética e na Europa central), por causa de guerras civis (como em Moçambique, no Senegal ou na Nicarágua) ou em razão de fraquezas degenerativas (como nas Filipinas), vemos forças externas orquestrando livremente reestruturações neoliberais. E, nesses casos, a taxa de sucesso tende a ser pequena, justo porque o neoliberalismo só pode funcionar com um Estado forte, um mercado forte e instituições legais (HARVEY, 2008, p. 127).

Em 1982, foi a vez da Alemanha desenvolver o seu ajuste neoliberal, através da eleição de Helmut Kohl, mas talvez a eleição mais representativa da orientação rumo à legitimação do neoliberalismo tenha sido a da Dinamarca, também em 1982, o que significou que até o bem-sucedido Estado-providência nórdico, "o caminho escandinavo", (ESPING-ANDERSEN, 1995) havia sido questionado pela ordem neoliberal. Logo depois, praticamente todos os Estados na Europa Ocidental, com exceção da Suécia e da Áustria, passaram a ser governados por partidos de direita (ANDERSON, 2002).

Pode-se dizer que essa expansão de governos conservadores e de direita criou a condição política necessária à disseminação do neoliberalismo entre os países centrais (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008). Corrobora-se aqui com as análises de Perry Anderson (2002) e Harvey (2008), segundo as quais, a hegemonia de uma nova direita na Europa e na América do Norte, consolidada ainda nos anos 1980, propiciou a hegemonia do projeto neoliberal no centro do capitalismo mundial.

Mas não foram apenas os governos nacionais que assumiram a ideologia e as práticas políticas neoliberais. As organizações multilaterais, que são agentes globais ativos da formulação e gestão de políticas sociais, assumiram, desde a década de 1980, o papel de propagadoras do discurso neoliberal para as reformas dos Estados e dos sistemas de bem-estar social, especialmente das políticas sociais, fundamentando o "giro para o mercado" realizado pelos Estados Nacionais, entre as décadas de 1980 e 2000 (DEACON, 2007; HART, 2013; HARVEY, 2011).

No caso da epidemia de HIV/Aids, que por sua dimensão global é considerada

uma pandemia, e componente da agenda de organismos internacionais como o Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde, USAID, do Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids (UNAIDS), é necessário analisar como estes agentes globais das políticas e programas de controle do HIV/Aids aderiram ao neoliberalismo. Essas organizações internacionais, por meio da internacionalização de um discurso normatizador sobre HIV/Aids, desempenham um amplo papel apoio técnico e financeiro na estruturação de programas nacionais, especialmente em países mais pobres da África, América Latina e Ásia (DEACON, 2007).

3. A INTERNACIONALIZAÇÃO DO DISCURSO NEOLIBERAL NOS ORGANISMOS MULTILATERAIS DA SAÚDE: O MERCADO É O MELHOR REMÉDIO?

Ainda que não seja objetivo deste estudo, a análise do discurso dessas organizações multilaterais é fundamental para se compreender sob que argumentos a maioria dos Estados Nacionais abandonaram a perspectiva universalista em seus sistemas de seguridade social. Pois, como afirmam Bob Deacon (2007), Rizzotto (2012) e Sastry e Dutta (2013), os discursos dessas organizações incidem profundamente sobre os governos dos Estados nacionais e vêm fundamentando teórica e politicamente as suas reformas neoliberais e seus programas de ajuste.

Segundo Deacon (2007) e Rocha (2011), é possível apontar que posicionamentos progressistas e conservadores sobre a agenda global de HIV/Aids são uma realidade dentro desses *policy makers* globais e que, mesmo dentro de

organizações com papel ativo sobre as políticas públicas de saúde, como OMS, UNAIDS e o Banco Mundial, existem profundas resistências à expansão da cobertura pública gratuita e integral da oferta de tratamento às pessoas soropositivas. Esta constatação aponta que esses organismos, assim como os Estados nacionais, passaram por um processo de transformação ideológica e política já que, até o final da década de 1970, defendiam a implantação de sistemas nacionais de saúde universais e sob responsabilidade estatal.

Os *policy makers* globais, desde então, assumiram o papel de propagadores da perspectiva neoliberal para as políticas públicas, especialmente das políticas sociais, fundamentando o "giro neoliberal" realizado pelos Estados Nacionais, entre as décadas de 1980 e 1990, por meio da adesão às teorias neoclássicas sobre a ação política e econômica do Estado, como a praxeologia, a teoria da escolha pública e a *trickle down theory* (a teoria do gotejamento). Para Ralf Dahrendorf:

> Nos anos 80 veio à tona uma forte corrente de impaciência ao rigor mortis da burocracia e do Estado interventor. Minorias importantes procuraram oportunidades de iniciativa, inovação e mudança. Os economistas associaram os constrangimentos da estagflação 'ao declínio das nações' e redescobriram Schumpeter, o teórico do espírito empresarial; autores de textos políticos - muitos deles auto-situando-se no lado direito do espectro, censuraram a recente dependência do Estado do Bem-Estar e prepararam o caminho para um novo darwinismo social, a sobrevivência dos "mais aptos" (DAHRENDORF, 1993, p.30-31).

A necessidade de internacionalizar o "discurso da liberdade de mercado" e as críticas à "engenharia social" dos regimes e governos socialistas e do *Welfare State*, por meio dessas organizações, é apontada pelos intelectuais da Escola Austríaca ou de Viena como uma das estratégias de concretizar o

internacionalismo neoliberal.

Segundo Ralf Dahrendorf (1993) e Ludwig Von Mises (1987), os neoliberais empenham-se no internacionalismo[13]. Em primeiro lugar, isto quer dizer uma atitude mental que informa as decisões políticas: algumas das instituições internacionais criadas depois da Segunda Guerra Mundial precisam de reformas orientadas ao mercado, não está certo aboli-las. Uma ordem mundial que seja respeitada por todos os países continua a ser um objetivo importante, mesmo numa época em que as organizações existentes estão a ser pressionadas e precisam ser reformadas.

As agências internacionais como o Banco Mundial (BM), Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Organização Mundial de Saúde (OMS) influenciam a formulação e os modelos de gestão das políticas sociais por meio de uma variedade de canais (CORELLA, 2005; DEACON, 2007; RIZZOTTO, 2012). Como exemplo, podemos citar: a construção de agendas de pesquisa e desenvolvimento de sistemas de conhecimento, empréstimos condicionados à adesão a determinados modelos e condicionalidades às políticas sociais e, por fim, o estabelecimento de códigos, regras e normas globais (DEACON, 2007; HARVEY, 2008; RIZZOTTO, 2012).

Como afirma Deacon (2007), essas entidades internacionais, na maioria das vezes, se relacionam de forma harmônica com os interesses dos Estados e grupos econômicos que exercem a hegemonia no mundo, que passam a

13 Esse internacionalismo, segundo Dahrendorf (1993), corresponde a uma utopia kantiana neoliberal de uma sociedade civil internacional.

construir seus modelos de políticas sociais de acordo com as regras e normas concebidas por essas organizações, mas também influenciando a concepção dessas políticas. A questão que se mostra relevante ao conjunto de Estados do mundo é se os princípios, diretrizes e orientações sobre as políticas sociais formulados e/ou adotados pelas organizações internacionais refletem uma abordagem mais universalista ou socialdemocrata, ou um enfoque mais residual, seletivo, neoliberal ao conjunto das políticas sociais.

Desde as recomendações e/ou imposições de ajuste estrutural, iniciadas no final da década de 1970, é perceptível o estabelecimento de um consenso global que, dentro e entre organizações internacionais, está a pressionar fortemente os países, em uma era de globalização, para outro paradigma de política social, para direções distintas da política social universalista integradora e das formas de gestão democrática (CORELLA, 2005; DEACON, 2007; HARVEY, 2006, 2008, 2011; HIRSCH, 2010; TEIXEIRA, 2010).

> O FMI e o Banco Mundial mudaram quase que da noite para o dia seus parâmetros de política. Em poucos anos, a doutrina neoliberal fizera uma curta e vitoriosa marcha por sobre as instituições e passara a dominar a política, primeiramente no mundo anglo-saxão, porém, mais tarde, em boa parte da Europa e do mundo. Como a privatização e a liberalização do mercado foram o mantra do movimento neoliberal, o resultado foi transformar em objetivo das políticas do Estado a "expropriação das terras comuns". Ativos de propriedade do Estado ou destinados ao uso partilhado da população em geral foram entregues ao mercado para que o capital sobreacumulado pudesse investir neles, valorizá-los e especular com eles. Novos campos de atividade lucrativa foram abertos e isso ajudou a sanar o problema da sobreacumulação, ao menos por algum tempo. Mas esse movimento, uma vez desencadeado, criou impressionantes pressões de descoberta de um número cada vez maior de arenas, domésticas ou externas, em que se pudessem executar privatizações (HARVEY, 2011, p. 131).

Mesmo reconhecendo que o investimento em política social é fundamental à coesão social e à formação do "capital humano", essas organizações têm propagado, desde a década de 1980, um enfoque residual, seletivo de política social, mais próximo do modelo americano do que do modelo europeu, afirmando uma perspectiva liberal de saúde e propagando o mercado e as parcerias público-privadas como meios ideais para atingir um nível alto de cobertura e de qualidade dos serviços de saúde (DEACON, 2007; HARVEY, 2005, 2006, 2008; RIZZOTTO, 2012).

O colapso dos regimes socialistas e a crise de acumulação de 1973 criaram um contexto favorável para que estes atores globais da política social propagassem a adoção de modelos liberais de políticas sociais e se aliassem a Organizações Não Governamentais (ONGs) do campo do desenvolvimento social para ações focalizadas em países instáveis e populações em risco e vulnerabilidade social, tendo por meta o alívio da pobreza e não a integração social (DEACON, 2007; HARVEY, 2008, 2011). Assim, foi concebido um novo tipo de rede de segurança social, diferente daquela proposta pelo Estado-providência, em que o sistema de proteção social era visto como uma responsabilidade estatal. Dentro da nova perspectiva, vocalizada pelos organismos multilaterais, em especial o Banco Mundial (HARVEY, 2011; RIZZOTTO, 2012), a provisão de serviços sociais pelo Estado deve ser mínima e a gestão das políticas sociais precisa se orientar pela efetividade e adotar a racionalidade do mercado (CORELLA, 2005; DEACON, 2007).

Esta reorientação dos organismos multilaterais resultou que, na atualidade, nenhuma das organizações relacionadas às Nações Unidas, com exceção da UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância, esteja defendendo o

modelo universalista/redistributivo para as políticas sociais (DEACON, 2007).

Entre as décadas de 1990 e 2000, o Banco Mundial dedicou significativa atenção à (re)construção do discurso sobre a política social global, defendendo um modelo de parcerias público-privadas entre Estado, sociedade civil e organizações do mercado para a promoção do bem-estar, as *safety nets* (DEACON, 2007; RIZZOTTO, 2012). Esta proposta foi significada e defendida como um "pacto social entre e para além das classes sociais" (DEACON, 2007; HARVEY, 2008).

Nesse mesmo período, a meta de redução da escala de investimento/intervenção social estatal toma centralidade no discurso do Banco Mundial e tem relação com a escolha entre o universalismo e a focalização no desenvolvimento das políticas sociais. Neste momento, também se observa que as recomendações do Banco Mundial substituem o princípio da igualdade pelo da equidade nas políticas sociais (DEACON, 2007; RIZZOTTO, 2012). A regra do Banco é para que os Estados assumam como alvo da provisão de serviços sociais públicos apenas os pobres (RIZZOTTO, 2012; TEIXEIRA, 2010).

A entrada de novos sujeitos coletivos, como as ONGs e o mercado, na satisfação das necessidades sociais, antes consideradas funções exclusivas do Estado, como educação e saúde, evidencia que para o Banco Mundial o Estado de Bem-Estar deve dar lugar às *safety nets* e incentivos à privatização e/ou terceirização da execução e gestão das políticas sociais (DEACON, 2007; HARVEY, 2006, 2008, 2011).

Entre as razões que podem ser oferecidas para o declínio da concepção

universalista, defendidas pelo Banco Mundial, está a ideia de que instituições estatais, gerenciadas segundo os modelos de mercado, combinadas às parcerias público-privadas na execução das políticas sociais, fomentariam o encontro entre as necessidades sociais dos mais pobres dentre os pobres e os "prematuros" ou "incompletos" sistemas de Bem-Estar Social da América Latina, Sul da Ásia e África. Esse processo foi publicizado pelo Banco Mundial como o seu compromisso com os pobres, garantindo serviços sociais para "quem realmente precisa" (DEACON, 2007). E, para tal, em nome dos pobres, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional[14] defenderam a restrição de cobertura de serviços estatais gratuitos à classe média (CORELLA, 2005; DEACON, 2007; RIZZOTTO, 2012).

Em sua abordagem sobre a epidemia global de Aids durante a década de 1990, o Banco Mundial afirmava que as terapias antirretrovirais seriam pouco eficazes em termos de custo e um subsídio exagerado aos pacientes com Aids, se contrapondo ao acesso gratuito aos coquetéis antirretrovirais (PARKER, 2001 *apud* ROCHA, 2011). E antes disso, ainda em 1987, o Banco Mundial publicou documentos em que desaconselhava países em desenvolvimento a adotar direitos sociais com serviços gratuitos para todos (DEACON, 2007).

O padrão de gastos destes organismos multilaterais como o Banco Mundial, e o FMI e de organizações de atuação global, como a USAID, demonstram a profunda relação entre as ações de comunicação em saúde e as tendências

14 Como será visto, esta orientação claramente neoliberal do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional teve efeitos diretos nos sistemas de saúde e nas condições de vida do povo moçambicano no contexto pós-socialista. Enquanto que no Brasil e na África do Sul, esses organismos doutrinaram as elites políticas dos governos de Fernando Henrique Cardoso (Brasil), Nelson Mandela e Thabo Mbeki (ambos da África do Sul) na condução dos seus programas de contrarreforma, em Moçambique, pela fragilidade estrutural e política do país, eles se tornaram verdadeiros "governos paralelos".

e/ou necessidades do mercado. Um exemplo da importância de disciplinar as campanhas e programas globais na área de saúde, de acordo com a ideologia neoliberal, é o fato do orçamento destinado pela Organização das Nações Unidas para as ações do Banco Mundial na área da saúde ser superior ao destinado aos organismos multilaterais criados para desenvolver programas nessa área, como a Organização Mundial de Saúde (ZOLER, 2008 apud SASTRY & DUTTA, 2013). O *locus* de poder para definir e organizar a saúde em escala global se deslocou para as agências multilaterais econômicas e políticas como o Banco Mundial e o FMI (DEACON, 2007; SASTRY & DUTTA, 2013) e é dentro e entre essas organizações de orientação neoliberal que a maior parte dos programas de HIV/Aids dos países em desenvolvimento são desenvolvidos e/ou financiados (NAUTA, 2010; PFEIFER & CHAPMAN, 2010 apud SASTRY & DUTTA, 2013).

É interessante apontar que os melhores, mais eficazes e efetivos programas de controle ao HIV/Aids e de assistência às pessoas soropositivas foram e são os que seguem na contramão das recomendações neoliberais do Banco Mundial ou conservadoras da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) (POLLACK, 2013).

Mas o que se observa é que as implicações sociais das reformas e ajustes neoliberais foram mais deletérias ao bem-estar social exatamente nos países de capitalismo periférico. Países da América Latina, África, Ásia e Leste Europeu sofreram o desmonte e/ou a mercantilização dos seus frágeis sistemas de bem-estar social. As ideologias neoliberais, elaboradas originalmente por intelectuais europeus e estadunidenses, e mundialmente difundidas pelos organismos multilaterais, logo foram adaptadas às realidades político-

econômicas de países da periferia capitalista.

4. CONTRARREFORMAS NEOLIBERAIS E EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA AMÉRICA LATINA E NA ÁFRICA SUBSAARIANA: BRASIL, MOÇAMBIQUE E ÁFRICA DO SUL

O subcontinente latino-americano é considerado pelos organismos multilaterais financeiros, potências e corporações econômicas capitalistas, como uma unidade geográfica, política e econômica específica, separada dos países de capitalismo central do continente: Canadá e Estados Unidos da América (AMIN & HOUTART, 2003). Entretanto, as realidades socioeconômicas e políticas de cada Estado nacional latino são bastante distintas (VALDÉS, 2003).

A América Latina vivenciou a primeira experiência sistemática de reforma orientada pelo neoliberalismo, o Chile ditatorial, governado pelo General Pinochet após o golpe de Estado de 1973 (HARVEY, 2008, 2011; VALDÉS, 2003). Esse regime sinalizou o início do ciclo neoliberal. O Chile, sob o governo ditatorial de Pinochet, materializou o seu programa neoliberal imediatamente e de forma ortodoxa, ocasionando: desregulamentação da economia, desemprego maciço, repressão antissindical, redistribuição da riqueza em favor da burguesia, privatização do setor público entre outros. Todo este processo, orientado por uma versão mais pura do neoliberalismo, ocorreu quase dez anos antes da experiência britânica (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008).

Outro caso que reforça a tese da América Latina como laboratório de

experiências neoliberais é o da Bolívia, em 1985, empreendida pelo economista americano Jeffrey Sachs. Esses dois países serviram de experimentos neoliberais, mas permaneceram como exceções na região até o fim da década de 1980. A expansão do neoliberalismo no subcontinente latino se inicia em 1988, no México, com a eleição do presidente Carlos Salinas de Gortari (ANDERSON, 2002).

As formas como os países da região historicamente respondem aos conflitos sociais são condicionadas por fatores como o nível de industrialização, a resistência das oligarquias agrárias e das burguesias nacionais às mudanças progressistas e à divisão de poder, a atuação de partidos políticos e movimentos sociais de orientação democrático-popular ou revolucionários, entre outros (AMIN & HOUTART, 2003; FERNANDES, 2006; HARVEY, 2008).

Como tantas outras correntes e tendências do pensamento social que se desenvolveram na América Latina como discursos políticos dominantes ou marginais, o neoliberalismo não teve origem nessa região. No entanto, como ocorreu com outras correntes do pensamento social e econômico, progressivamente foi sendo criada uma ordem do discurso neoliberal latino-americana. Apresentando formações discursivas que detectavam e classificavam os seus próprios "inimigos internos" ao processo de modernização dos Estados, elaborando conceitos e voltando-se aos problemas sociais, econômicos e políticos específicos desses países (VALDÉS, 2003). Mas sem se posicionar contrária à "estatofobia" e à crença nas práticas gerencialistas e das organizações do mercado que colonizam a ordem do discurso neoliberal.

Para o autor:

> Cuestiones como la lucha contra el cepalismo, la reinvidicación de un "desarollo hacia fuera" o las elaboraciones teóricas sobre la 'informalidad', los informales, y la economia informal, son algunas de las maneras en las que el neoliberalismo ha ido configurando um espacio latinoamericano de pensamiento. Como consecuencia de esto no ha podido, ni ha querido, sustraerse a la grande disyuntiva de nuestro pensamiento em el siglo XX; la modernización versus lo identitario. La opción modernizadora, hasta la ridicularización de lo identitario, al menos en algunos autores, ha marcado el caracter de este pensamiento. Es precisamente la detección de estos espacios lo que permite ubicar los tópicos clássicos (redución del Estado, exaltación del mercado, crítica de la programación o la planificación, extrapolación de las leyes del mercado hacia la política, entre otras) en conexión com la historia de nuestro pensamiento, a la vez que detectar los trazos de originalidad o novedad de los planteamientos neoliberales latinoamericanos (VALDÉS, 2003, p. 261).

Por corroborar com as perspectivas de Gosta Esping Andersen (1995), Ramesh Mishra (1991 apud PEREIRA, 2008) e Potyara Pereira (2011) sobre o que é *Welfare State*, defende-se aqui a tese deque este não existe ou existiu na América Latina.

> O ***Welfare State***, uma das marcas da "era dourada" da prosperidade do pós-guerra, significou mais do que um simples incremento das políticas sociais no mundo industrial desenvolvido. Em termos gerais, representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política. Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa das idéias de justiça social, solidariedade e universalismo. Politicamente, o ***Welfare State*** foi parte de um projeto de construção nacional, a democracia liberal, contra o duplo perigo do fascismo e do bolchevismo (ESPING-ANDERSEN, 1995, p.73).

Outro elemento é que, nas sociedades íbero-americanas, desemprego, emprego desprotegido, subemprego e profundas desigualdades sociais se

apresentam de forma aguda (ANDERSON, 2002; LAURELL, 2008; VALDÉS, 2003) e, como analisou Robert Castel (2008) sobre o Plano Marshal, o pleno emprego é um pilar fundamental do *Welfare State*. Pleno emprego e amplos sistemas de proteção social universal o caracterizam, situando o Estado-providência como uma experiência política restrita ao contexto pós Segunda Guerra mundial, em alguns países de capitalismo central (PEREIRA, 2011), eliminando qualquer possibilidade de considerar mesmo os mais generosos Estados de bem-estar social e políticas sociais latinas como exemplos de *Welfare State.*

Nessa região, a proteção social foi tradicionalmente relegada à família e à rede de proteção próxima, sendo estes aspectos pouco estudados pelos estudos clássicos sobre a política social. Nos países íbero-americanos, a família extensa e a rede de solidariedade privada despontam como amortecedoras das crises sociais e provedoras de bem-estar (MIOTO, 2008). Vale ressaltar que as responsabilidades sobre como responder à crise e à pauperização dos grupos familiares, aprofundadas pelas políticas de ajuste neoliberal, tendem a se concentrar sobre as mulheres, o que foi observado por Silvia Chant (2006), tanto na América Latina como na África.

Talvez, considerando as realidades de África do Sul, Brasil e Moçambique, seja mais coerente afirmar a tendência da proteção social dirigidas para as famílias e denominar ,como "feminização" da mesma, já que as responsabilidades de cuidado e, não raramente, pela provisão material, são concentradas nos membros femininos das famílias. E, segundo Myke Davis (2006) e Sylvia Chant (2004, 2006), os impactos dos ajustes neoliberais hipertrofiaram o papel das

mulheres latino-americanas e africanas não só como provedoras[15], eles agudizaram a feminização da pobreza[16] e a concentração de responsabilidades sobre os membros femininos das famílias.

Quando comparada à implantação do neoliberalismo realizada nos países de capitalismo central, as experiências da América Latina apresentam diferenças significativas. As últimas têm se configurado em políticas mais ortodoxas. Tanto os postulados neoliberais para a economia como os voltados para a política social têm se desenvolvido de forma mais radical do que ocorreu na Europa e América do Norte, principalmente no tocante à política social (HARVEY, 2008; VALDÉS, 2003). Assim, a restrição da intervenção estatal e o repasse ao mercado acontecem tanto na esfera econômica como nos serviços de bem-estar social (ANDREWS, 2010; CORELLA, 2005; HARVEY, 2008, 2011; LAURELL, 2008).

A materialização do discurso neoliberal nesta região aprofundou as pré-existentes manifestações da questão social nos países sul e centro-americanos. O agravamento dos conflitos gerados pela questão social

15 Na África do Sul, 42% das famílias (Statssa,2015) são chefiadas por mulheres. Em Moçambique aponta que 28,51% das mulheres são chefes de agregados familiares (IOF 2014-2015). No Brasil, 38,7% dos lares são chefiados por mulheres (IBGE, 2014). Os dados também indicam que, nesses países, as famílias lideradas por mulheres são mais pauperizadas do que aquelas que contam com um provedor masculino. Porém, com exceção do Brasil, quando se analisam os padrões de investimento da renda familiar em alimentação e educação formal das crianças, verifica-se que as famílias lideradas por mulheres apresentam melhores resultados.

16 A noção de "feminização da pobreza" baseia-se na premissa de que as mulheres são mais pobres do que os homens, a incidência de pobreza entre as mulheres está a aumentar em relação à dos homens, e a crescente pobreza entre as mulheres está ligada à feminização da chefia do agregado familiar, sendo válido ressaltar que as características e expressões mais específicas da feminização da pobreza variam conforme o espaço geográfico, classe social e etnicidade. (CHANT, 2004). Ainda segundo Sylvia Chant (2006), embora o termo "feminização da pobreza" tenha se tornado um léxico comum durante os anos 1990, ainda persiste a tendência a não se representar a proporção real da pobreza que se abate sobre as mulheres e a tendência de aprofundamento e permanência dessa realidade, em que 70% dos pobres do mundo são mulheres. A autora defende a tese de que os ajustes neoliberais aprofundaram a condição de pobreza das mulheres da periferia capitalista e ainda sobrecarregaram as mulheres com mais responsabilidades sobre o grupo familiar.

levou os Estados latinos ao desenvolvimento de programas sociais para "aliviar a pobreza", apoiados por organismos multilaterais interessados na efetivação do ajuste estrutural na região (DEACON, 2007; HARVEY, 2008, 2011; TEIXEIRA, 2010). O intuito destas medidas de caráter social era evitar que o aprofundamento das iniquidades sociais, geradas por uma economia de livre mercado, resultasse em projetos políticos alternativos ao neoliberal, assim como em uma radicalização das lutas sociais (LAURELL, 2008).

Por fim, desde os anos 1980, o discurso neoliberal na América Latina e Caribe fomentou/legitimou reformas regressivas, contrarreformas, que redefiniram os heterogêneos sistemas de seguridade social, com uma significativa orientação à lógica estrita dos seguros, em detrimento à de seguridade, e, em alguns casos, de privatização dos sistemas, intensificada na década de 1990, aprofundando as desigualdades sociais no subcontinente (ANDERSON, 2002; BOSCHETTI, 2008; HARVEY, 2008; TEIXEIRA, 2010).

Como foi visto, nesse período, enquanto os países da América Latina atravessavam um acentuado processo de recessão, que fez desta a "década perdida" (ANDREWS, 2010), os países de capitalismo central também iniciavam o ajuste estrutural, gerado por mais uma crise cíclica do capital (ANDERSON, 2002). Neste contexto de crise capitalista, os formuladores de políticas públicas foram pressionados a assumir críticas em relação àquilo que Bobbio (2000) denominou "Estado de serviços sociais" (HIRSCH, 2010).

Mas, enquanto a América Latina precisou esperar os anos 1980 para enfrentar uma massiva onda de pauperização induzida por governos neoliberais, no intuito de tornar amplas esferas da vida social novos espaços de acumulação,

ampliando o poder do capital sobre o trabalho, o continente africano já conhecia amplamente o preço da mercantilização das necessidades sociais. Afinal, diante da onda de movimentos de libertação nacional ocorridos nos anos 1950 e 1960, uma das principais condicionalidades impostas pelos colonizadores era manter intacta ou aprofundar a segurança dos seus projetos de exploração no continente, sendo a criação de Estados nacionais independentes a forma mais adequada a tal intento. Dentro desse "novo" pacto entre Europa e África, caberia às antigas colônias, além de fornecer *commodities* às suas antigas metrópoles, servir de consumidoras não só de produtos manufaturados oriundos da Europa, mas também dos serviços privados de educação, saúde e habitação, ofertados pelos antigos colonizadores.

As transformações deveriam ser apenas políticas e não poderiam intervir na natureza desigual do intercâmbio material. Agora, metrópoles e colônias eram consideradas como "Estados parceiros com ligações históricas". E, mesmo décadas antes da implantação dos programas de ajuste neoliberal e da independência política, o continente africano já era objeto das análises neoliberais, mas não sem resistências.

Em 1948, ano em que o racismo virou regime de Estado na África do Sul, por meio da eleição que levou o Partido Nacional ao governo do país, o Conselho Mundial das Igrejas, organização ecumênica das igrejas protestantes, declarou que, por uma questão de justiça social, os países capitalistas industrializados deveriam beneficiar e contribuir para o desenvolvimento das forças produtivas e dos meios de produção nas sociedades africanas e asiáticas. O documento também afirmava que o espólio das riquezas e a

destituição dos povos locais deveriam parar.

A essa Declaração, uma das mais importantes vozes do neoliberalismo do século XX, o economista e filósofo ucraniano Ludwig Von Mises respondeu:

> A verdade é que a acumulação de capital e seu investimento em máquinas, a fonte da riqueza comparativamente maior dos povos ocidentais, deve-se exclusivamente ao capitalismo ***laissez-faire***, que o mesmo documento das igrejas veementemente deturpa e rejeita no campo moral. Não é culpa dos capitalistas se os asiáticos e os africanos não adotaram as ideologias e políticas que teriam tornado possível a evolução do capitalismo nativo. Também não é culpa dos capitalistas se as políticas dessas nações impediram as tentativas dos investidores estrangeiros no sentido de dar-lhes "os benefícios de uma maior produção industrial". Ninguém nega que o que torna centenas de milhões de pessoas na Ásia e na África necessitadas é o fato de elas se apegarem a métodos primitivos de produção e de perderem as vantagens que o emprego de melhores ferramentas e de tecnologia atualizada lhes poderia conferir. Existe apenas um caminho para aliviar sua miséria – ou seja, adoção total do capitalismo ***laissez-faire***. Eles necessitam é da empresa privada, da acumulação do novo capital, de capitalistas e empresários. É absurdo culpar o capitalismo e as nações ocidentais capitalistas pelas condições que os povos atrasados criaram para si próprios. A solução indicada não é a "justiça", mas a substituição de políticas doentias por políticas sadias, ou seja, pelo ***laissez-faire*** (VON MISES, 2013, p. 118-119).

Parece que Ludwig von Mises escolheu ignorar a história das relações entre o ocidente capitalista e a África – relação marcada pelo tráfico negreiro, pelo imperialismo e pelo racismo (CHINWEIZU, 2011; TERREBLANCHE, 2005). Essa tríade de explorações também foi ignorada (in)voluntariamente pelas ideologias produzidas ou adotadas pelas elites políticas e econômicas dos países africanos nas décadas seguintes à libertação nacional e desenvolvimento de experiências pan-africanistas, socialistas e de inspiração marxista que se seguiram à década de 1960 (CHANAIWA, 2011).

No clássico do pensamento pós-colonial, *Os condenados da Terra*, Frantz Fanon (1968) revela que, além da permanência de políticas econômicas que subalternizavam as economias africanas e asiáticas após a onda de independências iniciada na década de 1960, e que romperam apenas a dimensão política do colonialismo, as políticas de austeridade social acompanharam as emancipações nacionais. A incipiente rede de serviços básicos, profundamente concentrada nos enclaves coloniais urbanos – as cidades – foi rapidamente desmontada pelos partidos de libertação nacional na maioria das nações recém-libertas do colonialismo europeu.

Sendo assim, a maioria dos países da África, especialmente os 49 Estados nacionais da África Subsaariana, não precisaram esperar pela hegemonia neoliberal para vivenciar a retirada do Estado das responsabilidades de reprodução social (serviços, políticas sociais e sistemas de proteção). As elites locais, organicamente vinculadas a projetos societários alheios às necessidades sociais da maioria das sociedades e nações africanas, sobretudo das que viviam nas áreas rurais, rapidamente livraram o Estado e o capital dos encargos sociais (DAVIS, 2006; FANON, 1968).

Nem mesmo as expressões de um "liberalismo embutido", que experimentaram países da América Latina, a partir da criação de sistemas de bem-estar mais ou menos extensos, foram uma realidade na maioria dos Estados africanos do século XX. O desigual desenvolvimento geográfico do capital colocou o continente em um lugar de marginalidade no tocante à proteção social do trabalho e da cidadania, ao menos dos cidadãos e trabalhadores negros (SEEKINGS & MOORE, 2013; HARVEY, 2007, 2008; GOUGH et al, 2004). O espólio das antigas colônias africanas assumiu um papel central no processo

de acumulação primitiva do capital (FANON, 1968), função que parece ter sido preservada na atualidade, em tempos de acumulação por espoliação (HARVEY, 2005), mas com "novos atores do Sul". Sob uma superfície discursiva de governos neodesenvolvimentistas e da chamada "cooperação sul-sul", novos atores vêm subalternizando o continente (CHINWEIZU, 2011; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

No atual contexto de crise das antigas potências capitalistas, o espólio de *commodities*, riquezas minerais, patrimônio ecológico único, e abundante, barata e desprotegida força de trabalho africana também são compartilhados por multinacionais de países neodesenvolvimentistas como Índia, China e Brasil (HARVEY, 2011; TERREBLANCHE, 2012). Neste sentido, Chinweizu (2011) aponta para um verdadeiro neocolonialismo chinês no continente e, diante do impacto social, econômico e ecológico dos projetos chineses na África, Howard French (2015), chega a considerar a África como o segundo continente chinês.

Muito do que Von Mises e os discursos racistas, conservadores, reacionários e neoliberais apresentaram como ideologias inquestionáveis durante o século XX, foi implantado e/ou está em desenvolvimento nas frágeis democracias e ditaduras africanas há mais de 30 anos.

Iniciados na década de 1980, o *laissez-faire* das reformas neoliberais, os programas de austeridade e ajuste estrutural garantiram – e ainda garantem – o lugar do livre mercado no continente. Além disso, a modernização dos meios de produção não foi acompanhada de uma equiparação aos países do Norte, e nem poderia, dada à natureza profundamente desigual do intercâmbio

material entre os centros do capital e a África (CHINWEIZU, 2011). Frustrando as expectativas de Von Mises e demais neoliberais, a combinação entre livre mercado, burguesia (local e/ou estrangeira) e privatizações resultou em um continente ainda mais castigado pelo pauperismo[17]. Tão pauperizado que, em 1984, a África era o único continente incapaz de alimentar seus habitantes.

O "problema africano" não residia na produção, mas na intensidade da apropriação privada da riqueza socialmente produzida. Aos burgueses e elites políticas pós-coloniais dos mais de 40 países que implantaram os Programas de Ajuste Estruturais (PAEs), não interessava alimentar o excedente humano de classes e grupos sociais "traídos pelo Estado" (DAVIS, 2006). As reformas neoliberais, em sua pluralidade de formas e conteúdo, garantiram a manutenção ou a restauração do poder das classes e grupos dominantes, possibilitando o surgimento de uma burguesia nacional onde ela não existia[18] (HAART, 2013; HARVEY, 2008, 2011). Mesmo diante das emancipações políticas em relação aos antigos centros metropolitanos, a subalternidade econômica ao capital das grandes multinacionais evidenciou que o imperialismo econômico funciona independente da bandeira cravada no território (CHINWEIZU, 2011; DAVIS, 2006; HARVEY, 2011).

A atitude predominante entre os governantes das antigas colônias africanas

17 O caso africano evidencia a solidez da crítica de Gosta Esping-Andersen (1995) à racionalidade industrialista hegemônica durante o século XX na análise dos sistemas de bem-estar. Para esta corrente, existiria uma relação linear/causal entre industrialização, modernização dos meios de produção e formulação de serviços e políticas sociais. Quanto mais intensa a industrialização, mais extenso seria o Welfare State. No sentido contrário, a história recente nos mostra que é possível acumular capital intensificando a espoliação do Estado de Bem-Estar Social (HARVEY, 2007, 2008, 2011; HIRSCH, 2010).

18 Sobre o caso da formação de uma burguesia nativa na África do Sul, segundo o internacionalista sul-africano Sean Jacobs (2012), desde as medidas afirmativas pós-apartheid, os sul-africanos negros pertencentes ao círculo de influência do CNA, tomaram os empregos estatais como o meio mais rápido de acumular riqueza e bem-estar. Para o autor, o surgimento dessa nova elite negra de burocratas ocorreu no mesmo período (1994-2012) em que o número de sul-africanos vivendo com menos de um dólar americano dobrou.

era de que o "modelo econômico americano" triunfou e que todos os países do mundo só poderiam sobreviver e prosperar se integrando ao capitalismo mundializado, se adaptando, tão rapidamente e tão completamente quanto possível, ao discurso norte-americano de antiestatismo, de desregulamentação social e econômica, austeridade fiscal, privatização dos serviços de bem-estar social, do fundamentalismo de mercado e do livre comércio (DAVIE, 2015; TERREBLANCHE, 2005, 2012).

Outra tendência contemporânea do sistema de bem-estar dos países da periferia do capital é que o crescente espaço do mercado na provisão de serviços sociais vem acompanhado da expansão e/ou permanência dos diferentes arranjos familiares no suporte financeiro e no cuidado (DAVIS, 2006; DEACON, 2007; GOUGH et al, 2004). Segundo os autores, o que caracteriza a maioria dos regimes de bem-estar social dos países do Sul capitalista é a configuração de esquemas de "seguridade informal", que se desenvolvem à parte do mercado e do Estado, e uma crescente mercantilização do *Welfare State* e "familização" do cuidado. Como foi visto, essa "familização" do cuidado facilmente pode ser denominada feminização do cuidado, já que se constitui na maioria dos casos como uma "obrigação" das mulheres, a partir das assimétricas relações de gênero, atribuindo mais trabalho não pago às mulheres, geralmente, em suas unidades domésticas.

Os trabalhos de Mike Davis (2006), assim como as pesquisas de Gracie Davis (2015), Elena Moore (2013) e Sylvia Chant (2004, 2006), sobre as formas de resposta às mais graves refrações da questão social na África do Sul, são ricos em elementos teóricos e empíricos que apontam o agravamento das condições de vida das mulheres na África Austral, que se seguiu aos

programas de ajuste estrutural.

Segundo os autores, em todo o terceiro mundo, as mulheres foram chamadas para preencher as lacunas de renda ocasionadas pelo desemprego e/ou subemprego masculino, ocasionados ou aprofundados pelos programas de ajuste neoliberal, e de cuidado e proteção do arranjo familiar, ocasionadas pela mercantilização dos serviços sociais públicos. A terapia de choque das reformas neoliberais, dos (des)ajustes estruturais, obrigaram os indivíduos a se reagrupar em torno dos recursos do arranjo familiar. Quando as oportunidades de empregos formais dos homens se tornaram escassas ou, simplesmente, desapareceram, mães, irmãs, filhas e esposas da América Latina, da África e de grande parte da Ásia serviram como amortecedores do desmonte e/ou mercantilização dos *Welfare States* periféricos (CHANT, 2004; DAVIS, 2006).

No caso da epidemia de HIV/Aids, as mulheres, especialmente as das classes e grupos étnicos subalternizados da África do Sul, Brasil e Moçambique, têm dificuldades de acesso a medidas de proteção controláveis por elas mesmas. Por exemplo, o microbicida anti-HIV ainda não se tornou realidade. O preservativo feminino é caro, tornando-se pouco acessível para a população e a distribuição pública não é disponibilizada para todas as mulheres, apenas para aquelas consideradas mais vulneráveis como, por exemplo, profissionais do sexo, usuárias de drogas ou parceiras de usuários, mulheres com HIV ou DSTs ou parceiras de homens com HIV (ROCHA, 2011).

Ainda segundo Rocha (2011), a prevenção permanece centrada no corpo dos homens, o que deixa as mulheres em desvantagem para realizar o

uso do preservativo, salientando que é difícil a negociação da prevenção em situações de desigualdades, expressas por meio de sexismo, racismo, diferenças geracionais e diferenças de classes sociais. Essas situações combinadas podem gerar violência e impossibilitar a negociação.

Para Rosalind Petchesky (2008), a sexualidade cruza de maneira crítica com gênero, racismo, etnicidade, classe e relações coloniais de poder. Outra perspectiva é de independência e interdependência entre sexualidade, sexo e gênero, como algo complexo e estratificado. Além do que, concordando com Bastos (2006, p. 49), o suposto sexo seguro "é uma proposta absolutizante que não encontra correspondência na vida real". Para o autor, não se trata de modo algum de uma questão restrita ao sexo ou à sexualidade, muito pelo contrário; na verdade, nada, na esfera da vida, é absolutamente seguro, portanto, não haveria porque sê-lo em se tratando de sexo ou qualquer outra atividade humana (BASTOS, 2006). Afinal, como esperar que o "sexo seguro" seja uma realidade quando o sexo em si faz parte de existências cercadas por situações de risco e subalternização de diversas naturezas, oriundas de relações de classe, raça, gênero e poder tão assimétricas?

Sylvia Chant (2004, 2009), ao pesquisar os impactos das políticas de ajuste estrutural sobre as relações de gênero e trabalho, identificou que as mulheres latinas e africanas tiveram que trabalhar mais, tanto dentro como fora de casa, para compensar o corte dos investimentos estatais em serviços públicos e a queda da renda masculina e que essa pressão criou restrições ainda maiores ao acesso feminino a serviços de saúde, especialmente os assistenciais, e de educação. Embora os governos tenham promovido a descentralização das políticas sociais e criado programas focalizados na educação e na saúde da

mulher[19].

Em várias partes da África, serviços públicos de saúde, educação, assistência social e habitação se tornaram vagas lembranças e a provisão do cuidado foi ainda mais familizada, ou melhor, feminilizada. Pois o novo regulador social, o mercado, como provedor de bem-estar social, era uma irrealidade às maiorias. Segundo Fidelis Balogun (1995), o choque neoliberal no continente africano entre os anos de 1980-1990 produziu realidades que fariam alguns regimes coloniais serem considerados "humanitários".

Analisando a emergência e institucionalização de sistemas de saúde residuais/focalistas em um contexto de mercantilização crescente, Martine Bulard (2010) classificou os sistemas africanos, que ela denomina "sistemas coloniais", como profundamente limitados na resolução de suas complexas necessidades sociais em saúde, por meio da universalização de serviços primários de saúde- a qual também pode ser denominada universalidade básica, restrita ou segmentada. Para a autora, o principal obstáculo desses sistemas não são os modelos, mas as restrições fiscais impostas aos sistemas públicos de saúde, determinadas pela crise capitalista e materializadas pelos

19 É necessário problematizar que existe uma incorreta equiparação entre saúde da mulher e saúde materno-infantil, entre gênero e sexo na maioria dos programas de saúde nos países periféricos e pouca institucionalização de uma perspectiva de saúde integral das mulheres e dos seus direitos sexuais e reprodutivos como direitos de cidadania. Na maioria das famílias, comunidades e escolas, sexo e sexualidade ainda são tabus. Falar sobre esses assuntos e exercitar a vivência plena dos direitos reprodutivos e direitos sexuais não se tornaram realidade para todas as pessoas. Pesquisas com mulheres soropositivas, realizadas pelo Grupo de Incentivo à Vida (GIV), de São Paulo, e Ministério da Saúde do Brasil revelam que nos grupos investigados a abordagem do tema da sexualidade foi permeada de risos, silêncios e de um tom mais baixo de voz. As respostas eram evasivas: "Sexo?... Sexo é um... (risos) . Nossa, que vergonha! [...] Ah! Sexo é uma coisa normal" (CRUZ & BRITO, 2000, p 46 apud Rocha, 2011). Sobre a realidade do Brasil, a pesquisa de Rocha (2011) ainda aponta que: as políticas de saúde seguem a priorização do binômio materno-infantil, apesar das mais de três décadas de existência do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e dos avanços em respostas a muitas demandas das mulheres no âmbito da saúde reprodutiva e saúde sexual. O PAISM inaugurou, em 1984, um novo paradigma com o princípio de integralidade de saúde para as mulheres para além da reprodução biológica. Todavia, a institucionalização do enfoque de gênero, desde a década de 1990, não rompeu com a ideia da natureza humana do ser mulher vinculada ao papel biológico de reproduzir.

Estados, com plena legitimação do Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde Fundo Monetário Internacional e outros organismos globais mais comprometidos com a saúde fiscal dos Estados e o pagamento dos juros da dívida externa. Para Bulard, os sistemas de saúde que vêm sendo implementados na África põem em risco as necessidades sociais em saúde, mas garantem a saúde dos mercados.

Conforme comenta a OMS, em seu relatório de 2008, as políticas de ajuste estrutural (negociadas pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial) impactaram gravemente os sistemas de saúde pública, enquanto as discrepâncias entre a oferta privada e pública e gratuita de tratamentos médicos, foram ampliadas. O mesmo documento acrescenta:

> a mercantilização desenfreada dos sistemas de saúde africanos, sul americanos, asiáticos e do Leste Europeu os torna muito ineficientes e muito caros; a mercantilização vem acentuando as desigualdades e conduz a tratamentos de qualidade medíocre, e não raro até mesmo perigosos" (OMS, 2008, p.??).

Martine Bulard (2010) defende a ideia de que a mercantilização dos sistemas de saúde e o poder das indústrias de medicamentos vêm criando um *apartheid* sanitário, polarizado entre quem pode pagar por tratamento assistência e quem não pode, já que os sistemas mercantilizados se mostram ineficientes em promover saúde.

No conjunto dos gastos mundiais, a o investimento em saúde nos 49 países da África Subsaariana é de 1%, quando a região concentra: 12% da população mundial, 24% da carga global de doenças e apenas 3% dos profissionais de saúde − o que evidencia as profundas iniquidades geradas pelo recente

passado colonial, pelos programas de ajuste estrutural, pela mercantilização e pela adoção de modelos e tecnologias de saúde ocidentais que, além de caras, geralmente desconsideram as práticas tradicionais de saúde. Talvez, esse dado ajude a entender porque 70% das mais de 20 milhões de mortes ocasionadas pelo HIV, do início da epidemia até os anos 2000, se concentraram nesta região. Assim como o motivo dessa sub-região concentrar 23 dos 33,5 milhões de pessoas soropositivas.

De acordo com o International Finance Corporation - IFC (2015), órgão do Banco Mundial criado para incentivo à participação do mercado na provisão de serviços de saúde e educação e articulação entre mercados e governos locais, os 49 países da África Subsaariana estão mais abertos e atraentes ao mercado privado de seguros de saúde do que nunca. De acordo com o Relatório *The Business of Health in Africa*: a participação do mercado via privatização ou parcerias público-privadas tende a dobrar nos próximos 10 anos. Os analistas projetam lucros em torno 25 e 30 bilhões de dólares para o mercado privado de saúde e que os governos e formuladores de políticas de saúde têm um papel chave no processo de mercantilização da saúde.

O fim da maioria dos conflitos e guerras civis durante a década de 1990, o estabelecimento de governos soberanos, regimes democráticos e a crescente criação de empregos, ocasionada pelos projetos chineses no continente, criaram um contexto de paz, necessário ao investimento externo de empresas estrangeiras no setor saúde. Mesmo os países mais pobres da chamada África Negra, como Moçambique, estão se tornando o destino de investimento de grandes seguradoras de serviços de saúde.

Ainda nos últimos 30 anos, diante do aprofundamento das necessidades sociais em saúde, resultante da permanência e agravamento das iniquidades sociais combinadas à adoção de alternativas políticas que se afastam de um horizonte de emancipação política e humana, que fundamentavam ideologicamente a luta dos partidos de esquerda pan-africanistas e socialistas (CHANAIWA, 2011; TERREBLANCHE, 2012), espera-se então que a realidade subsaariana se aproxime da latino-americana, em que o crescimento da renda, do emprego e da cobertura de serviços de saúde não significa a ampliação da socialização da riqueza.

5. POLÍTICA DE SAÚDE E CONTROLE DO HIV NO BRASIL: ENTRE O "SUS POSSÍVEL" E O DA PRIVATIZAÇÃO AINDA HÁ ESPAÇO PARA SER VANGUARDA?

No cenário latino-americano, do final dos anos 1980 e começo da década de 1990, o Brasil foi uma exceção à tendência regional de diminuição das responsabilidades sociais do Estado. A Constituição Federal brasileira, de 1988, a primeira após o período ditatorial, que se estendeu de 1964 a 1985, e ainda vigente, aprovou um sistema de seguridade social que embora não fosse universal, representava um avanço na dimensão social da cidadania.

A chamada "Constituição Cidadã" garante direitos universais e integrais à saúde, resultado das várias demandas dos movimentos sociais e da classe trabalhadora. Mas as orientações neoliberais e social-liberais dos governos nacionais, em mais de três décadas de democracia, conformaram um Estado

mais comprometido com a restauração/manutenção das taxas de lucro do capital do que com reformas sociais progressistas para a classe trabalhadora.

Desde a primeira metade dos anos 2000, novos padrões de acumulação e de reprodução social foram implantados no Brasil, sendo o país denominado de "neodesevolvimentista" ou "capitalista de Estado", no tocante ao padrão de intervenção do Estado na economia e de indutor de desenvolvimento econômico (BREMMER, 2011) e "social-liberal", no tocante às formas de intervenção nas refrações da questão social (CASTELO, 2013). Estes novos modelos de regulação social ocasionaram uma redução expressiva do número de pobres e miseráveis entre os anos de 2003 e 2014, de 96 para 56 milhões. Neste mesmo período, o número de brasileiros considerados pelas estatísticas oficiais como pertencentes à classe média subiu de 66 milhões para 113 milhões e o desemprego declinou de 13% para 6% (CARMO, 2014). Vale ressaltar que esta ascensão socioeconômica não tirou o país da lista dos mais desiguais do mundo, embora sua posição no ranking da desigualdade tenha melhorado.

Diferente da África do Sul e de Moçambique, o Brasil institucionalizou o Sistema Universal de Saúde (SUS), ainda em 1990, fortemente influenciado em sua concepção pela perspectiva de promoção da saúde, conforme conceituada na Carta de Ottawa. Na atualidade, o SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo. Porém, como consequência das reformas neoliberais − iniciadas no país pelo Presidente Fernando Collor de Mello, que governou o país entre 1990 e 1992, e aprofundadas durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso e pelo social-liberalismo implantado nos três governos do Partido dos Trabalhadores, a partir de 2003 – atualmente, a

realidade do Sistema continua a ser de subfinanciamento; aprofundamento de relações público-privadas desfavoráveis ao público; complexidade da dinâmica de morbimortalidade; fragilidade histórica da regulação do trabalho em saúde; recuo e indefinição de responsabilidades no pacto interfederativo e compartilhamento intergovernamental da responsabilidade sanitária. Por estes e outros motivos, os serviços de saúde apresentam hoje o maior índice de insatisfação da população nos três níveis de governo (CARMO, 2014).

No Brasil, paralelo ao sistema público estatal, existe uma rede complementar privada, representada por um poderoso setor de seguros e planos privados de saúde, hospitais, clínicas e consultórios que, além de ser mais cara, pouco eficiente e fundamentada no paradigma biomédico liberal de saúde, responde por mais da metade dos gastos do orçamento do Estado no setor saúde, ocasionada pela compra de serviços pelo Estado. Além do acesso privilegiado ao fundo público, por meio de convênios, essas organizações mercantis da saúde ainda recebem subsídios estatais, perdão de dívidas e raramente ressarcem o Estado quando algum dos seus clientes-usuários utilizam os serviços público estatais.

Essa realidade expressa que mesmo que um Estado tenha implantado um avançado sistema de seguridade social e um sistema universal de saúde, não está livre da tensão da supercapitalização das políticas sociais, tão bem caracterizada por Ernest Mandel (1982). Mesmo o mais *welfarista* Estado escandinavo só poderá ser *welfarista* se garantir níveis de acumulação interessantes às suas burguesias internas (HIRSCH, 2010), e mesmo o universal SUS vem garantindo níveis elevados de lucro ao capital privado da saúde.

A priorização das demandas de acumulação de capital por meio do processo saúde-doença, em detrimento da materialização do acesso aos serviços e sistemas de saúde como direitos de cidadania, integral e gratuita, é um processo real e cotidianamente manifesto na vida das pessoas soropositivas nos três países. Mesmo o Brasil, o mais rico e desenvolvido, não representa uma exceção.

O Brasil notificou os seus primeiros casos de HIV em 1982 e no ano seguinte, o primeiro óbito. Tanto os primeiros casos como os óbitos foram registrados entre homens gays, reforçando os estigmas e estereótipos em torno da doença e o discurso sobre "grupos de risco". Apesar do enorme preconceito contra as pessoas vivendo com HIV/Aids, o país realizou campanhas de prevenção já em 1983, além de outras iniciativas importantes, tendo destaque o Grupo de Trabalho criado pela Secretaria de Saúde de São Paulo e o surgimento de diversas ONGs e movimentos sociais, entre os anos de 1980 e 1990, que tinham como foco a luta pelo controle da epidemia e o empoderamento das pessoas vivendo com HIV/Aids e das suas famílias (ROCHA, 2011).

Essas organizações progressistas da sociedade civil e alguns atores governamentais promoveram uma expressiva resistência ao discurso neoliberal de mercantilização do tratamento do HIV/Aids e a adoção das ideologias conservadoras na elaboração dos programas preventivos, o que levou o Brasil à condição de vanguarda no Programa de HIV/Aids. Durante a década de 1990, os projetos de pesquisa e tratamento cresceram significativamente e as campanhas de prevenção se tornaram de fato efetivas. Tais campanhas foram um marco na história do país por envolver incentivo ao uso de preservativos em propagandas em canais da TV aberta e

por promover uma discussão séria sobre o tema.

O amplo acesso aos antirretrovirais, em decorrência dos compromissos do Estado brasileiro com a provisão dos mesmos, é acompanhado por uma acentuada falta de acesso desses usuários às demais especialidades médicas e serviços assistenciais como exames e consultas com especialistas por meio do Sistema Único de Saúde, sem citar a dificuldade crônica em acessar os serviços de assistência e previdência social (focalizados nas pessoas vivendo com HIV/Aids mais pauperizados e sintomáticas), como foi identificado por Vieira (2010, 2011) e Soares (2011). Talvez seja a seletividade entre o que pode e o que não pode ser provido pelo Estado neoliberal que ocasione no Brasil uma universalidade fragmentada, que faz com que o país muito se pareça com seus pares africanos, nos quais existe um expressivo hiato entre o conteúdo das políticas sociais e o modo como elas são implantadas.

Mesmo com essas tensões e limites, segundo a UNAIDS Brasil (2015), o país foi um dos primeiros dentre os de renda baixa e média a fornecer tratamento gratuito para pessoas que viviam com Aids, o que ocorreu desde 1996 pelo SUS. Enquanto isso, a maioria dos países da periferia capitalista dependia de financiamento internacional para suas respostas e adotava perspectivas neoliberais e conservadoras em seus programas educativos e de prevenção, como as propagadas pelo ABC.

Em consequência dessa política de acesso universal, o Brasil teve uma queda acentuada na taxa de mortalidade associada à Aids. Na atualidade, o país latino tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral (TARV) entre os países de média e baixa renda, com aproximadamente metade das

pessoas vivendo com HIV, 48%, recebendo TARV, enquanto que a média global identificada em 2014, era de 41%.

Ainda, segundo relatório da UNAIDS (2015), em 2014, havia 734.000 de pessoas vivendo com HIV. A prevalência do vírus estimada para o Brasil ficou entre 0,4 e 0,7 % da população, que nesse ano era de 200,4 milhões. Com uma distribuição média de 20 casos por grupo de 100.000 habitantes, estima-se que ocorreram 44.000 novas infecções pelo HIV. O número de mortes relacionadas à Aids no Brasil foi de 16.000 em 2014. Dos 734.000 brasileiros vivendo com HIV/Aids, 589.000 (80%) já foram diagnosticados, o que indica que aproximadamente 146.000 brasileiros não sabem que são positivos para o HIV, 355.000 (48%) estão em tratamento e 293 mil (40%) estão com a carga viral suprimida.

O grupo populacional que apresenta maior prevalência é o dos adultos jovens: homens e mulheres entre 24 e 49 anos. A epidemia também vem crescendo entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos: entre estes, o número de casos subiu de 8,1 por 100.000 para 11,3 a cada 100.000 entre os anos de 2005 e 2012. Além disso, 66% dos novos casos aconteceram dentro de relações estáveis, ou seja, em hipótese, com apenas um parceiro (UNAIDS, 2015).

Em 1983, logo após a notificação dos primeiros casos, a relação era de 25 casos de HIV entre homens para cada mulher com HIV. Em 1989, no auge da epidemia, a relação de casos de infecção era de seis homens para cada mulher soropositiva. Na atualidade, a proporção diminuiu e tende a se inverter: são 1,9 caso entre homens para 1 caso entre mulheres, afirmando a tendência de feminização da epidemia como uma realidade. Somente após

duas décadas de início das medidas nacionais de controle da epidemia, foi lançado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento nacional focalizado em combater a expansão da Aids entre as mulheres: “Políticas e diretrizes de prevenção das DST/ Aids entre mulheres”, lançado em 2003.

A partir da pesquisa de Rocha (2011), fica evidente que o sucesso da Política Nacional de HIV/AIDS e seus programas não foi compartilhado do mesmo modo por todos. Segundo a autora, aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, dimensões do prazer, ações educativas voltadas às mulheres, especialmente às mulheres lésbicas, evidenciam o lugar de marginalidade das assimetrias de gênero na elaboração dessas políticas e programas de Estado, o que demandou e demanda uma forte organização dos sujeitos coletivos de luta pelo direito das mulheres à saúde.

Na atualidade, essa mobilização é mais do que necessária, tendo em vista o recente aprofundamento das medidas de ajuste neoliberal no Brasil que, como se sabe, penalizam mais as mulheres do que os homens. Como afirmam Shaunak Sastry & Mohan Jyoti Dutta (2013), o enfoque neoliberal sobre os programas de HIV tende a aprofundar as relações patriarcais, colocar mulheres em crianças em desvantagem em relação aos homens e difundir uma visão mercantil sobre a saúde.

No caso brasileiro, a nova ofensiva das forças de mercado, iniciada na primeira metade dos anos 2010, tem como aliados partidos e políticos conservadores, ideologicamente vinculados às Igrejas protestante e católica, que promovem um discurso público de controle dos corpos das mulheres. Sendo assim, os interesses de frações do capital, insatisfeitas com o partido

no poder, o Partido dos Trabalhadores (PT), caminham junto aos interesses de grupos políticos comprometidos com a retirada/restrição de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos direitos dos segmentos LGBTT e com a afirmação de políticas que restrinjam a responsabilidade do Estado na proteção aos indivíduos heterossexuais, cristãos e cisgêneros.

Os novos casos de HIV no Brasil seguem a tendência mundial de se concentrar nas áreas e populações mais pobres e entre as mulheres, que são as que mais sofrem os impactos sociais das contrarreformas neoliberais e da consequente familização das políticas sociais, fazendo da pauperização e feminização da epidemia uma tendência inegável no Brasil. Talvez por isso, a inclinação à expansão dos novos casos se concentre nos estados pertencentes à região com maiores iniquidades sociais, o Nordeste, embora 56% dos casos ainda se concentrem na região mais rica do país, o Sudeste.

Outros dados evidenciam as iniquidades e diferenças do impacto do HIV entre as cinco regiões, como é apontado no Boletim Epidemiológico de 2007: 90% das pessoas no Sudeste continuavam vivas após cinco anos do diagnóstico, enquanto que no Norte, o percentual cai para 78%. Além disso, os casos de HIV/Aids estavam concentrados nos grandes centros urbanos, mas na atualidade a epidemia passa por uma tendência de interiorização, atingindo cidades pequenas e médias. Entre os anos de 1999 e 2009, enquanto a taxa de incidência caiu de 25 casos para 20 casos a cada 100 mil habitantes no Sudeste, cresceu nas demais regiões: de 23 para 32 casos no Sul; de 12 para 18 no Centro-Oeste; de 6 para 14 no Nordeste e acentuadamente na região Norte, onde passou de 7 para 20 casos a cada 100 mil habitantes.

As iniquidades sociais também se manifestam na concentração do HIV entre alguns grupos sociais, historicamente subalternizados pelas relações de classe, gênero e orientação sexual. Por exemplo, as taxas de prevalência em populações-chave entre 2009 e 2013 foram: 5,9% entre usuários de drogas com mais de 18 anos; 5% entre usuários de crack com mais de 18 anos; 4,9 % entre profissionais do sexo com mais de 18 anos e 10,5% entre gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH).

Além disso, como aponta o Relatório da UNAIDS (2012), as medidas de prevenção e testagem no Brasil ainda precisam avançar bastante. O trabalho apontou que menos de 25% dos homens que fazem sexo com outros homens já fizeram o teste de HIV. Na África do Sul, mesmo com um sistema de saúde obstaculizado por uma Constituição Nacional que condiciona a materialização do direito à saúde à existência de recursos e por um ortodoxo programa de contrarreforma, mais restritivo do que o brasileiro, a cobertura de testagem entre esse grupo populacional está entre 25% e 49%.

Em 2013, o Brasil adotou novas estratégias para controlar a epidemia de Aids, oferecendo tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico e contagem de CD4. Até então, o protocolo usado no SUS garantia medicamentos apenas para aqueles com menos de 500 CD4 por milímetro cúbico de sangue, ou seja, em estágios mais avançados da infecção, já com risco de contrair doenças oportunistas.

Mesmo assim, os problemas crônicos de financiamento, assistência e cobertura fazem com que menos de 50% dos brasileiros e brasileiras vivendo

com HIV/Aids recebam os antirretrovirais. Como foi apontado por Vieira et al, 2014, entre o acesso ao tratamento e a integralidade do mesmo existe um grande hiato. A partir de pesquisa empírica e bibliográfica, as autoras apontam a precariedade enfrentada por usuários dos centros de referência de HIV/Aids no Brasil.

As autoras também apontam que a falta de uma rede de proteção social com recursos humanos e financeiros para viabilizar acesso, cobertura e integralidade do cuidado aos homens e mulheres com HIV, que vai para além da governabilidade do setor saúde, é apontado como um dos principais desafios à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e do Programa Nacional de HIV/Aids. Esta questão demanda promover a intersetorialidade com as políticas de assistência e previdência social e intrassetorialidade, demandando uma maior articulação entre os programas de HIV/Aids e as demais especialidades e níveis de atenção à saúde no SUS e na rede suplementar.

Obviamente, esse conjunto de demandas foi e é obstaculizado pelo programa de contrarreforma do Estado, o Plano Diretor de Reforma do Estado – PDRE, lançado em 1995 e que ainda está em curso. Se a primeira etapa, da década de 1990, foi caracterizada pela privatização das empresas estatais, a segunda etapa, iniciada no fim do segundo mandato de FHC e ainda em curso, corresponde à transferência da racionalidade gerencial do mercado para as instituições e programas do Estado, caracterizando uma reforma gerencialista com significativas expressões no setor saúde (BARBOSA FILHO, 2013).

Nesse sentido, a segunda fase da contrarreforma neoliberal brasileira tem

difundido parcerias público-privadas entre os diferentes níveis do Estado com organizações sociais, fundações e consórcios públicos no intuito de fomentar uma gestão baseada em resultados nos programas e serviços de saúde, por meio da aplicação do gerencialismo na gestão dos serviços contratados, em consonância com a teoria da escolha pública, manifesta no Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE-MARE) (BARBOSA FILHO, 2013).

Esta tendência também se afirma por meio da emergencialização da atenção à saúde, da expansão das unidades de pronto atendimento (UPAS), em detrimento das perspectivas de atenção primária e promoção à saúde, que fundamentam a concepção ampliada de saúde, presente nas Leis Orgânicas do SUS. Essa perspectiva impunha a centralidade da Política Nacional de Saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como coordenadora do Sistema e voltada à promoção do cuidado e da assistência nos territórios de moradia e trabalho.

É nesse contexto de desmonte da política de saúde como um bem coletivo, mas de afirmação da mesma como um instrumento fundamental do Estado gerencialista, que a mesma vem se expandindo no Brasil, materializando o projeto de política de saúde que Raquel Soares (2010) denomina de "SUS possível", em que os interesses de privatização e expansão de acesso e cobertura e o discurso de antigas lideranças parecem se harmonizar, em detrimento das necessidades reais de saúde da sociedade brasileira.

Diante da complexidade e duração do tratamento demandado pelas pessoas soropositivas, que não pode ser reduzido a serviços emergenciais e focais ou a linhas de cuidado fragmentadas, fica evidente que o modelo neoliberal

e do "SUS possível"[20], amplamente difundido em governos dos três níveis do Estado brasileiro, se configura como um novo obstáculo à integralidade do tratamento e que este, junto ao crônico subfinanciamento do SUS, pode colocar em risco as conquistas e o lugar do Brasil na vanguarda do controle da epidemia de HIV/Aids e de proteção da vida de mulheres e homens as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Alguns também têm apontado a necessidade de maior investimento em ações preventivas e de educação em saúde e as relações entre a dinâmica da Aids e a dinâmica econômica e política dos governos do Brasil. As taxas de infecção aumentaram progressivamente no país até 2002, seguindo o ciclo neoliberal dos governos Collor e FHC, depois chegaram a apresentar uma redução gradual até 2007, período em que ocorreu uma significativa expansão de serviços de saúde no Brasil, quando antigas lideranças do Movimento de Reforma Sanitária assumiram posições de poder no Ministério da Saúde, mas nos últimos anos voltou a crescer. Em 2009, no contexto da crise capitalista iniciada no ano anterior, houve aumento de 2,9% em relação ao ano anterior, com 38.538 novos casos (BRASIL, 2010). Mas a relação entre a agenda de contrarreforma do setor saúde e de materialização do projeto de política de saúde, que Raquel Soares (2010) denomina de "SUS possível", e os retrocessos observados nos programas de HIV/Aids precisa ser analisada em profundidade, o que demanda novas pesquisas. Além disso, o contexto em que esses retrocessos foram observados é o de chegada ao poder de sujeitos políticos conservadores e reacionários como não se via desde o período da ditadura.

20 Assim como o neoliberalismo e o social-liberalismo parecem formar uma unidade político-ideológica para a restauração e preservação do poder burguês no Brasil, mesmo apresentando suas particularidades, os projetos "SUS possível", que parece ser uma expressão do social-liberalismo na política de saúde, e o projeto privatista para a saúde, parecem compor uma unidade de projetos de manutenção da hegemonia burguesa no campo da saúde.

6. MOÇAMBIQUE: A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO CONTEXTO DO AJUSTE NEOLIBERAL E DE FEMINIZAÇÃO DA POBREZA

Entre os três países analisados neste estudo, Moçambique é o único que desenvolveu um regime de inspiração socialista. Desde a emancipação política de Portugal, em 1975[21], o país vivenciou dois projetos diferentes de Estado e sociedade, o que ocasionou e ainda ocasiona profundas consequências na sociedade moçambicana, especialmente no tocante ao papel do Estado na economia e nas formas de resposta às refrações da questão social e, consequentemente, nas dinâmicas do processo saúde-doença.

A primeira experiência, a socialista, foi iniciada logo após a independência em, 1975, quando o país da África Austral implantou diversas medidas de socialização da riqueza e nacionalização dos meios de produção, representando uma profunda ruptura com o sistema colonial português e uma ameaça à hegemonia capitalista na região, representada pela África do Sul do *apartheid*, ao tentar implantar uma sociedade sem exploração de classe social ou raça.

Como dominação política e econômica formam uma unidade que repousa sobre a mesma sociabilidade (HIRSCH, 2010), no final da década de 1960, ainda durante a colonização portuguesa, o intercâmbio econômico entre Portugal e Moçambique representava 41% da economia do primeiro, enquanto que 31% do comércio moçambicano era realizado com o Estado racista sul-africano

21 As independências de Angola e Moçambique, as antigas colônias portuguesas na África Austral, representavam uma derrota não apenas ao colonialismo europeu, mas também ao capitalismo, representado na Região pela África do Sul do apartheid, a Rodésia e a Namíbia. Essas emancipações nacionais, contavam com suporte ideológico e material da antiga União Soviética (JOSÉ, 2006).

abaixo do apartheid (JOSÉ, 2006). Mais do que o fornecimento de produtos primários, Moçambique representava uma reserva de força trabalho barata para o regime sul-africano, especialmente no setor minerador. O discurso político da metrópole portuguesa, alinhado à pigmentocracia dos regimes *apartheid* e da Rodésia (atual Zimbabwe), era de legitimação do sistema de exploração da força de trabalho negra, completamente diferente do discurso político dos sujeitos que levaram Moçambique à independência.

A fala do líder revolucionário Samora Machel evidencia o conteúdo pós-colonial e anticapitalista do projeto de emancipação moçambicana:

> Recusamo-nos a ser eternos fornecedores de matéria-prima. Recusamo-nos que permaneçam as velhas relações coloniais, ainda que com nova roupagem. Recusamo-nos a participar na divisão internacional do trabalho numa posição subordinada, pagando mais por produtos industrializados e vendendo a nossa força de trabalho a preços cada vez mais baixos (MACHEL, 1979 apud HANLON, 1984, p. 82).

O projeto político, econômico e social perseguido pelo novo Estado nacional moçambicano foi manifesto na sua Carta Constitucional de 1975. Esta demarcou como objetivo fundamental do Estado a eliminação das estruturas de opressão e exploração coloniais e tradicionais e da mentalidade que lhes está subjacente; a ampliação e reforço do poder popular democrático; a edificação de uma economia independente e a promoção do progresso cultural e social; e edificação da democracia popular e a construção das bases material e ideológicas da sociedade socialista. Além disso, o novo Estado, liderado pelo partido de libertação nacional – a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) – esperava superar a histórica centralidade da exploração da força de trabalho negra no país, amplamente difundida pela

antiga metrópole e pelo regime de supremacia branca sul-africano, que representava a principal frente do cordão sanitário anticomunista na África Austral (JOSÉ, 2006; MATOS & MEDEIROS, 2013)[22].

A concretização desses objetivos constitucionais implicou em uma forte intervenção do Estado na economia e na sociedade, em direção às necessidades da classe trabalhadora moçambicana. Nesse intuito, foi realizada a nacionalização dos principais serviços e bens: terra, saúde, educação, habitação, transportes, sistema bancário, seguros, fábricas e fazendas. No período da independência, aproximadamente 90% da população de 10 milhões de pessoas viviam na área rural. Por isso, a lei de nacionalização da terra tinha como foco utilizar o solo moçambicano como meio de garantir a soberania do povo sobre a riqueza nacional, priorizando a socialização do meio rural por meio da criação de dois eixos principais: as empresas estatais e as cooperativas, que originaram as aldeias comunais (MATOS E MEDEIROS, 2013). A nacionalização, ao mesmo tempo em que permitia o controle estatal das principais áreas da economia e dos serviços, servia para cumprir as promessas de uma maior redistribuição da riqueza e dos serviços públicos. Além da socialização dos meios de produção, a FRELIMO defendia a participação direta de homens e mulheres e o poder popular sobre o Estado.

O segundo projeto de sociedade e Estado, implantado desde a década de 1980 e que veio a responder à crise econômica e política enfrentada pelo projeto anterior, foi o neoliberal. A transição para o neoliberalismo está associada

22 Sobre a situação a transição de Moçambique para os sistemas de economia planificada e nacionalização da riqueza e para o neoliberal, e a repercussão desses para a classe trabalhadora, ver o trabalho de André José, Neoliberalismo e a Crise do Trabalho em Moçambique (2006).

à crise econômica e política nacional, a grande crise capitalista de 1973, o colapso e a queda do bloco socialista e a consequente expansão capitalista, bem como as pressões internas no sentido de adequar os sujeitos políticos à economia de mercado, cabendo à FRELIMO deslocar o governo do país de uma agenda comprometida com a socialização da produção e da riqueza socialmente produzida para uma de afirmação da supremacia capitalista.

Segundo José (2006), a primeira evidência de que a adesão aos programas de ajuste estrutural propostos (ou impostos) pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional eram o futuro de Moçambique e única alternativa disponível para o colapso econômica e social veio do exterior. Em 1983, por causa da seca, da crise de produção ocasionada pela ofensiva sul-africana, rodesiana e dos ataques do partido de oposição – a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO) – e do fracasso de muitas das experiências de coletivização da indústria e da agricultura, o país enfrentava um contexto de crise alimentar.

Diante disso, o governo solicitou auxílio da comunidade internacional, representada pelos organismos multilaterais, que como vimos haviam iniciado a sua marcha rumo à difusão global do neoliberalismo ainda em 1980. O resultado disso para Moçambique foi não só a recusa do auxílio, mas a redução do apoio financeiro que o país já recebia.

> A orientação político-econômica seguida pelo governo da FRELIMO encontrou resistência ao nível internacional, repercutindo-se ao nível interno, com o desenrolar da guerra civil que durou 16 anos (iniciou em 1976 e terminou em 1992) e a relutância da comunidade internacional em apoiar o país face à carência alimentar que se vivia devido à seca que fustigava boa parte da região

> Sul país. Também se associa a crise internacional provocada pela subida do preço do petróleo e das taxas de juros (MOSCA, 2005; HANLON; SMART, 2008). A comunidade internacional pouco fez para ajudar o país a enfrentar a crise, forçando, indiretamente, o país a mudar a sua orientação político-econômica. Esses acontecimentos colocaram em xeque a economia nacional. Como forma de solucionar a crise que o país atravessava, a alternativa foi a sua adesão às políticas neoliberais fomentadas pelo Banco Mundial (BM) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). Em meados da década de 80 o país começou a abandonar o sistema socialista e iniciou a caminhada rumo a uma nova era político-econômica e social (JOSÉ, 2006, p.21).

Só no ano seguinte, 1984, após o governo assinar acordos com o Banco Mundial e com o Fundo Monetário Internacional, ocorreu a disponibilização imediata de 45 milhões de dólares para Moçambique controlar o quadro de fome e crise humanitária (JOSÉ, 2006).

Em 1986, Joaquim Chissano se tornou presidente do país, após a morte do líder Samora Machel em um acidente de avião no mesmo ano, quando iniciou conversações com a RENAMO no intuito de conseguir estabelecer a paz e um processo de maior abertura política e já mostrava discurso mais alinhado ao livre mercado. Segundo Visentini (2012), essa inflexão nas práticas políticas da FRELIMO já havia sido iniciada anteriormente, ainda durante o governo de Samora Machel. Pois, em 1983, Machel visitou países capitalistas da Europa Ocidental e, em 1985, foi recebido pelo presidente dos EUA, Ronald Reagan. Estes esforços de aproximação com o ocidente capitalista foram reforçados por Chissano. O objetivo de Joaquim Chissano era conseguir apoio financeiro e comercial. Nesse momento, a ajuda econômica da União Soviética era insuficiente, e o seu líder Mikhail Gorbachev já dava sinais de desengajamento em parcerias com Moçambique e demais ex-colônias. Nesse contexto de prévia do "fim da História", Chissano iniciou a transição do socialismo

para o capitalismo, através da reinserção de Moçambique nos organismos financeiros internacionais. Por essas ações, ele conquistou a simpatia dos grandes líderes neoliberais, Margaret Thatcher e Ronald Reagan.

O ajuste estrutural que se seguiu durante a década de 1990 foi realizado por meio de uma massiva internacionalização da economia segundo os moldes mais ortodoxos do FMI e do Banco Mundial, assim como das respostas à questão social, que foram transferidas aos organismos multilaterais e aos "parceiros da cooperação internacional"[23], representados por dezenas de organizações não-governamentais e programas de ajuda bilaterais.

Com a adesão aos programas de ajuste neoliberal, em 1987, a "ajuda" externa aumentou de 360 milhões de dólares, em 1985; para 700 milhões, em 1987 e, pelo menos, 1 bilhão por ano a partir de 1990, transformando Moçambique no maior destino dos investimentos desses organismos, na África Subsaariana (HANLON, 1996, p. 16 Apud JOSÉ, 2006). Os primeiros programas de ajuste neoliberal foram o Programa de Reabilitação econômica (PRE) e o Programa de Reabilitação Econômica e Social (PRES). Esses programas seguiam o mesmo discurso e diretrizes de outros programas de ajuste implantados na periferia capitalista: austeridade orçamentária, privatização e liberalização

23 Intelectuais e movimentos políticos de esquerda e da direita tecem inúmeras e heterogêneas críticas ao papel do papel da cooperação internacional e dos organismos multilaterais nas formas concretas e/ou ideológicas de darrespostas às refrações da questão social na África Subsaariana. Enquanto os sujeitos da esquerda e progressistas pontuam que essas modalidades de "empoderamento" e "consciência política", difundidos pelas organizações não-governamentais e organismos internacionais são majoritariamente veículos ideológicos da supremacia neoliberal sobre isso ver Sastry e Dutta (2013) e Deacon (2007), os sujeitos da direita e do mainstream econômico como Greg Mills e Jeffrey Herbst (2014) defendem que os atores do apoio internacional criam uma cultura de dependência entre os beneficiados diretos dos seus serviços e de excessiva politização das iniquidades sociais. Segundo os últimos, o auxílio internacional promove obstáculos profundos ao laissez faire e às condições ideais de acumulação de capital, como uma mão-de-obra flexível e barata. A solução dos neoliberais contemporâneos na África Austral seria o massivo investimento do Estado em infraestrutura e condições fiscais e de segurança física e de propriedade, cabendo o Estado ser parceiro das diferentes frações do setor de negócios, sem interferir politicamente na tomada de decisões das mesmas. Em outras palavras criando o melhor contexto possível à manutenção das taxas de lucro, configurando um Estado Gerencial, segundo a tendência observada por David Harvey (2008, 2011).

dos mercados (JOSÉ, 2006; MATOS & MEDEIROS, 2013)

No âmbito do PRE, a massiva privatização foi aplicada em praticamente todos os setores anteriormente nacionalizados pelo projeto de inspiração marxista-leninista da FRELIMO: educação, saúde, habitação, transporte, seguros etc. Em alguns campos, como ocorreu no Brasil e na África do Sul, o Estado continuou a participar ativamente de algumas políticas, como a de saúde: mais em piores condições e com orçamentos bem menores do que os destinados aos setores mercantis.

Em 1989, a FRELIMO operou uma transformação ideológica e de práticas políticas, abandonando sua orientação marxista-leninista e realizando uma reforma constitucional, no intuito de responder à politização da RENAMO e às transformações no cenário internacional. Entre essas medidas, implantadas a partir de 1990, destacam-se: a adoção do multipartidarismo, o retorno do direito à propriedade privada e a separação dos poderes do Estado, assumindo o formato de um Estado liberal-democrático (VISENTINI, 2012) que, como afirma Hirsch (2010), é a forma política ideal à reprodução das relações sociais capitalistas.

A partir das contrarreformas, a supercapitalização das políticas sociais assumiu o lugar da socialização da riqueza, acompanhada pela privatização massiva das empresas e desnacionalização dos meios de produção. A pesquisa de Isaacman e Pitcher (2003) identificou que, até o ano 2000, o governo moçambicano havia privatizado cerca de 1000 empresas. Segundo Cramer (2001), esse número seria de mais de 1.400 apenas na década de 1990. Essas foram rapidamente compradas pelas burguesias locais e internacionais

de acordo com os seus tamanhos. Sendo assim, as empresas pequenas e médias eram adquiridas pelos empresários nacionais (geralmente políticos, militares e pertencentes à elite burocrática) e as grandes empresas foram vendidas ao grande capital internacional (FRANCISCO, 2003 Apud JOSÉ, 2006). Também vale ressaltar que um dos resultados do programa de privatização das empresas estatais foi a compra de muitas destas por ministros da própria FRELIMO (VISENTINI, 2012).

> Moçambique seguiu religiosamente as prescrições do Banco Mundial, a ponto de ser considerado pelos "doadores" ocidentais, o "bom aluno do BM", "o melhor exemplo africano" a ser seguido por outros países. O que lhe confere essa singularidade é, naturalmente, o número alargado de empresas privatizadas num curto espaço de tempo. Se há diferentes percepções sobre os resultados econômicos (Abrahamsson e Nilsson, 1995:31), o mesmo não acontece em relação aos seus efeitos sociais. É geral a constatação de que aquele programa acarretou consequências sociais graves para a sociedade moçambicana, devendo o seu impacto ser analisado em conjunto, tendo em conta critérios econômicos, como os de natureza social, política e até cultural (JOSÉ, 2006, p.19).

Entre os anos de 1987 e 2000, pelo menos 100 mil trabalhadores perderam seus empregos, a maior parte destes sem que tivessem recebido salários há mais de dois anos e sem receber nenhum tipo de indenização (PITCHER, 2002).

Porém, a pesquisa de André José (2006) afirma outro resultado comum das reformas neoliberais em países periféricos, identificada por Harvey (2008), qual seja, a formação de uma burguesia onde ela não existia:

> Contudo, os efeitos do neoliberalismo não se distribuem de igual forma entre a sociedade moçambicana. As privatizações foram importantes para a recomposição e estruturação de uma burguesia de Estado, constituída em

> torno do "complexo político burocrático". Por sua vez, Pitcher (2002:6) usa a expressão "transformative preservation" para realçar a capacidade do partido FRELIMO de sobreviver às profundas transformações políticas e econômicas que o país atravessa, assegurando que as suas elites adquiram vantagens dos programas de reajustamento estrutural, conservando, desta maneira, o controle político e econômico do país, desde 1975. Para caracterizar as formas de imposição econômica do BM e do FMI e as vantagens colhidas pelas elites nacionais, Saul (1994) diz que Moçambique está num processo de "recolonização" (JOSÉ, 2006, p.19).

A instabilidade política e a fragilidade da economia após os constantes ataques militares e ações terroristas da África do Sul e da Rodésia, a guerra civil com a RENAMO, que só acabou em 1992, e a disponibilidade em seu território de minerais e demais *commodities* fizeram de Moçambique um país paralelamente governado pela imposição das políticas de ajuste dos organismos multilaterais e com uma economia dominada pelos projetos de acumulação das transnacionais de países de capitalismo central e emergentes, como Brasil, Índia e China.

Na atualidade, o resultado desse modelo de acumulação, baseado na espoliação das terras do povo moçambicano, resultou na existência de uma das populações mais pobres do mundo, 68% dos moçambicanos vivem com ou menos de US$ 1,25 por dia. Isso se dá em um dos dez países com mais rápido crescimento econômico do mundo, observado entre 2000-2010[24]. Em 2013, o crescimento do PIB moçambicano foi de 7,4%, sendo que até 1985 era uma das 10 economias mais subdesenvolvidas da África (MILLS & HERBST, 2014).

24 Segundo o livro *Africa's Third Liberation: the new search for prosperity and Jobs* (2014), de autoria de Greg Mills e Jeffrey Herbst, Moçambique e mais 5 países africanos: Angola, Nigéria, Etiópia, Chade e Ruanda estão entre as 10 economias de mais rápido crescimento dos anos 2000.

Desde o final dos anos 1990, com o incremente do valor das *commodities* e com a demanda crescente do mercado chinês, a orientação neoliberal do governo moçambicano vem se tornando cada vez mais sofisticada, modificando a estrutura legislativa para tornar o país mais atraente e mais seguro aos projetos de acumulação capitalista.

Para Matos e Medeiros (2013), nos últimos anos, a demanda internacional por exploração mineira no país vem aumentando drasticamente. No intuito de responder a essa demanda, o governo reviu e modificou a legislação de minas e aprovou a nova legislação de terras em 1997 e a de minas em 2002. A nova Lei de Minas[25] concede prioridade à exploração mineira em detrimento dos outros tipos de uso, inclusive o agrícola, fundamental em um país rural, que enfrenta sérios problemas de segurança alimentar. No Artigo 43, "o uso da terra para operações minerais tem prioridade sobre outros usos da terra quando o benefício econômico e social relativo das operações mineiras seja superior".

Segundo o trabalho de Matos e Medeiros, que analisou a estrutura e o impacto social de diferentes projetos transnacionais nas três regiões do país, a tomada de decisão sobre o "benefício social e econômico" desses projetos de exploração extrativista mineral e de recursos florestais é determinada pelo Governo de Moçambique segundo as demandas do capital e não das necessidades de reprodução social do povo moçambicano. Dessa forma, o Estado apenas legitima a dinâmica em curso de acumulação por espoliação, o que vem acentuando a pauperização da classe trabalhadora e a destruição

25 Lei nº 20/2014, de 18 de agosto.

dos sistemas tradicionais de vida e pertencimento, ligados à terra e demais recursos naturais.

> Essa mudança na legislação evidencia a preocupação do governo face à importância da exploração mineira sobre os restantes tipos de uso, visto que esta parece estar atraindo um número significativo de investimentos para o país. As duas legislações alteradas (a lei de mineração e a lei de terras) vieram dar mais oportunidades ao capital para se apossar dos territórios de comunidades locais e de lá extrair o lucro. A lei de terras que se proclama como sendo uma das melhores leis de terras do mundo, permitiu que a posse de terra continuasse nas mãos das comunidades locais. Porém, a mesma criou condições para que o capital pudesse se apoderar das terras comunitárias, com a capa de investimentos de importância nacional. Em relação à lei de minas, esta veio a colocar os interesses das comunidades abaixo dos interesses do capital, passando a considerar toda exploração mineira, viável economicamente, como tendo primazia até mesmo sobre as formas de subsistência das comunidades locais. A procura de terra para a implantação de projetos alheios às necessidades das comunidades locais e mesmo da necessidade nacional veio a aumentar, nos últimos anos, depois das alterações legais e institucionais, provocando processos de espoliação de terras das comunidades locais (MATOS & MEDEIROS, 2013, p. 244).

Diante do exposto, fica evidente que o governo moçambicano, desde a década de 1980, vem criando um ideal de Estado gerencial, que é o mais favorável à comunidade de negócios internacional e local em detrimento das classes que vivem do trabalho, engendrando um contexto de exploração total dos recursos naturais e minerais, sem assumir a responsabilidade pela garantia de condições mínimas à reprodução da força de trabalho moçambicana. Cria, portanto, o cenário ideal à epidemia de HIV/Aids, especialmente entre as mulheres, que desde as reformas neoliberais vem sofrendo o agravamento da feminização da pobreza.

> A seguir à guerra, a liberalização da economia, através do ajustamento

> estrutural e de outras políticas relacionadas, teve um impacto mais direto sobre as relações de género do que as políticas socialistas empreendidas a seguir à independência: estudos mostram que as mulheres foram as primeiras a serem despedidas quando o sector público foi reduzido e quando fecharam as indústrias 'não lucrativas', e o encerramento das unidades agrícolas do estado, cooperativas e serviços de comercialização agrícola parece ter forçado principalmente as mulheres a regressarem à produção de subsistência (ISAACMAN e ISAACMAN, 1983). Na actual economia política, onde o rendimento em dinheiro está a tornar-se cada vez mais importante para a sobrevivência e reprodução social, a economia informal tornou-se vital para as mulheres, especialmente nas áreas urbanas, mas a produção de excedentes para venda tornou-se também importante em contextos rurais. Como veremos, as mulheres das áreas urbanas e do Sul parecem estar em melhor posição para explorar estas mudanças estruturais do que as mulheres das áreas rurais e do Norte (TVEDTEN; PAULO & MONTSERRAT, 2008, p.18).

Moçambique tem uma longa tradição política de ao menos no discurso político, enfatizar a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres, oriunda da ideologia da FRELIMO pós-independência. Uma das mais importantes organizações democráticas da massa, durante o período marxista-leninista do partido, foi a Organização Moçambicana de Mulheres (OMM). Mas a centralidade da participação política/representação das mulheres no contexto de implantação de um sistema de gestão do Estado marxista-leninista da FRELIMO precisa ser vista com certas ressalvas. Sobre isso, Paulo Fagundes Visentini (2012) afirma que, no intuito de se legitimar diante dos setores subalternizados pelos sistemas tradicionais e pelo colonialismo português, era fundamental à FRELIMO combater a estrutura patriarcal existente em todo o país, tanto nas povoações tradicionais africanas como nos setores mais ocidentalizados, influenciados pelo salazarismo português. Essa instrumentalização do discurso feminista para os fins de legitimação do partido, não necessariamente indica que a agenda de igualdade entre os

sexos fosse uma prioridade do mesmo.

Na atualidade, a igualdade de direitos de homens e mulheres está firmemente estabelecida na Constituição Nacional. Moçambique é um signatário de todos os acordos internacionais relevantes sobre igualdade de gênero e o empoderamento da mulher é uma parte integrante da estratégia do país para a redução da pobreza. Todavia, o impacto da política sobre estas questões sofreu as consequências de uma ordem sociocultural patriarcal fortemente enraizada, assim como de uma fraca implementação dentro das instituições e da política dominante da 'integração de gênero' – que efetivamente pulverizou a responsabilidade e fez das questões de gênero um tópico "transversal" sem compromisso tanto para o governo como para os países e organizações doadoras. As poucas exceções são um forte lobby da sociedade civil, representado em primeiro lugar e principalmente pelo Fórum Mulher e por agências especializadas das Nações Unidas, United Nations Population Fund (UNFPA) e United Nations Fund Development for Women (UNWomen) e dos governos de Canadá, Holanda e da Suécia, que assumem o papel de doadores bilaterais particularmente comprometidos com a agenda de equidade de gênero[26]. Para todas as instituições comprometidas com essa agenda, o maior desafio é materializar a equidade de gênero através de intervenções concretas em questões de promoção da igualdade e empoderamento das mulheres (TVEDTEN, PAULO & MONTSERRAT, 2008).

26 Em um país em que a cooperação internacional e a sua rede de organizações não governamentais parceiras têm um papel central na intervenção sobre a questão social, é importante sinalizar que com exceção das agências e organizações que trabalham diretamente com o foco de gênero e mulheres, e os países doadores que têm um histórico de ação sobre as assimetrias nas relações de poder entre os sexos, o enfoque nos estudos sobre gênero nas ações e projetos continua pouco representativa. Sobre esse formato de rede transnacional de respostas à questão social, ver o trabalho de Bob Deacon (2007).

Embora não faltem evidências para concluir que a pobreza em Moçambique está feminizada, a situação é complexa e expõe a diversidade da formação cultural com diferenças importantes na igualdade de gênero e no estado de empoderamento político e social da mulher em diferentes partes do país, áreas urbanas e rurais, classes sociais e grupos etnolinguísticos (MISAU, 2012; TVEDTEN, PAULO & MONTSERRAT, 2008). Existem também grandes e contínuas desigualdade entre homens e mulheres no acesso à terra e à produção agrícola, ao emprego e renda, à educação, à saúde e a direitos legais. A grande maioria das mulheres ainda depende da agricultura de subsistência, mas num cenário social de crescente entrada de mercadorias, a importância da economia informal na geração de renda para as mulheres, quer em áreas urbanas quer rurais, está provavelmente subestimada.

No país austral, a percepção das organizações de desenvolvimento sobre os maiores constrangimentos à igualdade de gênero são os fatores econômicos (55%), seguidos pelo acesso das mulheres à educação (23%), violência doméstica (14%), participação política (5%) e outros fatores (3%) (TVEDTEN; PAULO & MONTSERRAT, 2008). Segundo dados do Banco Mundial (2007), dos 22,9% que trabalham formalmente em Moçambique apenas 3,9% eram mulheres; 58% das pessoas vivendo com HIV/Aids são mulheres; apenas 37,5% delas são alfabetizadas e 26,4% das famílias moçambicanas são chefiadas por mulheres, e essa porcentagem tende a aumentar nas áreas urbanas e nas províncias do Sul[27]; dessas famílias com liderança feminina, 62,5% vive em situação de pobreza. Ainda sobre a força de trabalho feminina, 95,3%

27 Embora a proporção geral de famílias chefiadas por mulheres seja relativamente baixa (26,4%), ela varia entre 54% na província do Sul, Gaza, e apenas 21% nas duas mais populosas províncias do Norte, Nampula e Zambézia (TVEDTEN; PAULO & MONTSERRAT, 2008).

das mulheres trabalhadoras em Moçambique são trabalhadoras agrícolas não qualificadas ou trabalhadoras não agrícolas não qualificadas, o que efetivamente significa que são parte fundamental da economia informal, portanto, trabalhadoras sem nenhum tipo de proteção social pública. As mulheres constituem simultaneamente uma pequena proporção da força de trabalho qualificada e altamente qualificada, tanto dentro como fora da agricultura, onde os salários são consideravelmente mais elevados, especialmente nas províncias do Sul.

Essa concentração desigual da pobreza e da falta de oportunidades entre as mulheres materializa a feminização da pobreza como uma realidade emergente no país e que tem sua origem nas reformas neoliberais combinadas às relações de gênero.

> Com o aumento do desemprego urbano a seguir às políticas de ajustamento estrutural dos anos 1980 e 1990 e a concomitante importância acrescida das actividades económicas informais, alterou-se a importância relativa de homens e mulheres para o abastecimento familiar. Em muitas áreas rurais, a produção agrícola sofreu com as formas tradicionais de produção, baixos preços da produção agrícola e escassez de mão de obra masculina – tornando as mulheres crescentemente dependentes de angariarem o seu próprio rendimento, tanto nas áreas rurais como urbanas (TVEDTEN; PAULO & MONTSERRAT, 2008, p.11).

O Índice de Desenvolvimento do Gênero (global) classifica Moçambique como o país menos desenvolvido da África Austral em termos de rendimento, educação e saúde/longevidade das mulheres, com indicadores especialmente graves na educação. Para além disso, as mulheres moçambicanas estão fortemente envolvidas na esfera econômica, mas principalmente na agricultura de subsistência e na economia informal urbana, onde os salários

e rendimentos são baixos. O progresso na saúde/longevidade está num impasse devido à feminização da epidemia de HIV/AIDS.

A epidemia de HIV tende a agravar essa realidade de feminização da pobreza e de iniquidades de classe no Moçambique pós-socialista (MISAU, 2012; TVEDTEN; PAULO & MONTSERRAT, 2008). Pois, embora apresente taxas de crescimento econômico comparáveis às dos "tigres asiáticos", a realidade social e sanitária é marcada por profundas iniquidades sociais e incipientes políticas de saúde para responder à complexa questão sanitária.

O país africano gasta aproximadamente 39 dólares per capita em saúde, o que é muito menos que a média regional, representa 6,2% do gasto público, sendo que o orçamento do setor saúde depende fortemente do financiamento de doadores internacionais (66% dos gastos totais na saúde). Os gastos das famílias com seguros de saúde privados é baixo devido ao reduzido poder aquisitivo da maioria da população moçambicana. Vale lembrar que a redução do investimento em saúde pública e serviços ofertados pelo Estado segue sendo uma das pautas do ajuste neoliberal no país.

Com os programas de ajuste neoliberal, os serviços sociais tiveram as suas taxas aumentadas e os principais afetados foram as pessoas da classe trabalhadora urbana, cujos salários mínimos eram insuficientes para suprir as necessidades básicas de uma família. Muitos destes trabalhadores não tinham recursos nem para comprar a cesta de alimentos fornecidos pelo Governo. Em consequência, houve uma drástica diminuição dos atendimentos nos serviços de saúde e, diante do empobrecimento crescente, ocorreu a massiva locação de imóveis sem água ou eletricidade (VISENTINI, 2012). Essa

realidade de pauperização e espoliação de direitos é o fator determinante da vulnerabilidade coletiva à epidemia de Aids.

Como ocorreu em praticamente todos os países de capitalismo periférico que passaram por essas reformas orientadas ao mercado, a gestão do financiamento da saúde e das políticas e serviços de HIV/Aids em Moçambique está sendo descentralizada, no intuito de transferir a responsabilidade da planificação, gestão e custos dos orçamentos às províncias e distritos.

Segundo Relatório organizado pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU, 2012), desde os anos 1990, existe um conjunto de políticas, estratégias, leis e regulamentos relacionados aos serviços de saúde. A descentralização na saúde está em curso. Todavia, as competências, fundos e recursos humanos nos níveis da administração do Estado e estruturas sanitárias descentralizadas não são claramente definidos, pelo quê, não se tem em conta a qualidade dos serviços prestados. Existem muitos atores-chave no setor de saúde, além do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), nomeadamente, a sociedade civil, os parceiros de cooperação internacional, o setor privado e a medicina tradicional. Todavia, o setor privado e a medicina tradicional não estão regulamentados de forma a contribuir com o Serviço Nacional de Saúde para a melhoria dos cuidados de saúde. Finalmente, importa salientar a necessidade de fortalecer o envolvimento comunitário na avaliação dos serviços recebidos.

O relatório do MISAU (2012), também aponta que a cobertura dos serviços primários de saúde aumentou desde o ano 2000. Todavia, a cobertura geográfica da infraestrutura de saúde de base ainda é muito baixa. A qualidade da prestação dos serviços ainda está abaixo das necessidades sociais em

saúde da população, especialmente nas áreas rurais, o que ocorre devido a questões relacionadas às dimensões essenciais do sistema nacional de saúde: financiamento insuficiente, recursos humanos inadequados, lacunas em governança (planificação, gestão), falta de produtos essenciais, e geração e uso limitados de informação. Além disso, observa-se a necessidade de melhorar o grau de implementação de normas e protocolos nas unidades sanitárias e dos programas de qualificação dos serviços. Os programas de saúde comunitária exercem uma função essencial, apesar de serem bastante fragmentados e dependerem fortemente do apoio financeiro dos parceiros da cooperação internacional.

No presente, Moçambique tem uma população de 26 milhões de habitantes e um produto interno bruto (PIB) *per capita* de US$ 390. A taxa de alfabetização em adultos é de 55%, e 62% da população vive em áreas rurais. O acesso à água potável é mais baixo em Moçambique (47%) do que em outros países da África Austral (68%), o nível econômico (65%) e a expectativa de vida (49 anos) também estão mais baixos que a média para a região da África Subsaariana (56 anos) (Health Systems Database 2010 *apud* MISAU, 2012). Esta deve diminuir ainda mais, especialmente entre as mulheres, devido à feminização da Aids. Nos últimos 20 anos, a população cresceu de 13,6 para os atuais 26 milhões e espera-se que alcance 32,4 milhões até 2025. A taxa de urbanização também quase duplicou nesse período, passando de 21%, em 1990, a 38%, em 2010 (W H O, 2012).

Apesar do crescimento econômico elevado e constante, de acordo com o último relatório nacional de progresso sobre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs), elaborado em 2010, a percentagem da população vivendo

abaixo da linha nacional de pobreza em Moçambique permaneceu em 54.7%. O que indica que os 10 anos de crescimento econômico (2000-2010), com taxas médias de crescimento superiores a 7%, concentrado no setor de extrativismo mineral, não ocasionaram melhorias nas condições de vida e trabalho. Essa continuidade do país na dinâmica de acumulação por espoliação, imposta pelos organismos multilaterais (MATOS & MEDEIROS, 2013), combinada ao passado recente de guerra civil (1976-1992), que matou um milhão de pessoas e ocasionou o deslocamento migratório do campo para as cidades de outros quatro milhões (NORDSTRON, 1997), calamidades climáticas, como cheias e secas, e a continuidade de relações de gênero que subalternizam as mulheres criaram o contexto social favorável à rápida disseminação do HIV.

O país tem cerca de 1,4 milhões de pessoas soropositivas, cerca de 510.000 crianças órfãs devido à epidemia e uma prevalência nacional de 11,5% de soropositivos (MISAU, CNCS, INE, 2010) entre pessoas de 15 a 49 anos. Estes dados colocam Moçambique entre os países com as maiores prevalências de HIV/Aids no mundo. Porém, as últimas pesquisas indicam que a taxa de prevalência se estabilizou nos últimos anos (CNCS, UNAIDS, 2012), assim como apontam para a ampliação do acesso ao tratamento, de 15.900 pacientes em tratamento antirretroviral (TARV), em 2003, para 218.991, em 2011. Vale ressaltar que até 2001, diante das exigências do ajuste neoliberal de contenção de gastos em saúde, não existia um programa nacional e gratuito de distribuição antirretrovirais, mesmo para os casos de transmissão vertical.

Mas a distribuição dos serviços e consequente acesso ao tratamento não ocorrem de maneira uniforme; seguem a tendência de proporcionar desigual acesso e cobertura verificada na oferta dos serviços de saúde no país. Segundo a

Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS, 2012), a iniquidade geográfica da cobertura dos serviços de TARV é um sério problema, com coberturas muito mais altas na região sul (39% para crianças e 72% para adultos), em comparação com a região norte (17% crianças, 40% adultos) e o entro (11% crianças e 38% adultos).

Dados sobre a dinâmica de expansão da epidemia em Moçambique indicam que as pessoas com maior risco vivem nas áreas urbanas, com uma prevalência entre mulheres grávidas de 22%, enquanto a prevalência nas áreas rurais é de 10% (CNCS, UNAIDS, 2012). Além disso, segundo dados de MISAU, CNCS e INE (2010), há uma feminização da epidemia, com mais mulheres (13,1%) infectadas do que homens (9,2%),, habitualmente atribuída às expressivas iniquidades de gênero da sociedade moçambicana (MISAU, 2012) e à acentuada feminização da pobreza observada nas três regiões do país (TVEDTEN; PAULO & MONTSERRAT, 2008). As populações em maior risco para o HIV/Aids no país incluem trabalhadores do sexo, refugiados, imigrantes, soldados, prisioneiros, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e mulheres.

Relações sexuais entre homens e mulheres heterossexuais são a principal forma de transmissão do HIV, sendo a transmissão vertical (CNCS, 2009), as transfusões de sangue e a utilização de drogas injetáveis fatores de menor impacto na disseminação da epidemia (MISAU, 2012). É válido reafirmar as diferenças entre os sexos nas taxas de infecção, tendo as mulheres de 20 a 24 anos de idade uma probabilidade de ficarem infectadas com HIV quatro vezes superior à dos homens do mesmo grupo etário. As explicações para essa rápida feminização estão inscritas nas relações de gênero e classe

> Estudos e dados disponíveis fornecem uma base para argumentar que a cultura patriarcal e a ordem social masculinizada existentes são excepcionalmente fortes em Moçambique. Os homens controlam a maioria das posições de poder e influência, tanto a nível nacional como local: eles estão geralmente em melhor situação em termos de emprego e rendimento, bem como de educação e saúde, controlam a terra e outros meios básicos de produção no importante sector agrícola, e para a maioria das mulheres os custos sociais de não viver numa união conjugal com um homem são ainda suficientemente elevados para que a maioria delas evite esta situação (TVEDTEN; PAULO & MONTSERRAT, 2008, p.5).

Uma importante medida de controle da epidemia foi a aprovação da Estratégia para a Aceleração da Prevenção, com a criação do subgrupo de alto risco e cujos objetivos incluem a priorização destes grupos para a intervenção, realizada em 2008 (CNCS, UNAIDS, 2012 *apud* MISAU, 2012).

O relatório do MISAU (2012) e os dados do African Health Observatory, da Organização Mundial de Saúde (2015), também indicam que, em 2005, apenas de 20,6% dos serviços de TARV eram fornecidos ao nível dos cuidados primários, enquanto hoje o peso dos serviços de TARV ao nível primário é de, aproximadamente, 77,6%. A meta do tratamento nacional é de 316.785 pacientes em TARV até 2014, o que significa, aproximadamente, 555.763 pacientes. A percentagem de adultos e crianças elegíveis recebendo TARV vem aumentando desde 2005, mas entre 2010 e 2011 exibiu uma diminuição (CNCS, UNAIDS, 2012), período em que Moçambique teve uma das maiores taxas de crescimentos econômico do mundo (MILLS & HERBST, 2014).

Segundo o MISAU (2012), nos últimos cinco anos, o programa de HIV/Aids, em Moçambique, iniciou um esforço de descentralização e integração dos serviços de tratamento até as unidades de saúde mais periféricas,

autorizando as enfermeiras gerais e de saúde materno-infantil de nível médio a iniciar o TARV, facilitando a maior cobertura dos serviços. Não obstante, um dos principais desafios relacionados à cobertura de serviços é a capacidade de transporte para os pacientes crônicos mesmo ao nível dos cuidados primários. É válido observar que mesmo diante da expansão dos serviços de saúde, grande parte da população moçambicana vive a mais de 35 quilômetros da unidade de saúde mais próxima (Banco Mundial, 2008).

Como também se observa na África do Sul e no Brasil, mesmo os pacientes soropositivos em tratamento encontram grandes dificuldades em continuar o seu tratamento em outros níveis e programas de assistência à saúde, o que se agrava nas áreas rurais.

Mesmo diante de tantos obstáculos, o conhecimento da população moçambicana sobre a transmissão do HIV/Aids aumentou significativamente. Em 2003, a proporção de mulheres que afirmaram que o HIV pode ser prevenido mediante o uso do preservativo era de 53%, e limitando os parceiros sexuais, 53% (INE, MISAU e ORC Macro, 2005); em 2011, estas proporções aumentaram para 59% e 70%, respectivamente (INE, MISAU, ICF International, 2012). Os dados sobre os conhecimentos com relação ao HIV/Aids também revelam que houve uma forte melhoria da informação entre as mulheres em comparação aos homens: a percentagem de mulheres que sabem do uso do preservativo como método de prevenção aumentou de 53%, em 2003 (INE, MISAU e ORC Macro, 2005), para 70%, em 2009 (MISAU, CNCS, INE, 2010); a mudança nos homens foi de 70%, em 2003, para 72%, em 2009.

O número de serviços de aconselhamento e testagem em saúde (ATS) no

país também foi ampliado na última década, passando de 66, em 2003, para 569, em 2007. O aumento do número de locais de ATS promoveu o aumento de usuários de mais de 100.000, em 2003, para mais de 500.000, em 2007.

Em termos de prevenção, o Governo moçambicano vem implementando programas de educação para a prevenção, especialmente voltados para os jovens, e a educação sobre HIV faz parte do currículo escolar secundário e do treinamento de professores. Alguns desafios ainda encontrados na área de educação para prevenção, identificados pelo MISAU (2012) são: a indisponibilidade de materiais de informação, educação e comunicação, assim como de preservativos e testes rápidos, envolvimento das comunidades para aumentar adesão ao tratamento, aumentar a participação ativa de grupos considerados de alto risco e diminuir o estigma e a discriminação.

É interessante notar que esse mesmo relatório sobre a situação geral da saúde em Moçambique, que problematiza a dificuldade de se incluir os homens nas discussões sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, assim como nos programas de planejamento familiar e identifica o componente de gênero como um dos maiores constrangimentos ao Programa de HIV/AIDS, aborda no item "saúde materno-infantil" os temas "saúde materna" e "saúde sexual e reprodutiva", seguindo a tendência de agregar os programas sobre saúde da mulher e saúde materna sob o mesmo enfoque. O relatório ainda aglutina o debate sobre planejamento familiar como um aspecto da saúde da mulher.

Diante do exposto, é possível visualizar no Moçambique pós-socialista, o "bom aluno do Banco Mundial", os custos sociais do ajuste neoliberal: o processo de feminização da pobreza e o de criação de um contexto social favorável

à epidemia de HIV/Aids, pela retirada do Estado da responsabilidade de provisão de serviços de saúde e a privatização e/ou aumento do preço dos mesmos. Como estes dois processos estão relacionados, as mulheres, além de serem as mais pobres, as que mais perderam empregos diante das políticas de ajuste neoliberal, a maioria entre os trabalhadores informais, a maioria das líderes e provedoras de famílias pobres, as mais subalternizadas pelas relações econômicas neoliberais e pelas estruturas de gênero tradicionais africanas e herdadas pelo colonialismo português, também são as que mais adoecem e morrem de Aids no país

Embora essa tenha sido uma tendência ao redor do mundo desde a década de 1980, em Moçambique, diante do contexto de guerra e de fragilidades estruturais da economia e do Estado, a ortodoxia do discurso se refletiu nas práticas políticas de uma forma singular. Mais do que a negação dos direitos sociais, existiu uma retirada massiva dos bens públicos e meios de produção, redução dos postos de trabalho no Estado e uma pauperização induzida pelos organismos multilaterais, facilitada pelo partido de libertação nacional.

7. ÁFRICA DO SUL: CINCO PROGRAMAS DE CONTRARREFORMA E CINCO FASES DA EPIDEMIA DE HIV NO CENÁRIO NEOLIBERAL

A evolução da epidemia de HIV no mais rico país da África Austral parece ser contornada pelas dinâmicas econômicas, sociais e políticas da África do Sul contemporânea[28], que reproduzem e tornam ainda mais complexa a herança

28 Nesse capítulo, optou-se por não discutir em profundidade as transformações políticas e econômicas que determinam a reprodução capitalista da África do Sul pós-apartheid. O tema foi objeto de um capítulo específico desse livro: *A reprodução das relações capitalistas na África do Sul pós-apartheid: a unidade entre transformismo*

colonial da União Sul-Africana e do regime do *apartheid* por meio de uma transição à democracia condicionada por um ajuste neoliberal ultra ortodoxo.

A epidemia começou devagar, no início dos anos 1980, durante o contexto de crise econômica e política que antecedeu o fim do *apartheid*.; durante os anos 1990, se expandiu e se complexificou, atingindo o auge entre os anos de 1998 e 2000 − os primeiros anos da democracia racial, iniciada em 1994. Observam-se evidências de declínio das taxas de infecção nos últimos 10 anos, sendo este o período em que os governos nacional e provinciais vêm expandindo os serviços de atenção primária, de urgências e emergências e a cobertura do tratamento com antirretrovirais (DAY & GRAY, 2015; PILLAY; BARRON & ZUNGU, 2015; HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012).

Como afirma Debora Posel (2008), em nenhum outro país a epidemia de HIV foi tão politizada e assumiu proporções tão alarmantes para a sociedade e o Estado. Em mais de três décadas de epidemia, o modo como o Estado sul-africano aborda o maior desafio nacional no campo da saúde e a grave carga de adoecimentos, mortes e empobrecimento que a Aids ocasiona, se deslocou da negação e estigmatização do HIV (entre os últimos governos do apartheid e os primeiros governos do ANC) ao reconhecimento e priorização por parte dos governos de Jacob Zuma, também pertencente ao ANC (PILLAY; BARRON & ZUNGU, 2015).

A epidemia e os impactos sociais desta fazem a África do Sul ter de enfrentar os resultados dos sistemas de exploração anteriores à democracia capitalista:

político e reforma neoliberal, de autoria de Evandro Alves Barbosa Filho, Ana Cristina de Souza Vieira e Cécile Soriano Rodrigues.

o colonialismo segregador britânico e holandês, o regime racista da União Sul-Africana e o regime de capitalismo autocrático racial do *apartheid*, todos fundados na exploração intensiva da força de trabalho negra e na destituição dos direitos civis e políticos de mais de 80% da sociedade: os não-brancos. Além desse passado recente de *apartheid* social e sanitário, a contrarreforma neoliberal iniciada com as negociações em torno da democratização e desracialização, que se estende até hoje, faz dos sul-africanos de cor (negros e mestiços), pertencentes à classe trabalhadora, mais pobres do que o período em que viviam sob o regime do *apartheid* (DAVIE, 2014; TERREBLANCHE, 2005, 2012).

É preciso ressaltar que a pauperização crescente que acompanhou a emergência do "país arco-íris" não decorre do fim do regime de *apartheid*, muito pelo contrário, a gravidade da questão social sul-africana reside na preservação e aprofundamento da estrutura de propriedade e capital dos sistemas anteriores, dentro dos marcos neoliberais (BOND, 2014; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2012). Como evidenciam diversos estudos, a mudança mais expressiva na divisão de bens e capitais em mais de duas décadas de democracia na África do Sul é a emergência de uma elite negra, e não a redução da exploração da força de trabalho dos negros sul-africanos ou uma distribuição de renda e poder mais equânime (JACOBS, 2012; DAVIE, 2015).

Embora se reconheça o significado de superar as dimensões civis e políticas do regime de *apartheid*, iniciado em 1948, o nível de iniquidades sociais e desigualdades de classe fazem urgente superar também a estrutura de propriedade e poder legitimada pelo sistema que durou até 1994, e que apenas institucionalizou, por meio das estruturas do Estado, a forma política burguesa, as formas de exploração e as ideologias segregadoras existentes

nos quase três séculos de ocupação europeia no país (1652 – 1910) (FEINSTEIN, 2005). Enquanto isso não for feito, a dinâmica e as consequências do HIV/Aids tendem a se complexificar e aprofundar as mais sérias expressões da questão social no país: pobreza, desemprego e iniquidades.

A África do Sul pós-*apartheid* é o epicentro da pandemia de HIV. O principal fator de contaminação no país, assim como é observado na maioria dos países de capitalismo periférico, são relações heterossexuais desprotegidas – 80% dos casos são oriundos dessa forma de transmissão. Dados do Departamento Nacional de Saúde apontam que, em 2011, havia uma prevalência de 17,8% de HIV entre sul-africanos de 15 a 49 anos. O país que tinha uma população de 52.982 milhões de pessoas, em 2014, tem, aproximadamente, 6,4 milhões de pessoas soropositivas, sendo 6,1 milhões de adultos, pessoas com 15 anos ou mais, e as crianças correspondem a 344 mil dos casos. O número de órfãos que perderam as mães para a Aids em três décadas de epidemia atingiu, em 2014, o número de 1.400.000 crianças e jovens (DAY & GRAY, 2015, Statistics South Africa, 2014).

A epidemia de HIV na África do Sul pode ser dividida em cinco fases. A primeira, denominada "fase da epidemia concentrada", compreende o período de 1982 a 1987. Nesta fase, a epidemia era amplamente considerada como uma doença de homens brancos homossexuais. Esta etapa aconteceu ainda durante o regime de *apartheid*, sob vigência do *Immorality Act,* legislação de impacto nacional que visava criminalizar todos os atos e condutas sexuais considerados imorais e/ou indecentes, como as relações homossexuais entre brancos e não brancos e o trabalho sexual. Esse discurso de controle e hierarquização total sobre os corpos e de preservação da "pureza racial"

dos brancos via Estado, existente durante o *apartheid*, era de criminalização de todas as relações sexuais-afetivas interraciais e/ou não reprodutivas (CORRÊA & KHANNA, 2015).

Essa percepção coletiva de que o HIV só atingia homossexuais, um grupo subalternizado e estigmatizado dentro da ordem cristã e supremacista branca da África do Sul, legitimou o silêncio e a omissão do governo do apartheid em relação ao risco de contaminação e expansão do HIV. No contexto em que o país enfrentava desemprego massivo, levantes da classe trabalhadora negra, *coloured* e indiana, crescente privatização dos serviços e seguros de saúde e declínio das taxas de lucro decorrentes do sistema de capitalismo racial, ignorar ou estigmatizar o HIV como uma doença que só atingiria homossexuais parecia seguir a regra de oportunismo político do regime racista.

Entre 1988 e 1994, a epidemia entrou na segunda fase: a de "epidemia generalizada". Enquanto o HIV do subtipo B, o tipo dominante nos países desenvolvidos, continuou a se disseminar entre os homossexuais, o HIV do subtipo C, o mais comum na África e na Ásia, começou a se disseminar nos demais setores da população sul-africana a partir de 1988 (ABDOL KARIM et al, 2009 apud HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012). Essa disseminação entre a população sul-africana foi tão rápida que, em julho de 1991, o número de casos transmitidos em relações heterossexuais se igualou ao de transmissões via relações homossexuais e, logo após esse momento, a epidemia se tornou predominantemente heterossexual, assim como aconteceu nos demais países africanos.

Por exemplo, em 1990, a primeira pesquisa nacional de prevalência de HIV

identificou que apenas 0,8% de mulheres grávidas que faziam consultas de pré-natal em clínicas do Estado eram soropositivas. Em 1994, ano do fim do regime de apartheid e das primeiras eleições gerais, esse número saltou para 7,6% (FOURIE 2006; GOUWS & ABDOL KARIM, 2005 *apud* HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012). Mesmo assim, baseado nos *National Acts* que visavam normatizar e regular o comportamento sexual na África do Sul autocrática, o discurso político do governo de apartheid continuou a ser do HIV/Aids como uma "doença de negros" e de comportamentos sexuais "desviantes e imorais" (CÔRREA & KHANNA, 2014; HEAD, 2010).

A terceira fase da epidemia se estendeu de 1995 a 2000, tendo sido denominada de fase de "rápida disseminação do HIV" e foi marcada por um aumento acentuado na prevalência de HIV em todo o país. Ainda considerando a prevalência entre mulheres no pré-natal, esta cresceu de 7,6%, em 1994, para 24,5%, em 2000 (HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012), configurando um quadro de epidemia generalizada, mas distribuída de maneira desigual entre as nove províncias da África do Sul democrática e entre as raças, concentrada na população negra mais pobre.

A terceira fase da epidemia se materializou na conjuntura de supremacia neoliberal na África do Sul, em que os projetos de socialização da riqueza e de afirmação do papel do Estado em regular a economia, a propriedade e a distribuição da riqueza, desracializando também o poder econômico herdado do *apartheid* (GUMEDE, 2015, HART, 2013), foram obstaculizados pela nova Constituição Nacional, de 1996. Esta carta magna, como já foi dito, condicionou o papel do Estado de provedor de bem-estar social à existência de recursos para tal, marginalizando o orçamento e a cobertura das políticas

sociais. Além disso, a utopia de que o *African National Congress* (ANC) induziria a socialização e distribuição da riqueza e a nacionalização de setores da economia parece ter encontrado seu fim quando o partido lançou, em 1996, o Growth, *Employment and Redistribution* (GEAR), implementando o programa ortodoxo de reforma neoliberal idealizado desde o fim da década de 1980 pelo Complexo Mineral Energético e pela elite política do ANC (BOND, 2014; TERREBLANCHE, 2012).

O GEAR foi criado para estimular o rápido crescimento econômico e criar os recursos econômicos necessários para resolver as principais expressões da dívida social sul-africana. O GEAR assumiu muitos dos objetivos sociais do programa de reforma anterior, o *Reconstruction and Development Program* (RDP), de 1994, de orientação social-democrata, mas também apresentou um discurso bem mais alinhado às necessidades das frações financeira e mineral exportadora do capital, promovendo redução do déficit fiscal, mantendo a inflação e a taxa de câmbio sob controle, reduzindo barreiras ao livre comércio, liberando o fluxo de capitais e, por fim, liberalizando e financeirizando a economia.

Se o GEAR teve um relativo sucesso para a economia, garantindo saúde fiscal ao Estado e crescimento econômico pouco expressivo, mas contínuo, o mesmo não ocorreu em relação à dívida social herdada do *apartheid*. O programa neoliberal resultou numa maior precarização da classe trabalhadora, especialmente da força de trabalho não branca e feminina, e na restrição aos investimentos em proteção social e saúde pública. Tudo isso em um cenário em que a pobreza, o desemprego, a migração massiva

das zonas rurais e dos antigos bantustões[29] em direção às cidades e de aprofundamento das iniquidades de classe e raça criaram condições não apenas à rápida disseminação do HIV, mas também para uma crescente mortalidade ocasionada pela doença.

A quarta fase da epidemia, a da "mortalidade por Aids", que durou de 2000 a 2006, expressou uma alta incidência de HIV combinada com uma crescente taxa de mortalidade, resultando em uma redução progressiva na prevalência de HIV (HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012).

O adoecimento generalizado e o parco acesso ao tratamento, ocasionado pelo negacionismo de algumas autoridades políticas e sanitárias do ANC em relação à efetividade do tratamento com antirretrovirais, vivenciado na fase anterior da epidemia (POSEL, 2008), pelo reduzido papel do Estado em promover saúde e serviços sociais básicos e na redução das iniquidades sociais e do desemprego, acentuaram os impactos do adoecimento e mortalidade por Aids na economia e na sociedade sul-africana. Esta decisão política configurou um ciclo vicioso entre desemprego, iniquidades sociais, pobreza, adoecimento e morte, concentrada, sobretudo, na classe trabalhadora negra, a mais penalizada pelo ajuste neoliberal. Por exemplo, a prevalência do HIV entre os 40 milhões de negros era de 12,9%, em 2002, 13,3%, em 2005 e 13,6%, em 2009, a maior entre os grupos raciais da África do Sul (negros, brancos, *coloured* e asiáticos). Entre os negros adultos (15-49 anos), os números eram ainda mais preocupantes: 18,4%, em 2002, e 19,5%,

29 Territórios reservados à população negra na África do Sul e na Namíbia de acordo com sua etnia pelo governo racista sul-africano na segunda metade do século 20 (na época, a Namíbia era governada pela África do Sul) com a finalidade de criar um predomínio demográfico branco na África do Sul. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Bantustão>. Acessado em 01, ago., 2016.

em 2005. Entre os negros também é crescente a feminização da doença, com uma prevalência de 24,4% entre mulheres negras de 15 a 49 anos (SHISANA et al, 2009 *apud* HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012).

No fim da quarta fase, diante dos inexpressivos resultados econômicos e do agravamento da questão social, o Governo do ANC lançou um novo programa de reforma do Estado, substituindo em 2005 o GEAR pelo *Accelerated and Shared Growth Initiative for South Africa* (ASGISA). O novo programa propunha desenvolver mais as dimensões sociais dos programas anteriores, RDP e GEAR, e reconheceu como prioridades o desafio da pobreza prolongada, resultante do desemprego e dos empregos de baixos salários, bem como o desemprego estrutural e de longa duração como resultantes do modelo econômico adotado pelo país. O ASGISA apresentava os seguintes objetivos: reduzir a pobreza até 2010 e reduzir pela metade o desemprego que era de 28%, em 2004, para 14%, em 2012. O programa também reconheceu que as políticas implementadas para intervir na dívida social sul-africana deveriam ser prioridade no processo de tomada de decisão sobre a política econômica. O ASGISA parece ser a tentativa de resgatar as fundações de metas sociais do RDP, de construção de uma sociedade democrática unida, não sexista e sem racismo, assim como, uma economia integrada.

Porém, por meio do ASGISA, as políticas neoliberais não foram alteradas e o sistema de proteção ao capital financeiro e minerador sobre as demais frações do capital e sobre a classe trabalhadora foi preservado. Porém, existiu uma expansão do orçamento para as políticas sociais, especialmente as de educação, saúde e programas de transferência de renda, garantindo a expansão do acesso ao tratamento de HIV/Aids aos sul-africanos das classes

que vivem do trabalho.

A quinta-fase, chamada “fase do tratamento”, se inicia ainda em 2006 e se estende até a atualidade. Nesta, a incidência do HIV vem diminuindo, o que não significa uma queda acentuada da prevalência, porque as pessoas em tratamento com antirretrovirais estão vivendo mais, portanto, reduzindo a mortalidade relacionada à Aids.

Essa importante conquista para o direito à saúde dos sul-africanos e sul-africanas soropositivos/as, resultado da expansão da cobertura do tratamento de HIV/Aids promovido pelo Estado e organizações não governamentais, também implicará um expressivo desafio às políticas sociais, ois o país terá que lidar com uma epidemia generalizada por décadas, ao menos no futuro próximo, o que acontecerá mesmo se as taxas de incidência declinarem muito. Essas projeções sinalizam a importância das medidas de prevenção para o país austral, no intuito de evitar novas transmissões e planejar programas e serviços de cuidado com o intuito de minimizar o impacto social familiar, comunitário, coletivo e macrossocial do adoecimento e morte por HIV/Aids na África do Sul (HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012).

Após a renúncia de Thabo Mbeki, em 2008, o ASGISA foi substituído por outro programa de reformas, o *New Growth Path* (NGP), lançado por Jacob Zuma, em 2010, no início do seu primeiro mandato presidencial. O programa reconheceu que o desemprego estrutural permanecia profundamente alto, que a pobreza continuava a atingir milhões, que a opressão sobre os trabalhadores permanecia uma realidade na África do Sul pós-*apartheid* e que esta tinha iniquidades sociais mais profundas do que nos regimes racistas

que o precederam. Por isso, o NGP objetivava fomentar o crescimento econômico e levar o país à redução da pobreza.

Mais uma vez no discurso político do ANC, a estratégia para diminuir e superar as iniquidades sociais, a pobreza e o desemprego estrutural consistia em promover o crescimento econômico do Produto Interno Bruto, revivendo a panaceia dos planos anteriores de crescer para distribuir. Porém, a novidade do NGP era uma maior intervenção do Estado na economia, que se daria preservando as estruturas de propriedade e posse dos capitais dos planos de reforma anteriores.

O país estava livre do sistema de opressão racial, mas o neoliberalismo implantado pelo ANC por mais de 15 anos havia conduzido a maioria negra e não branca às prisões da pobreza e da miséria, em uma ordem social colonizada pelo livre mercado e que criou as condições para a mais grave epidemia de HIV/Aids do mundo.

No entanto, a partir do Governo de Jacob Zuma e do NGP se viu um maior investimento em políticas e serviços sociais básicos, o que resultou no maior programa de antirretrovirais do mundo. Da população de 6,4 milhões de soropositivos, em abril de 2015, pelo menos 3.1 milhões estavam recebendo o tratamento via Estado, contra os 2.6 milhões que recebiam em abril de 2014.

A expansão do acesso ao Programa de Tratamento com os antirretrovirais vem sendo construída desde a segunda metade dos anos 2000, por meio de uma série de medidas e intervenções no campo da saúde, destacando-

se a descentralização do tratamento dos hospitais às unidades primárias de saúde. Em decorrência da descentralização, em 2014, o tratamento com os antirretrovirais estava disponível em todas as mais de 3.500 unidades primárias de saúde; apenas cinco anos antes, em 2009, 550 unidades primárias de saúde estavam creditadas pelo Estado para ofertar o tratamento (PILLAY; BARRON & ZUNGU, 2015). Mesmo com essa ampliação expressiva dos pontos de oferta de tratamento, a adesão ao mesmo tem sido desigual entre os soropositivos das nove províncias (DAY & GRAY, 2015). As causas dessas diferentes taxas de adesão ainda precisam ser pesquisadas.

Um segundo fator para o crescimento do programa foi o significativo crescimento do número de enfermeiras treinadas para ministrar o tratamento com antirretrovirais, com mais de 30.000 enfermeiras treinadas entre os anos de 2009 e 2014, ajudando a solucionar a grave falta de profissionais capacitados para tal.

Por fim, a campanha nacional HIV *Counselling and Testing* (HCT), lançada em 2010, com forte apoio do presidente Jacob Zuma e do ministro da Saúde, resultou em 20 milhões de testes HCT realizados em apenas 20 meses, com uma taxa média de 1 milhão de testes por mês. O número impressiona se comparado à quantidade total de testes realizados em 2009: 4,3 milhões. Nos anos seguintes observou-se uma queda da adesão ao teste, caindo para 7.5 milhões de testes em 2013, o que demandou a renovação da campanha. Acompanhando a reorientação do modelo assistencial em curso no sistema de saúde em direção à atenção primária e ao foco na organização de distritos de saúde, a nova campanha se baseia na abordagem comunitária e na testagem realizada de “porta em porta”. Embora esse novo modelo de

programa de testagem e de aconselhamento não tenha apresentando o mesmo número de testagens do HCT, o mesmo, a partir de avaliações em escala micro, tem apresentado uma grande cobertura nas comunidades em que foi implantado (PILLAY; BARRON & ZUNGU, 2015).

O número de novos pacientes incluídos mensalmente no programa público de antirretrovirais é de cerca 50 mil ou 600 mil por ano. A meta governamental é ter 5 milhões de pessoas em tratamento até 2019. Tanto os novos como os antigos usuários do Programa Nacional de Antirretrovirais irão demandar um tratamento de longo prazo e a pressão desse programa em termos de medicamentos, recursos humanos, informação e aconselhamento, recursos financeiros e gestão é enorme e tende a crescer. Novas formas de organização, gestão e financiamento terão de ser desenvolvidas nos próximos cinco anos (até 2020) ou o programa poderá se tornar insustentável ao Sistema Nacional de Saúde (PILLAY; BARRON & ZUNGU, 2015). Nesse sentido, uma inovação poderá contribuir na sustentabilidade financeira da expansão do tratamento gratuito: em 2015, o programa sul-africano de distribuição conseguiu reduzir o número de pílulas diárias de três para uma, reduzindo o preço do tratamento a US$ 9 americanos mensais por paciente, o esquema de tratamento medicamentoso mais barato do mundo.

Mesmo com tantos avanços no controle do avanço da epidemia e na expansão da oferta e cobertura do tratamento em 2012, quase duas décadas depois do fim do regime de *apartheid*, a concentração do HIV nos grupos populacionais é inversamente proporcional à participação destes na riqueza nacional: a prevalência nos negros é de 22.7%, entre os *coloured* é

de 4.6%, entre os indianos é de 1% e entre os brancos é de 0.6% (DAY & GRAY, 2015). Comparando esses dados étnicoraciais de saúde pública aos dados étnico-raciais dos estudos sociais e econômicos de Charles Feinstein (2005), Gracie Davie (2015), Vusi Gumede (2015), Sampie Terreblanche (2005) e outros sobre a África do Sul pós-*apartheid*, é interessante perceber que a pequena prevalência de HIV entre os brancos corresponde exatamente à incidência de pobreza extrema dentro desse grupo racial, enquanto que os 22.7% de prevalência entre os negros corresponde quase que totalmente à participação dos negros no topo da estrutura de classe sul-africana, o dos 10% mais ricos que possuem 60% da riqueza nacional.

Ainda durante a quinta e última fase da epidemia de HIV na África do Sul, o governo lançou o novo programa de reforma em 2013, o *National Development Plan* (NDP) – 2030. O plano ilustra um planejamento de metas a curto, médio e longo prazo nas áreas econômica e social e é apresentado como a pedra fundamental da estratégia de desenvolvimento do país. O NDP é apresentado como o documento fundamental para a eliminação da pobreza e redução das iniquidades na África do Sul até 2030, ano em que, segundo Sampie Terreblanche (2012), seria praticamente impossível eliminar alguma das principais expressões da questão social na África do Sul: a pobreza, o desemprego e as iniquidades sociais.

No tocante à política de saúde, as metas governamentais também parecem ser pouco plausíveis. Mesmo com o início da reforma no setor saúde para universalizar a atenção primária e implantar o seguro nacional de saúde, o *National Health Insurance* (NHI), que tem sua cobertura e gratuidade restritas à atenção primária, urgências e emergências, tratamento integral de algumas

patologias específicas, como o de HIV/Aids, e embora tenha se expandido nos últimos anos, especialmente nas empobrecidas áreas rurais da África do Sul, sofre com o crônico subfinanciamento, ocasionado pela retenção de gastos sociais oriunda das políticas de ajuste neoliberal.

Já o setor privado, que atende apenas 17% da população, corresponde a mais de 60% dos gastos do Estado com serviços de saúde, por meio de subsídios e compra de serviços à iniciativa privada. Enquanto 80,8 % dos 4.55 milhões de brancos sul-africanos são usuários de seguros privados de saúde, 84,2% dos 41 milhões de negros dependem dos serviços públicos de saúde (STATSSA, 2014), o que evidencia as iniquidades raciais na distribuição nos recursos do Estado e no acesso à saúde pela via do mercado.

A forma de organização dos serviços públicos de saúde não difere muito dos serviços privados, embora o NHI tenha como proposta alterar o modelo assistencial sul-africano de um sistema fragmentado, curativo, biomédico, privatista e assistencialista para um sistema organizado por distritos de saúde e com base na atenção primária em saúde[30], segundo os moldes da Conferência de Alma Ata, e articulado em rede com a iniciativa privada e com todos os níveis de atenção à saúde ainda em fase inicial de implantação. Enquanto isso, a maioria dos serviços públicos, principalmente os hospitalares, permanece seguindo uma racionalidade biomédica e neoliberal de saúde, apresentando uma profunda fragmentação e falta de recursos humanos (RISPEL & MOORMAN, 2013).

30 Sobre a história dos serviços de Saúde da África do Sul, desde o período colonial até o contexto pós-apartheid, ver van Rensburg (2012). Sobre as reformas da saúde no período democrático, ver Matsoso, Fryatt, Andrews (2015).

Como aconteceu em Moçambique e no Brasil, na África do Sul a epidemia de HIV/Aids se expandiu entre os grupos e classes mais subalternizados pelos programas de ajuste neoliberal: as mulheres, especialmente as mulheres não brancas. Como apontam Heunis; Wouters e Kigozi (2012), quando uma epidemia severa atinge uma sociedade, os mais vulneráveis sofrem os maiores e mais intensos efeitos desta. As iniquidades de gênero, a subalternização e a discriminação contra as mulheres expõem as sul-africanas ao ciclo de pobreza, aos trabalhos mais precários e ao mais alto risco de contaminação por HIV e de mortalidade por Aids.

Os resultados do *South African National HIV Prevalence, incidence, behavior and communication survey* (2008) mostram 13,6% das mulheres sul-africanas com dois anos ou mais eram soropositivas, número muito alto se comparado ao de homens da mesma faixa-etária: 7,9%.

Na África do Sul, as mulheres também são contaminadas mais jovens do que os homens. Por exemplo, entre mulheres de 20 a 24 anos a prevalência de HIV é de 21,1%, enquanto que nos homens da mesma idade é de 5,1%. Mulheres de 25 a 29 anos apresentam uma prevalência de 32,7% e os homens 15,7%. Essa concentração da carga de HIV entre as mulheres só se altera quando são consideradas as pessoas com HIV com idades entre 2 e 14 anos, com 3% de prevalência entre homens e 2% entre as mulheres. A mesma inversão da tendência à feminização é vista a partir do grupo etário de 50 a 54 anos, em que os homens têm uma prevalência de 10,4% e as mulheres 10,2% (SHISANA, 2010 *apud* HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012). Considerando o fato de que a maioria da população sul-africana é jovem, os dados revelam a concentração desproporcional da soropositividade entre mulheres jovens.

As causas da feminização da doença na África do Sul são diversas, desde os fatores biológicos que tornam as mulheres mais vulneráveis a contrair HIV em relações heterossexuais do que os homens, ocasionada pela maior superfície de exposição do órgão genital feminino em relações sexuais com homens. Além dessa vulnerabilidade, compartilhado por mulheres de todo o mundo, as assimetrias e iniquidades de poder entre os sexos são um fator de particular importância no país. A pobreza e a pobreza extrema, as relações patriarcais nativas e as introduzidas ou criadas pelos europeus e a pauperização das mulheres ocasionada pela entrada dessas nos esquemas de emprego precário e informal, impulsionada pelos sistemas de exploração da força de trabalho negra e atualmente pelo neoliberalismo, engendraram uma vulnerabilidade estrutural das mulheres ao HIV/Aids (MULLICK *et al,* 2010 *apud* HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012).

Essa combinação entre iniquidades de classe, raça e gênero se expressam na violência sexual contra mulheres e garotas no país, que apresenta uma das mais altas taxas de estupros, estupros coletivos e demais formas de violência contra as mulheres. Violência e HIV/Aids, duas das quatro principais causas de adoecimento e morte na África do Sul se concentram desproporcionalmente entre as mulheres (McINTYRE *et al* 2009) e mesmo na ausência de violência física, a desigual distribuição de poder econômico e simbólico reduz as possibilidades de as mulheres sul-africanas negociarem práticas sexuais seguras e, portanto, estas são mais vulneráveis ao HIV nos espaços públicos e privados, seja por questões materiais, seja por determinações culturais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, fica evidente que, em mais de três décadas de neoliberalismo e de pandemia de HIV/Aids, estes dois processos sociais formaram uma unidade que aprofundou características da questão social sob o capitalismo tardio: a crescente feminização da pobreza e a mercantilização dos sistemas e serviços de saúde, sendo difícil identificar quais são os limites entre a globalização neoliberal e a dinâmica mundial da epidemia.

Se mesmo sob a hegemonia do neoliberalismo os programas nacionais e transnacionais de HIV/Aids garantiram a expansão do acesso aos antirretrovirais, oferecendo uma maior expectativa e qualidade de vida aos soropositivos, a aplicação do neoliberalismo e de suas variantes contemporâneas, como o Estado Gerencial, criaram e criam as condições de pauperização e subalternização de sexo e gênero que fizeram do HIV/Aids uma "praga neoliberal". Ao mesmo tempo em que, por meio do Estado ou do mercado, foi criado um grande nicho de acumulação de capital para a indústria de medicamentos, instituindo clivagens profundas do acesso ao tratamento entre os que podem e os que não podem pagar, não só pelos antirretrovirais, como também por atenção integral em saúde. Já que as necessidades ocasionadas pela soropositividade vão além da medicação, ou mesmo da área da saúde.

Além disso, a concentração de investimento em propaganda, se comparado ao investimento em pesquisa sobre a cura ou alternativas de proteção à infecção, por parte das indústrias farmacêuticas, revela a orientação mercadológica que domina a "ciência da Aids", totalmente coerente à ideologia neoliberal

da saúde como um produto de mercado e uma responsabilidade individual.

Sob o discurso neoliberal, as políticas nacionais e internacionais de controle da epidemia se voltaram majoritariamente ao indivíduo e seu comportamento sexual, e não aos determinantes sociais que fazem com que a doença se concentre entre as mulheres e pessoas mais pobres (majoritariamente mulheres): as relações de classe e gênero. Não é por acaso que os programas nacionais de HIV/Aids mais exitosos, como o inglês e o brasileiro, são os que questionaram as ideologias neoliberais e o conservadorismo que, geralmente, as acompanha, e se voltaram para uma perspectiva ampliada de saúde no intuito de responder à epidemia através de programas gratuitos e universais de prevenção e tratamento.

Seguindo a tendência global dos programas de ajuste, mais severos nos países de capitalismo periférico, a dinâmica da epidemia HIV/Aids se concentrou e ainda se concentra onde o neoliberalismo foi mais ortodoxo em sua tendência de (re)privatização dos sistemas de saúde e de levar as mulheres e homens da classe trabalhadora ao desemprego ou ao subemprego: os países da periferia capitalista. Dessa forma, a hegemonia neoliberal reconfigurou a relação entre capital e trabalho, tornando-a radicalmente mais favorável ao primeiro, exatamente como pretendiam os primeiros pensadores neoliberais, ainda na primeira metade do Século XX.

Como afirmou Louis Althusser (1985), o Estado capitalista é bem mais que uma "alavanca" puxada unicamente pela classe dominante, ele seria bem melhor representado pela metáfora de um jogo de cabo de guerra, disputado entre as classes sociais, em que as vantagens variam de acordo com a correlação

de forças. Desde a crise capitalista de 1973, o neoliberalismo vem se materializando por meio de governos das mais variadas orientações políticas, garantindo amplas vantagens às burguesias nacionais e internacionais e criando uma nova classe dominante onde ela não existia, concedendo uma ampla vantagem nesse "cabo de guerra" às novas e antigas frações da burguesia.

Se nos países de capitalismo central, enquanto ideologia dos programas de ajuste, o neoliberalismo representou a deslegitimação e mercantilização parcial do *Welfare State*, na periferia capitalista ele se materializou no agravamento da histórica dívida social e pós-colonial e na crescente pauperização da classe trabalhadora, com impactos mais severos entre as mulheres africanas e latinas que vivem da venda da sua força de trabalho. Ele também criou o contexto social e sanitário em que a epidemia de HIV/Aids deixou de ser concentrada em "grupos de risco" e passou a ser generalizada e pandêmica. Depois de três décadas de pandemia, pode-se dizer que o "grupo de risco" na atualidade é formado pelos mais de 2.5 bilhões de pobres do mundo e 800 milhões de pessoas em risco de se tornarem pobres. Por isso, África Subsaariana e América Latina concentram grande parte da carga de infecções, adoecimentos e mortes ocasionadas pela doença e de expansão da mesma.

Mesmo países com histórias e formações sociais tão distintas como África do Sul, Brasil e Moçambique tiveram as suas dinâmicas de HIV/Aids moldadas pelo neoliberalismo. Enquanto o Brasil resistiu ao neoliberalismo, criando um sistema universal de saúde e um programa de HIV/Aids amplo e de perspectiva progressista, África do Sul e Moçambique transitaram

para versões mais radicais de privatização da saúde, implementadas por partidos de esquerda e de libertação nacional. O resultado foi uma carga de adoecimento que impactará os dois países por gerações e duas das maiores prevalências de HIV do mundo.

Se recentemente a epidemia voltou a crescer no Brasil, especialmente nas regiões mais pobres e desiguais, e a efetivação da Política Nacional de HIV/Aids pode retroceder pelo subfinanciamento e ascensão de grupos políticos conservadores, a África do Sul realizou importantes avanços nas campanhas de tratamento e testagem, criando o maior programa de antirretrovirais do mundo, exatamente a partir do momento em que o neoliberalismo que caracterizou os primeiros 15 anos de África do Sul pós-*apartheid* deu lugar a uma perspectiva mais desenvolvimentista, com expressivo aumento nos investimentos em políticas e programas sociais. Parafraseando o conceito trabalhado por Rodrigo Castelo (2013), pode-se dizer que Jacob Zuma, em seu segundo mandato presidencial, representa a versão sul-africana do "social-liberalismo". Mas esse avanço da intervenção estatal sobre as refrações da questão social e sobre a epidemia de HIV ainda está abaixo das necessidades e pode ser interrompido em nome das políticas macroeconômicas da África do Sul democrática, ainda fortemente neoliberais e centradas na manutenção da exploração da força de trabalho negra − uma herança do *apartheid* que o os governos do ANC abraçaram com uma verdadeira devoção filial.

Já Moçambique, "o bom aluno" do Banco Mundial, implantou o mais severo programa neoliberal da África Austral. Rapidamente, o partido FRELIMO, assim como o ANC sul-africano, se deslocou do discurso de socialização/nacionalização da riqueza para um de alinhamento ao livre mercado, o que

ocasionou desemprego estrutural e empobrecimento das famílias, sobretudo das famílias chefiadas por mulheres. Em um cenário como esse, a epidemia de HIV/Aids encontrou uma sociedade profundamente vulnerabilizada por um Estado comprometido com a supremacia capitalista. Este papel do Estado, ativo para necessidades de acumulação de capital e passivo às necessidades da classe trabalhadora, se reflete no descompasso entre o rápido crescimento da economia moçambicana e a condição de pobreza vivenciada por mais da metade da população do país.

Mas, a responsabilidade da FRELIMO em introduzir o ajuste neoliberal no país precisa ser compartilhada com os agentes globais de internacionalização dessa ideologia, como o Banco Mundial e o FMI, que pressionaram o governo para adoção de reformas orientadas ao mercado, negando até mesmo o auxílio humanitário no momento em que o país atravessava um conflito armado, ações terroristas do regime de *apartheid* e uma severa seca, caso não implantasse o ajuste neoliberal. O preço pago para receber o auxílio internacional foi restaurar o poder burguês no país e criar as condições para o surgimento de uma burguesia pós-colonial, amplamente relacionada com os quadros políticos da FRELIMO.

É necessário perceber que essa transformação/adaptação de antigos partidos de esquerda ao ideário neoliberal não é uma particularidade dos dois países africanos[31]. O Brasil, mesmo com a eleição do Partido dos Trabalhadores, deu continuidade e até aprofundou as reformas neoliberais em certas áreas,

31 No contexto dos países da África Subsaariana, a orientação ou histórico político do partido no poder não parece influenciar a direção das (contra)reformas. Moçambique e África do Sul representam exceções no grupo de 49 países, mantendo seus partidos de libertação nacional no poder. Estes partidos, mais do que facilitadores, foram indutores das reformas neoliberais e agentes ativos na constituição de Estados Gerenciais. O trabalho de Mauro Iasi (2012) evidencia que no Brasil, sob o governo do Partido dos Trabalhadores (PT), essa realidade não foi diferente.

como aconteceu no campo da saúde. Sob os três governos sucessivos do PT, o país diminuiu a pobreza e o desemprego, mas, também foi sob estes que o processo de privatização do SUS se intensificou e que foi observada a coalizão do governo com grupos conservadores e/ou reacionários e o crescimento da epidemia de HIV/Aids.

Os três países apresentam distintas experiências neoliberais, mas em todos eles o neoliberalismo criou as condições ideais de crescimento da epidemia. Mas se os principais fatores que vulnerabilizam as pessoas ao HIV/Aids são estruturais − as relações de gênero e classe social −, as possíveis respostas residem em políticas econômicas e sociais que transformem essas assimétricas relações. Diante da perspectiva assumida neste trabalho, o Estado, especialmente sob o capitalismo tardio, não será o meio e/ou fim em que essas transformações poderão ocorrer, pois tanto as assimetrias de classe, como as de gênero, são fundamentais às relações que cunharam e sustentam o Estado: as relações capitalistas.

Esta constatação sobre a impossibilidade de o Estado capitalista materializar a superação dessas relações de exploração e subalternidade não deve ser vista como um apelo ao fatalismo ou de abandono da luta pela socialização do poder do Estado. Ela serve para repensar e radicalizar os horizontes da luta dos movimentos sociais, organizações e partidos políticos que se aglutinam na luta contra o HIV/Aids, para além das relações burguesas e patriarcais.

Sobre isso, já é reconhecido que as experiências de maior sucesso no controle da epidemia são aquelas que ocorreram por meio de políticas e programas sociais concretizados pelo Estado. Assim como, foi por meio do Estado

que foram realizadas as mais representativas experiências de proteção da classe trabalhadora e de equidade de gênero. Estas não foram formuladas e implementadas a partir da genialidade ou generosidade de elites políticas ou da burocracia de Estado, elas foram e/ou são resultado da pressão realizada por movimentos sociais e setores progressistas da sociedade civil sobre o Estado e sobre o mercado.

A luta pelo Estado é tão importante para a emancipação política da classe trabalhadora, que a pressão dos sindicatos e partidos de orientação operária sobre o Estado sempre foi um dos maiores pontos de crítica dos intelectuais e políticos neoliberais. Da mesma forma, o fim das assimetrias de poder entre homens e mulheres e demais elementos emancipatórios das teorias e projetos feministas receberam a indiferença ou o desprezo dos líderes neoliberais. A própria Margaret Thatcher era assumidamente antifeminista.

Como se vê, parece não existirem soluções prontas para conter a epidemia de HIV/Aids em uma ordem capitalista e machista, apenas é clara a necessidade de diálogo e radicalização das lutas de movimentos sociais e partidos que lutam pela emancipação política ou humana. Portanto, é necessário construir mediações entre a epidemia global de Aids e as transformações societárias que ocorrem sob a sociabilidade capitalista. As universidades, centros de pesquisa, partidos políticos e movimentos sociais têm um grande papel nesse processo, pois são espaços que podem formar quadros capazes de refletir e intervir sobre uma sociabilidade que é de risco à vida de todos, soropositivos ou não.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, Louis. *Aparelhos ideológicos de Estado:* nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

AMIN, Samir; HOUTART, François. *Mundialização das resistências*: o estado das lutas em 2003. São Paulo: Cortez, 2003.

ANDERSON, Perry. Análise da recente evolução do sistema econômico mundial. In: HOUTART, François; POLET, François (Org.). *O outro Davos: mundialização de resistências e de lutas.* São Paulo: Cortez, 2002. p. 11-64.

ANDREWS, Christina W. Da década perdida à reforma gerencial: 1980-1998. In: ANDREWS, Cristina W. (ORG). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Unifesp, 2010. p. 85-118.

BALOGUN, Fidelis Odun. *Adjusted Lives: stories of structural Adjustments.* New Jersey : Trenton., Africa World Press, 1995.

BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Temas em saúde).

BARBOSA FILHO, Evandro Alves. *Coalizão de forças, discursos e conflitos:* uma análise do gerencialismo na gestão do consórcio público intermunicipal de saúde do Sertão do Araripe pernambucano (CISAPE). 2013. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

BASTOS, Francisco Inácio. *Aids na terceira década.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

BEHRING, Elaine Rosseti. *Brasil em contra-reforma:* desestruturação do Estado

e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOND, Patrick. Consolidating the Contradictions: from Mandela to Marikana. In: SAUL, Jonh S.; BOND, Patrick. *South Africa the present as History*: from Mrs Ples to Mandela e Marikana. Johannesburg: Jacana, 2014. p. 176-208

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social na América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Org.). *Política social no Capitalismo*: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008, p. 174-195

BREMMER, Ian. *O Fim do livre mercado*: quem vence a guerra entre Estado e corporações. São Paulo: Saraiva, 2011

BULARD. Martine. Como funcionam os sistemas de saúde. *Le Monde Diplomatique*, março de 2010.

CARMO, Maria do. *Modelo de atenção à saúde no Brasil.* In: FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 1., 2014, São Paulo. Modelo de atenção à saúde no Brasil. São Paulo: Ministério da Saúde, 2014. p. 1 - 47. Disponível em: <http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/Maria_do_Carmo.pdf>. Acessado em: 18, abr., 2016.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social:* uma crônica sobre o salário. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

CASTELO, Rodrigo. *O social-liberalismo:* auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CHANAIWA, David. Pan-africanismo e libertação. In: MAZRUI, Ali A; WONDJI, C. (Coord.). *História Geral da Áfri*ca, vol VIII – África desde 1935. São Paulo:

Cortez, Brasília: Unesco. p. 897-924, 2011.

_____. A África e os países capitalistas. In: _____. *História Geral da África*, vol VIII – África desde 1935. São Paulo: Cortez, Brasília: Unesco, p. 927-963, 2011.

CHANT, Sylvia. Dangerous Equations? How Female-headed Households Became the Poorest of the Poor: Causes, Consequences and Cautions. *IDS Bulletin*, [s.l.], v. 35, n. 4, p.19-26, out. 2004. Institute of Development Studies. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2004.tb00151.x>.

_____. Re_thinking the "feminization of Poverty" in relation to aggregate Gender Indices. *Journal Of Human Development*, [s.l.], v. 7, n. 2, p.201-220, jul. 2006. Informa UK Limited. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1080/14649880600768538.

CORELLA, Freddy Esquivel. *Gerencia Social:* un análisis crítico desde el trabajo social. Buenos Aires: Espacio, 2005

CORRÊA, Sonia; KHANNA, Akshay. *Emerging Powers, Sexuality and Human Rights:* "Fumbling around the Elephant?". Rio de Janeiro: Spw/abia, 2015. (Emerging Powers, Sexuality and Human Rights). Disponível em: <http://sxpolitics.org/wp-content/uploads/2015/09/workingpaper-11.pdf>. Acesso em: 07 out. 2015.

CRAMER, Christopher. Privatisation and Adjustment in Mozambique: A 'Hospital Pass'?. *Journal Of Southern African Studies*, [s.l.], v. 27, n. 1, p.79-103, mar. 2001. Informa UK Limited. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1080/03057070120029518.

DAHRENDORF, Ralf. *Ensaios sobre o Liberalismo.* Lisboa- Portugal: Casa do Livro, 1993.

DAVIE, Grace. *Poverty Knowledge in South Africa:* a social History of human science, 1855-2005. New York: Cambridge University Press, 2015

DAVIS, Myke. *Planeta favela*. São Paulo: Boitempo, 2006.

DEACON, Bob. *Global Social Policy and Governance*.Londres: Sage, 2007

DUTTA, Mohan Jyoti. *Communicating health*: a culture-centered approach. Londres: Polity Press, 2008 ESPING-ANDERSEN, Gosta. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Lua Nova*, São Paulo, n. 35, 1995.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. OFFICE THE U.S. GLOBAL AIDS COORDINATOR. *About PEPFAR*. 2010. Disponível em: <http://www. pepfar.gov/about>. Acesso em: 03 out. 2015

FARMER, Paul. *Infections and Inequalities:* The Modern Plagues. Berkeley: University of California Press, 1999.

_____. *Pathologies of Power:* Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University Of California Press, 2003.

FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social.* Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FANON, Frantz. *Os condenados da Terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FEINSTEIN, Charles. *An economic History of South Africa*: conquest, discrimination and development. Edinburgh: Cambridge, 2005.

FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil.* São Paulo: Global, 2006.

FRENCH, Howard W. *China's Second Continent:* how a million migrants are building a new empire in Africa. New York: Vintage Books, 2015.

GOUGH, Ian et al. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America.* Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

GUMEDE, Vusi. Inequality in Democratic South Africa. In: MANGCU, Xolela (Ed.). *The Colour of our Future:* does race matter in post-apartheid south Africa?. Johannesburg: Wits University Press, 2015. p. 91-106.

HANLON, Joseph. Mozambique: the Revolution under Fire. London: Zed Books, 1984.

HEAD, Judith. The context and contours of HIV/Aids in South Africa. In: VIEIRA, A. ROCHA, S. *HIV/Aids no Brasil e na África do Sul diante das desigualdades sociais*. Recife: Editora UFPE, 2010.

HARVEY, David. *A produção capitalista do espaço.* 2ª ed. São Paulo: Anna Blume, 2005.

_____. *O neoliberalismo*: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

_____. *O novo imperialismo*. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2011.

HART, Gillian. *Rethinking the South African Crisis*: nationalism, populism, hegemony. Scottsville, South Africa: University of KwaZulu Natal Press, 2013.

HEUNIS, JC; WOULTERS, E; KIGOZI, NG. HIV, AIDS and Tuberculosis in South Africa: trends, challenges and responses. In: VAN RENSBURG, HCJ (Ed.). *Health and Health Care in South Africa.* 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers, 2012, p. 293-360.

HICKEL, Jason. Neoliberal Plague: The Political Economy of HIV Transmission in Swaziland. *Journal Of Southern African Studies,* [s.l.], v. 38, n. 3, p.513-529, set. 2012. Informa UK Limited. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1080/03057070.2012.699700 .

HIRSCH, Joachim. *Teoria materialista do espaço:* processos de transformação do sistema capitalista de Estados. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

IASI, Mauro Luis. *As metamorfoses da consciência de classe:* o PT entre a negação e o consentimento. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

ISAACMAN, Allen; PITCHER, M. Anne. Transforming Mozambique: The Politics of Privatization, 1975-2000. *The International Journal of African Historical Studies,* [s.l.], v. 36, n. 2, p.436-438, 2003. JSTOR. Disponível em: http://dx.doi.org/10.2307/3559393.

JAKOBSEN, Kjeld; CARVALLHO, Daniela Sampaio de. *Da pós-independência ao projeto neoliberal e os desafios para os trabalhadores na África austral:* análíse comparativa de Moçambique, Ilhas Maurício e Tanzânia. 2008. Disponível em: <http://www.global-labour-university.org/fileadmin/GLU_conference_Unicamp_2008/Submitted_papers/Kjeld_e_Sampaio.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2015.

JOSÉ, André Cristiano. Neoliberalismo e Crise do Trabalho em Moçambique: o caso da indústria do cajú. *O Cabo dos Trabalhos Revista Eletrônica*, Coimbra, v. 1, n. 1, p.1-38, jan. 2006.

KRIEG-PLANQUE, Alice. Fórmulas e lugares discursivos: propostas para a análise do discurso político. In: MOTTA, Ana Raquel; SALGADO, Luciana (Org). *Fórmulas discursivas.* São Paulo: Contexto, p. 11-40, 2011.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: política social na América Latina. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo.* 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 151-178.

LEFEBVRE, Henri. *Marxismo*. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2011.

MARX, Karl. *O Capital*: Crítica da Economia Política. São Paulo: Abril Cultural, volume III, tomo I. 1983.

MANDEL, Ernest. *O capitalismo tardio.* 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MATIAS-PEREIRA, José. *Curso de Administração Pública:* foco nas instituições e ações governamentais. 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 263 p.

MATOS, Elmer Agostinho Carlos de; MEDEIROS, Rosa Maria Vieira. Acumulação por espoliação: Uma reflexão sobre a sua introdução em Moçambique. *Revista Ideas: interfaces em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 7, nº. especial, p.228-259, jan. 2013. Disponível em: <http://r1.ufrrj.br/cpda/ideas/revistas/v07/nesp/8.Elmermatos.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

MATSOSO, Malebona Precious; FRYATT, Robert Jonh; ANDREWS, Gail (Ed.). *The South African Health Reforms 2009-2014*: moving towards universal coverage. Cape Town: Juta, 2015.

McINTIRE, Diane et al. The health and the health system of South Africa: historical roots of current public health challenges.*The Lancet,* London, n. 1, pp.36-51, 25 ago. 2009.

MILLS, Greg; HERBST, Jeffrey. *Africa's Third Liberation:* the new search for prosperity & jobs. Johannesburg: Portfolio Penguin, 2014.

MIOTO, Regina. Famílias e Políticas sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Org.). *Política Social no Capitalismo:* tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008, p. 130-148.

MIROWSKI, Philip; PLEHWE, Dieter. *The Road from Mont Pèlerin:* The Making of the Neoliberal Thought Collective. Cambridge: Harvard Univesity Press, 2009.

MISES, Ludwig Von. *Liberalismo*: segundo a tradição clássica. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1987.

NORDSTROM, Carolyn. *A Different Kind of War Story*. Philadelphia: University Of Pennsylvania Press, 1997.

OLIVEIRA, Francisco. O surgimento do anti-valor: capital, força de trabalho e fundo público. *Revista Novos Estudos CEBRAP*. São Paulo, n. 22, p. 8-28, out./nov., 1988.

ONG, Aihwa. *Neoliberalism as Exception: Mutations in Citizenship and Sovereignty.* London/Durham: Duke University Press, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório *Reduzir as discrepâncias no espaço de uma geração.* Instaurar a equidade em saúde, agindo sobre os determinantes sociais da saúde., Genebra,. OMS, 2008

_____.. *Declaração de Alma-Ata,* 1978.

PEREIRA, Analúcia Danilevicz. *A revolução sul-africana.* São Paulo: Editora Unesp, 2012.

PEREIRA, Potyara. *Política Social:* temas e questões. São Paulo: Cortez, 2011.

PETCHESKY, Rosalind. PARKER, Richard. SEMBER Robert. *Políticas sobre*

sexualidad, reportes desde las líneas del frente. EUA: 2008. Disponível em <www.sexpolitcs.org>. Acessado em 09/09/2015

PILLAY, Yogan; BARRON, Peter; ZUNGU, Sibonle. Service Delivery Through the lens of strategic health programmes. In: MATSOSO, Malebona Precious; FRYATT, Robert Jonh; ANDREWS, Gail (Ed.). *The South African Health Reforms 2009-2014*: moving towards universal coverage. Cape Town: Juta, 2015. p. 36-62.

POLLACK, Harold. *In the U.S., the HIV prevention fight has stalled.* 2013. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2013/04/12/in-the-u-s-the-hiv-prevention-fight-has-stalled/>. Acesso em: 19 abr. 2016.

POSEL, Deborah. AIDS. In: SHEPHERD, Nick; ROBINS, Steven (Org.). *New South African Keywords.* Johannesburg/athens: Jacana / Ohio, 2008. p. 13-24.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório sobre Desenvolvimento Humano 2013*. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado, 2013. PNUD, ano.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório da Revisão do Sector de Saúde.* Maputo: Ministério da Saúde de Moçambique, 2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90:* as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

ROCHA, Maria Solange Guerra. *Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo:* trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil. 2011. 237 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de

Pernambuco, Recife, 2011.

SASTRY, Shaunak; DUTTA, Mohan Jyoti. Global Health Interventions and the "Common Sense" of Neoliberalism: A Dialectical Analysis of PEPFAR. *Journal Of International And Intercultural Communication*, [s.l.], v. 6, n. 1, p.21-39, fev. 2013. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/17513057.2012.740682>.

SEEKINGS, Jeremy; NATTRASS, Nicoli. *Class, race, and inequality in South Africa*. Michigan: Yale University Press/ New Haven and London, 2005.

SEEKINGS, Jeremy; MOORE, Elena. *Kin, Market and State in the Provision of Care in South Africa.* Cape Town: Centre for Social Science Research University of Cape Town, working paper, nº 327, 2013.

SITAS, Ari. *The Mandela Decade 1990-2000: labour, culture and society in Post-Apartheid South Africa.* Pretoria: UNISA Press, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante. *A contra-reforma na Política de Saúde e o SUS:* impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 1 v. Tese (Doutor) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

_____. Desigualdade social e acesso às políticas sociais: a situação das pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante (Org.). *Desafios à vida:* desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011. p. 88-99.

SUSSER, Ida. *Aids, Sex and Culture.* Sussex: Wiley-Blackwell. 2009.

VALDÉS, Eduardo Devés. *El Pensamiento Latinoamericano en el Siglo XX.* Tomo

II: desde la CEPAL al neoliberalismo. 2ª ed. Buenos Aires: Biblos, 2003.

VAN RENSBURG, Hcj (Ed.). *Health and Health Care in South Africa*. Pretoria: van Schaik, 2012.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Determinações Sociais da Saúde e Aids na Realidade Brasileira. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante (Org.). *Desafios à vida:* desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: UFPE, 2011. p. 49-68.

_____; ROCHA, Maria Solange Guerra; HEAD, Judith Frances; CASIMIRO, Isabel Maria Alçada Padez Cortesão. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. *Rev. Katálysis* [online]. 2014, vol.17, n.2, pp.196-206. ISSN 1414-4980.

VISENTINI, Paulo Fagundes. *As revoluções africanas:* Angola, Moçambique e Etiópia. São Paulo: Unesp, 2012. (Revoluções do Século 20).

TERREBLANCHE, Sampie. *A History of Inequality in South Africa 1652-2002.* Pietermaritzburg: University of Natal Press/KMM Review Publishing, 2005.

_____. *Lost in transformation:* South Africa's search for a new future since 1986. Johannesburg: KMM, 2012.

TVEDTEN, Inge; PAULO, Margarida; MONTSERRAT, Georgina. *Políticas de Género e Feminização da Pobreza em Moçambique.* Bergen: Chr. Michelsen Institute, 2008. (Chr. Michelsen Institute). Disponível em: <http://www.cmi.no/publications/file/3340-politicas-de-genero-e-feminizao-da-pobreza-em.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

Sites:

http://www.statssa.gov.za/

http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-sobre-orcamento-familiar

A REPRODUÇÃO DAS RELAÇÕES CAPITALISTAS NA ÁFRICA DO SUL PÓS-*APARTHEID*: a unidade entre transformismo político e reforma neoliberal

Evandro Alves Barbosa Filho
Ana Cristina de Souza Vieira
Cecile Soriano Rodrigues

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é analisar a reprodução das relações sociais capitalistas na África do Sul pós-*apartheid*. Para tal, foram abordados dois processos sociopolíticos que parecem determinar a realidade social sul-africana em seu contexto democrático: as transformações políticas e ideológicas do Congresso Nacional Africano[1] (CNA) e a contrarreforma do Estado.

Em oposição às teorias liberais, neoliberais e positivistas, que predominam nas análises sobre a reprodução das desigualdades sociais na África do Sul, neste trabalho, parte-se das obras de intelectuais críticos. Estes consideram

1 O CNA, enquanto movimento social, foi criado em 1912 e tornou-se partido político oficialmente registrado apenas em 1994, para concorrer na eleição presidencial realizada naquele ano. Atualmente, é o mais poderoso partido político sul-africano. Ele iniciou suas atividades na defesa dos direitos políticos e civis da maioria negra do país, logo após a instauração da União Sul Africana, em 1910, e é o mais antigo partido de libertação nacional do continente africano (TERREBLANCHE, 2005). Embora seja formado, majoritariamente, por negros, o CNA, tradicionalmente, não fundamentou suas ações nos pensamentos de negritude. O "partido da libertação" desenvolveu análises marxistas da formação social sul-africana, baseada na exploração da força de trabalho negra e em um ativismo orientado ao socialismo e ao pan-africanismo (CHINWEIZU, 2011), nos três séculos de colonialismo e capitalismo racial.

o *apartheid* não como uma "anomia" do regime capitalista, mas um componente orgânico da acumulação de capital na África Austral. Esta leitura do capitalismo racial do *apartheid* e da "transição inacabada" à democracia na África do Sul está presente nos trabalhos de Sampie Terreblanche (2005, 2012), Gillian Hart (2013), Ari Sitas (2010), Jeremy Seekings e Elena Moore (2013) e Mazibuko Jara (2013), entre outros.

Na mesma direção teórico-metodológica, utilizou-se a teoria materialista do Estado, elaborada por Joachim Hirsch (2010), e o materialismo histórico-geográfico de David Harvey (2005, 2008). Mesmo plural, este conjunto de perspectivas críticas oferece recursos para se analisar a natureza contraditória do Estado e das políticas públicas no processo de reprodução capitalista, considerando-se componentes fundamentais tanto à reprodução da força de trabalho (via serviços, programas e políticas sociais), como da acumulação capitalista (por meio da privatização do sistema de bem-estar social e das parcerias público-privadas) (HARVEY, 2007; HIRSCH, 2010; MAURIEL, 2008).

No intuito de analisar a dinâmica da reprodução capitalista na África do Sul pós-*apartheid*, realizou-se revisão bibliográfica e análise de documentos governamentais e políticos do Congresso Nacional Africano (CNA), partido de Nelson Mandela e que permanece no poder presidencial desde o início da democracia, em 1994.

Nessa tentativa de construção de uma análise sobre a unidade entre sistemas político e econômico sul-africanos na reprodução capitalista, duas recentes obras do pensamento social crítico brasileiro forneceram chaves de análise fundamentais para compreender as recentes transformações econômicas e

políticas sul-africanas. A primeira foi o livro *As Metamorfoses da Consciência de Classe: o PT entre a Negação e o Consentimento*, de autoria de Mauro Iasi (2012). Essa obra procede uma expressiva análise do transformismo político do Partido dos Trabalhadores (PT) em seus horizontes políticos, sociais e econômicos e sua consequente passagem de um partido defensor da nacionalização dos meios de produção à proposta de nacionalização do consumo. Tal análise ofertou muitos elementos teórico-metodológicos para compreender a transição do CNA sul-africano de partido de libertação nacional de fundamentação marxista a partido neoliberal e implementador de reformas neoliberais ortodoxas, orientadas à mercantilização do bem-estar social e à financeirização da economia.

Esse amoldamento ideológico do CNA às demandas do capital e a transformação nas suas formas de intervir sobre a questão social também foi observado por Rodrigo Castelo (2013) no livro O *Social-Liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal.* Para Castelo, o caso do CNA sul-africano - junto ao do Partido dos Trabalhadores (PT) no Brasil e do Novo Trabalhismo, no caso inglês - é dos mais emblemáticos de incorporação de antigos setores socialistas e comunistas ao projeto burguês de fortalecimento da sua supremacia.

No cenário intelectual sul-africano, o economista Sampie Terremblanche, autor da obra *Lost in Transformation: South Africa's search for a new future since 1986* (2012), defende que o amoldamento às demandas do capital e a transformação ideológica das lideranças do CNA, do marxismo e do pan-africanismo ao *trickle down theory* neoliberal, a teoria do gotejamento, são fundamentais para compreender as expressões da pauperização da classe trabalhadora sul-africana e a complexificação da questão social no país,

mesmo com o fim da exploração baseada na raça. Para Rodrigo Castelo (2013), mais do que auxiliares do processo de neoliberalização, partidos como o CNA e o PT assumiram o papel de condutores primários da supremacia burguesa.

Na mesma direção, Ari Sitas (2010), em seu livro *The Mandela Decade: Labour, Culture and Society in Post-Apartheid South Africa*, evidencia que as fronteiras do regime do apartheid não eram só raciais, mas também de classe. E que estas fronteiras entre as raças e as classes sociais vêm se reproduzindo e se complexificando desde as reformas neoliberais desenvolvidas por consecutivos governos do CNA. Para Sitas e Terreblanche, as políticas do ajuste neoliberal implantadas pelo CNA determinam a atual dívida social.

Nesse sentido, analisar a reprodução capitalista nos últimos 20 anos, tanto na África do Sul como no Brasil, demanda compreender as transformações ideológicas dos partidos no poder e, consequentemente, as coalizões formadas pelas elites políticas desses partidos e frações da burguesia. Na África do Sul, assim como ocorre no Brasil há 13 anos, a supremacia capitalista foi garantida por um partido com expressiva tradição socialista. Por falta de espaço, nesse trabalho, apenas o caso sul-africano será analisado.

É válido ressaltar que o intuito deste trabalho não é o de atribuir o aprofundamento da questão social a um suposto fracasso do projeto de Estado e sociedade formulado pelo CNA, pelo Partido Comunista Sul-Africano (SACP), pela Central Sindical Sul-Africana (COSATU) e pelos demais setores progressistas da sociedade civil sul-africana, em décadas de ativismo político emancipatório, como defendem alguns intelectuais e movimentos ultraconservadores sul-africanos. Estes afirmam que a desracialização e a sindicalização da força de

trabalho, iniciados na década de 1970, são os verdadeiros responsáveis pelo colapso econômico e social do país (JARA, 2013).

A análise aqui apresentada atribui a permanência da dívida social sul-africana à natureza da transição à democracia, oriunda de acordos entre o CNA, o Partido Nacional (o partido que implantou o regime de capitalismo racial do *apartheid*, em 1948) e frações da burguesia nacional e internacional. Mais do que desracializar o regime político, a "transição inacabada" parece ter mantido praticamente intacta a distribuição de riqueza no país e o inseriu no circuito da liberalização econômica. Os mesmos acordos e coalizões estabelecidos para desmantelar o capitalismo racial, serviram para levar a África do Sul do capitalismo racial ao financeiro. É nesse cenário de desracialização que se operou a supercapitalização das políticas sociais e a privatização de empresas e serviços estatais, conduzidas pelo CNA (JARA, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Mas antes de historicizar como e porque a África do Sul, pós-capitalismo racial, permanece reproduzindo tantas desigualdades e iniquidades sociais, é necessário expor as principais refrações da questão social e as respostas do Estado sul-africano.

2. COMEÇANDO PELO FIM: AS REFRAÇÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA ÁFRICA DO SUL 20 ANOS PÓS-*APARTHEID*

Após 20 anos do fim do *apartheid*, as possibilidades do Estado sul-africano, ao menos, controlar o aprofundamento das três principais expressões da dívida social sul-africana − pobreza, desemprego e iniquidades −, a tríade

de expressões da questão social que Sampie Terreblanche (2012) denomina de *PUI problems (Poverty, Unemployment and Inequalities)*, parecem distantes. Embora tenha ocorrido a desracialização do Estado e do sistema político, a estrutura socioeconômica do *apartheid* foi fundamentalmente preservada pelas políticas econômicas e sociais do CNA (CHINWEIZU, 2011; PEREIRA, 2012; JARA, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Em 2013, quase 75% da população de 50 milhões de sul-africanos necessitavam de serviços socioassistenciais, práticas de cuidado ou de suporte financeiro. Esse número incluía 20 milhões de crianças e jovens até 18 anos (40% da população); 3 milhões de pessoas com mais de 60 anos que não trabalhavam (6% da população); 1 milhão de homens e mulheres em idade economicamente ativa (entre 18 e 60 anos) que estavam doentes, muitos por causa da Aids, que atinge quase um terço da população adulta, ou tuberculose, ou fisicamente desabilitados (que equivalem a 2% da população) e mais de 12 milhões de pessoas em idade para trabalhar que estavam desempregados e permaneciam financeiramente dependentes de outros adultos (25% da população). Mesmo diante do quadro de intensas necessidades humanas de proteção financeira e cuidados assistenciais, os programas de transferência de renda e as pensões aos idosos pobres, com uma cobertura de 80% da população na terceira idade, e as social *grants* [2](subvenções sociais) para crianças e jovens com menos de 18 anos, dos quais 20% são órfãos, não representavam nem 2% do Produto Interno Bruto - PIB (SEEKINGS & MOORE, 2013).

2 Para uma significativa caracterização dos programas e grupos sociais que são objeto da transferência de renda, ver o trabalho de Jeremy Seekings e Elena Moore (2013).

Observando-se a realidade dos países do sul capitalista, a proporção do PIB sul-africano investido em programas de transferência de renda é relativamente alta (GOUGH et al, 2004; SEEKINGS & MOORE, 2013), mas insuficiente para mitigar a questão social no país e a intensidade da pauperização da classe trabalhadora negra sul-africana que, segundo Chinweizu (2011), foi o grupo mais explorado e destituído de direitos do Século XX. Os limites à expansão da proteção social estão restritos pelas indicações de austeridade postas pelo Programa de Reforma do Estado, o *Growth, Employment and Redistribution – GEAR (JARA, 2013).*

Mesmo com as restrições características de uma verdadeira contrarreforma do Estado, por sua natureza regressiva aos direitos sociais e humanos, a África do Sul, assim como outros Estados social-liberais, tenta "harmonizar" a redução da miséria por meio de programas de mínimos sociais e as políticas econômicas que acentuam a pauperização dos trabalhadores. Nesse sentido, cerca de 16 milhões de sul-africanos, quase um terço da população do país, recebem *old age grants* (bolsas para idosos) e/ou *child grants*, subsídios financeiros para crianças e adolescentes.

No entanto, esses programas de transferência de renda não podem ser considerados medidas redistributivas ou de uma reforma social (JARA, 2013; TERREBLANCHE, 2012), pois eles são concedidos pela condição de pobreza e pobreza extrema, não resultando em desmercantilização dos serviços sociais, do acesso assegurado pela condição de direito de cidadania[3], ou prevenção

3 Segundo Terreblanche (2012), como *social grants* não são direitos de cidadania, a cada eleição, as maiorias negras de beneficiados temem perder as bolsas, caso o CNA seja substituído por outro partido. Para o autor, isso enfraquece ainda mais a democracia do país.

dos riscos sociais, características formais de sistemas de bem-estar da social-democracia (ESPING-ANDERSEN, 1995; PEREIRA, 2011).

Também é verdade que, no período pós-*apartheid*, ocorreu a extensão da cobertura de serviços sociais básicos, como os de saneamento, acesso à agua e eletricidade, escolaridade básica e serviços de saúde, que foram focalizados nos mais pobres. Mas, diante da dívida social do colonialismo segregador do regime do *apartheid*, aprofundada pelas restrições fiscais da reforma neoliberal do Estado, ainda em curso, a infraestrutura para esses serviços entrou em colapso. Assim como a capacidade financeira e/ou técnica dos burocratas, dos governos subnacionais e das Organizações Não Governamentais[4] (ONGs) para prover serviços sociais diminuiu visivelmente (SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2012). A extensão do acesso a serviços sociais básicos, mas não universalizados, não parece ter trazido uma melhora significativa na qualidade de vida de muitas pessoas vulneráveis que vivem em extensas áreas marginais na África do Sul, evidenciando que o fim do regime de segregação racial não representou o fim do *apartheid* social e sanitário.

Segundo Hannah Arendt (2012), a concepção de exploração baseada na raça foi usada como instrumento de dominação político-econômica na África do Sul antes mesmo que o imperialismo o explorasse como ideia política. Pois somente no início do século XX é que passou a existir uma relação direta

4 Sobre os limites estruturais das ONGs e dos governos locais para promover bem-estar social, ver David Harvey (2008), Bob Deacon (2007), Myke Davis (2006). Para o último, além da escassez de recursos para promover políticas sociais, os governos locais, geralmente, não contam com meios de tributação sobre as grandes fortunas presentes em seus territórios. Além disso, no caso sul-africano, as autoridades locais são amplamente cooptadas, pressionadas e tuteladas pelas lideranças partidárias e líderes tradicionais, especialmente nas áreas rurais. Sobre isso, ver a obra *The Death of Our Society* (2011), de autoria de Prince Mashele.

entre imperialismo e ideologias racistas nos países ocidentais. Para a filósofa, os colonos brancos sabiam desde o início da colonização que a maior fonte de riquezas do país era a força de trabalho nativa.

Em agosto de 2014, logo após a reeleição de Jacob Zuma, 20 anos após a eleição de Nelson Mandela pelo mesmo partido, vários indicadores sociais apontavam para a "natureza simbólica" das políticas sociais desenvolvidas pelo CNA e para a complexidade da questão social sul-africana. A expansão da cobertura da oferta de água a 95% da população do país, sempre é apresentada nos discursos governamentais como um dos mais expressivos ganhos do fim do *apartheid*. Porém, é necessário transcender à superfície desse discurso e à aparente neutralidade das estatísticas.

A gratuidade da política *free basic water,* iniciada após a privatização das fornecedoras de recursos hídricos, é limitada aos comprovadamente pobres e a gratuidade é restrita aos primeiros seis mil litros por mês em um domicílio, embora o direito à água seja um componente da Constituição Nacional, de 1996. Após a privatização da água, realizada pelo CNA ainda na década de 1990, observou-se um rápido aumento no preço das tarifas, colocando em risco a materialização desse direito entre os mais pobres. O resultado de tarifas que aumentaram em até 200% para sustentar a expansão da cobertura via mercado foi a redução do consumo de água entre os domicílios pobres. O consumo médio entre esses domicílios caiu de 22 para 15 mil litros nos seis anos consecutivos à sua implantação (AMANDLA, 2014).

A cobertura da "quase universalidade" alardeada pelo CNA é reduzida de 95% para 65% dos domicílios sul-africanos quando são considerados os domicílios

com renda suficiente para pagar pelo que vem depois da cota de gratuidade. *A free basic water* é uma amostra das transformações político-ideológicas do CNA. Pois o *Reconstruction and Development Programme* – RDP, a proposta social-democrata de reforma do Estado, substituída pelo neoliberal GEAR, previa o acesso diário de cada sul-africano a de 50 a 60 litros de água limpa (AMANDLA, 2014; SITAS, 2010).

A mesma universalização como produto de mercado, e não como uma necessidade básica de cidadania, se observa no caso da eletricidade. O aumento de mais de 150% no preço das tarifas de eletricidade entre os anos de 2000 e 2014, forçou as pessoas pobres a voltar para fontes sujas de energia e aquecimento como madeira, carvão e parafina. O uso doméstico desses materiais tem afetado especialmente as mulheres pobres. Entre estas, observa-se o aumento de doenças respiratórias (AMANDLA, 2014).

Em 2008, 17% de todas as famílias, aproximadamente 10 milhões de pessoas, não recebiam nenhum rendimento salarial, *social grant* ou subvenções sociais (SALDRU, 2011). Essa expressiva parcela da população, composta por adultos sem trabalho formal e crianças ou idosos sem subsídios/benefícios sociais, parece representar uma expressiva lacuna no restritivo regime de bem-estar social do país. Como apontou um recente estudo realizado por Mazibuko Jara (2014), depois de um breve período de seis meses de seguro desemprego, de 35% a 40% dos sul-africanos da população economicamente ativa que não têm emprego ficam sem nenhum tipo de proteção social. Enquanto isso, os órgãos oficiais se esforçam para defender que a taxa de desemprego é de 25%.

A maioria dos homens e mulheres em condições de trabalhar, mas

desempregados, não trabalham, simplesmente, porque não existe trabalho. Desemprego massivo, crônico e involuntário é o mais importante flagelo social da África do Sul pós-*apartheid* (AMANDLA, 2014; BUTLER, 2004; SEEKINGS & NATTRASS, 2005; SEEKINGS & MOORE, 2013). Estes, entre os quais, majoritariamente mulheres, estão envolvidos em trabalho doméstico ou de cuidado. Essas mulheres, em sua maioria, negras, são simultaneamente, financeiramente dependentes e responsáveis pelo cuidado sobre as crianças, idosos e demais adultos dependentes[5] (SEEKINGS & MOORE, 2013). O desemprego entre mulheres em algumas áreas do país chega a 60%, sendo especialmente alto nas áreas rurais. Mais do que qualquer outro grupo, as mulheres foram profundamente subalternizadas pelo sistema de exploração da força de trabalho na África Austral[6] entre o período colonial e do *apartheid* (JARA, 2013).

A arquitetura socioeconômica e política do capitalismo racial do apartheid ocasionou um quadro de profundas desigualdades sociais em saúde, complexificadas por duas décadas de uma democracia polarizada entre o purismo neoliberal e o social-liberalismo[7]. Na atualidade, o país apresenta problemas de saúde relacionados à sociedade de consumo de alta renda e doenças e agravos relacionados à extrema pobreza e à escassez de acesso a

5 Sobre o desaparecimento do emprego masculino, emergência do subemprego feminino e os impactos sociais das reformas orientadas ao mercado na cidade de Durban, o terceiro centro econômico da África do Sul, ver o trabalho de Ari Sitas (2010).

6 Sobre as formas de exploração por parte do capitalismo racial do apartheid sobre a força de trabalho negra na África Austral, ver o trabalho de Colin Darch intitulado: *Trabalho Migratório na África Austral: um apontamento crítico sobre a literatura existente* (1981).

7 O social-liberalismo é uma tentativa político-ideológica das classes dominantes de dar respostas às múltiplas refrações da questão social. As suas principais medidas direcionam-se a acoplar uma agenda social ao projeto neoliberal. O social-liberalismo busca promover um sincretismo entre livre mercado e Estado, imaginariamente capaz de instaurar justiça social (CASTELO, 2013).

mínimos sociais (CHANAIWA, 2011; HEAD, 2010; MCINTYRE ET AL, 2009). Esse quadro alimenta doses de pessimismo e parece estar longe de respostas estruturais por parte do Estado, do mercado ou da sociedade civil (HART, 2013; SITAS, 2010).

Embora a Constituição sul-africana de 1996, em seu 27º artigo, reconheça a responsabilidade do Estado em trabalhar para a realização progressiva do direito à saúde, passadas duas décadas de democracia, o país ainda apresenta profundas desigualdades e iniquidades sociais em saúde (HEAD, 2010).

Esta realidade se expressa no processo saúde-doença e nas relações sociais que o atravessam (classe, raça, etnia, idade, gênero, sexo). A estrutura socioeconômica herdada do sistema colonial, do regime do *apartheid* e da recente contrarreforma do Estado se reflete em um grave quadro sanitário − o pior entre os países considerados de renda média, *middle-income countries*, pelo Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2013). Essa estrutura sanitária foi agravada em muitos aspectos pelas políticas neoliberais, resultando na crise da saúde pública que o país enfrenta (PEREIRA, 2012; SITAS, 2010).

No período 1994-2014, diante do aprofundamento das desigualdades e iniquidades sociais em saúde, resultante da permanência e agravamento dos *PUIs problems*, combinados à adoção de alternativas políticas que se afastam de um horizonte de emancipação política e humana (AMANDLA, 2014; CHANAIWA, 2011; TERREBLANCHE, 2012), o sistema de saúde sul-africano vem enfrentando, simultaneamente, quatro grandes ondas de epidemias: a

das doenças relacionadas à pobreza, como doenças infecciosas, mortalidade materno-infantil, desnutrição; a epidemia de HIV/Aids e toda a carga de doenças que ela implica, além do empobrecimento das pessoas infectadas e de suas famílias; a carga de doenças não-transmissíveis e, por fim, a violência estrutural, que ocasiona lesões, morte prematura e incapacidade (MCINTYRE et al, 2009).

Mas, o recente sistema de saúde da África do Sul democrática, o *National Health Insurance* (NHI), ainda em fase de implantação, assume como universal apenas os serviços primários de saúde, e já sofre com o subfinanciamento (AMANDLA, 2014). Vale recordar, que as políticas sociais do país são cerceadas pelas profundas restrições fiscais, oriundas do plano de reforma neoliberal (SEEKINGS & MOORE, 2013; SITAS, 2010).

O Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2013), que enaltece a África do Sul[8] como um agente ativo da "ascensão do sul", evidencia alguns dos sérios desafios ao sistema de saúde do país: 8,7% das crianças sul-africanas com menos de cinco anos apresentam duas ou mais doenças que ocasionam peso abaixo do ideal para a idade; apenas 73% das crianças com um ano receberam três doses da vacina tríplice (DTP -difteria, tétano e tosse convulsa) e a cobertura da imunização contra o sarampo de crianças com até um ano é de 65%, muito inferiores a de países mais pobres como a Nicarágua, com 99% de imunização de DTP e sarampo.

8 O relatório do PNUD (2013) aponta que diante da "ascensão do sul", países como Brasil, Índia, África do Sul, Turquia, Indonésia, China e México vêm se tornando referências aos países desenvolvidos na chamada "inclusão social". Isso não evidencia que os países emergentes criaram Estados de Bem-Estar Social, segundo uma compreensão social-democrata ou socialista, tão bem caracterizadas por Gosta Esping-Andersen (1995), mas que o pacto entre as classes, que possibilitou a ampla cidadania social do *welfare state* no centro do capitalismo, se esgotou (HARVEY, 2007, 2008; HIRSCH, 2010).

O mesmo relatório aponta que prevalência de HIV entre pessoas com idades entre 15 e 24 anos é de 13,6% entre mulheres e 4,5% entre homens e que de cada quatro mulheres grávidas, uma é HIV positivo. A taxa de mortalidade infantil do país, a probabilidade de morte entre o nascimento e um ano expressa por 1.000 nascidos vivos, é de 41, quatro vezes mais do que o considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde, que é de 10 por 1.000 no primeiro ano de vida. Até os cinco anos, a mortalidade sobe para 57 por 1.000. Entre os adultos, consideradas as pessoas entre 15 e 60 anos, expressa por 1.000 adultos, a taxa de mortalidade permanece alta, sendo de 479 entre mulheres e 521 entre homens. Entre as mortes provocadas por doenças específicas, se destacam a malária, com 0,2 mortes entre 100 mil pessoas por ano; e a permanência da cólera, que já foi erradicada em vários países mais pobres que a África do Sul, mas que, no país, ocasionou 28 mortes entre os anos de 2005 e 2010, e as doenças cardiovasculares e diabetes, que causaram 321 mortes entre 1.000. O número de médicos (generalistas ou especialistas) é de 0,8 por grupo de 1.000 pessoas, enquanto a OMS recomenda que esta relação seja de um profissional médico por 1.000 habitantes, e a porcentagem de pessoas que confiam no sistema de cuidados médicos ou de saúde do país é de 63%.

Esses dados confirmam que, embora a África do Sul seja considerada um país de renda média, com um índice de desenvolvimento classificado como médio pelo PNUD (0,629), ocupando a 121ª posição do ranking, em termos de sua economia e política, como uma nação emergente, a segunda mais rica da África, atrás da Nigéria e seguida pelo Egito, a África do Sul apresenta uma realidade sanitária pior do que a de muitos países mais pobres (GILSON ET

AL, 2003; PNUD, 2013; SITAS, 2010).

A dimensão histórica das iniquidades em saúde que se expressam no país atualmente é determinada por diferentes relações sociais: as desigualdades de sexo e gênero; a histórica violência que perpassa a história do país e a submissão das políticas sociais às determinações, primeiro, aos regimes racistas colonial e do *apartheid* e, na atualidade, às imposições socioeconômicas da reforma de orientação neoliberal e desenvolvimentista (DAVIS, 2006; MCINTYRE & GILSON, 2005; MOORE & SEEKINGS, 2013). Além disso, desde o fim do *apartheid*, problemas na gestão e o subfinanciamento do sistema de saúde atrasam respostas concretas ao legado de desigualdades sociais em saúde do país (BUTLER, 2004; MCINTYRE ET AL, 2009; PEREIRA, 2012).

As diferenças nas taxas de adoecimentos e mortes entre as raças, expressam as diferenças entre estas nas condições sociais, econômicas e de oportunidades e em outros determinantes sociais do processo saúde-doença, evidenciando que, assim como ocorre no Brasil, mesmo que em níveis diferentes, a desigualdade social se expressa em diferenças de classe, raça e sexo. Por exemplo, a prevalência sul-africana de estimativas de HIV mostra que homens e mulheres brancos e indianos têm uma prevalência muito baixa da doença (0,6% e 1,9%, respectivamente), ao passo que a maior prevalência é encontrada entre a população negra (13,3%). Em 2002, a mortalidade infantil apresentava taxas que variavam entre sete por 1.000 na população branca, e 67 por 1.000 na população negra, e a expectativa de vida para mulheres adultas brancas era 50 % maior do que a expectativa das mulheres negras (MCINTYRE et al, 2009).

As desigualdades sociais em saúde apresentam uma distribuição heterogênea, variando significativamente entre províncias e dentro delas[9] (HEAD, 2010). Por exemplo, segundo McIntyre *et al* (2009), em 2000, as taxas de mortalidade para crianças menores de cinco anos variaram de 46 por 1.000 nascidos vivos na província de Western Cape, para 116 por 1.000 nascidos vivos na província de KwaZulu-Natal. Mesmo dentro da área metropolitana da Cidade do Cabo, a taxa de mortalidade infantil da classe média é três vezes inferior à observada nos assentamentos precários, majoritariamente ocupados por negros. A taxa de mortalidade por asma em homens na província de Eastern Cape foi quatro vezes maior do que na província de Western Cape. Assim como a taxa de mortalidade por tuberculose em Eastern Cape foi três vezes maior do que na província de Gauteng, a mais rica do país.

Diane McIntyre e sua equipe (2009) ainda identificaram que as diferenças em saúde entre homens e mulheres também são profundas. A mortalidade é 1,38 vezes maior em homens do que em mulheres, apesar do fato de que as mulheres têm uma maior taxa de infecção por HIV. O uso abusivo de álcool foi responsável por 7% de todas as mortes na África do Sul em 2000, com quatro vezes mais mortes relacionadas com o álcool em homens do que em mulheres. A taxa de mortalidade, padronizada por idade, de lesões em homens foi três vezes maior do que para mulheres. Por outro lado, as mulheres também enfrentam uma carga substancial da violência dos homens. Entre os anos de 2005 e 2006, 54.926 estupros foram denunciados

9 A partir de uma análise sobre a carga de adoecimentos, *burden of disease,* e mortes relacionadas ao HIV/Aids na África do Sul, o trabalho de Judith Head (2010) evidencia a heterogênea distribuição da epidemia de HIV/Aids entre províncias, grupos étnicos e sexos no país e problematiza o peso das determinações socioeconômicas da contaminação e adoecimento, além de criticar várias normalizações de raça, comuns aos estudos sobre HIV/Aids na África do Sul.

à polícia e estima-se que, a cada seis horas, uma mulher na África do Sul é assassinada pelo companheiro.

Entretanto, entender as determinações da realidade social e sanitária da África do Sul pós-*apartheid*, demanda voltar a um passado próximo, o da hegemonia das ideologias neoliberais e da construção de coalizões políticas entre sujeitos sociais que, por séculos, foram impensáveis.

3. DO DESMONTE DO CAPITALISMO RACIAL DO *APARTHEID* AO NEOLIBERALISMO: A TRANSFORMAÇÃO IDEOLÓGICA DO CNA

No fim da década de 1980, o Complexo Mineral Energético – CME[10] , a mais poderosa fração da burguesia atuante na África do Sul, e outras corporações presentes no país, estavam cientes de que a contrarrevolução neoliberal nos Estados Unidos garantiu grandes poderes às corporações multinacionais, como a liberdade e o espaço para estender, de maneira legal ou ilegal, suas operações mundialmente. Enquanto as corporações americanas e europeias estavam livres e empoderadas, ainda na década de 1980, para operar globalmente, o setor corporativo sul-africano estava privado de oportunidades para resolver sua grave crise de lucros através de projetos globais de acumulação[11]. Para o Complexo Mineral-Energético e o restante do

10 O Complexo Mineral Energético – CME, não corresponde a uma instituição ou a uma organização formal. Ele representa frações da burguesia sul-africana e internacional comprometidas com a acumulação de capital, por meio da exploração da riqueza mineral da África do Sul e de outros países da África Austral, combinada à intensa exploração da força de trabalho negra nativa. Desde o fim do *apartheid*, as taxas de lucro do CME são crescentes (TERREBLANCHE, 2005, 2012) e, segundo Anthony Butler (2004), esta fração da burguesia concentra mais de 40% da riqueza do país.

11 Além da crise estrutural do capital de 1973, na década de 1980,o setor corporativo sul-africano tinha a sua crise de acumulação de capital agravada pela instabilidade política e pelas sanções internacionais aos produtos e

setor corporativo, esta realidade era extremamente frustrante, mas, a partir da segunda metade da década de 1980, mobilizaram seu poder político e econômico em uma coalizão de forças que determinaria a realidade da África do Sul contemporânea (HART, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

No fim da década 1980, o Complexo Mineral Energético conseguiu convencer o Partido Nacional a aceitar as políticas de privatização e os dogmas da globalização neoliberal. Em 1990, a Câmara de Negócios da África do Sul publicou o Documento *Opiniões econômicas para a África do Sul*, um manifesto de defesa aos supostos benefícios de uma economia de livre mercado. A publicação alegou que onde os sistemas corporativos estão dogmaticamente livres, eles florescem, tornando-se o "remédio para a pobreza" e para garantia do crescimento econômico (TERREBLANCHE, 2005, 2012).

Para David Harvey (2007, 2008) e Joachim Hirsch (2010) a dimensão mais digna de nota, e de fundamental importância à análise dos processos de neoliberalização, é o da complexa interação entre dinâmica interna e forças externas. Embora em certos casos se possa conceber com certo grau de racionalidade que os fatores externos foram dominantes, na maioria dos casos de reformas neoliberais as relações entre os fatores são bem mais intrincadas. É improvável que mesmo o mais draconiano programa de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional (FMI) possa ser implementado sem o apoio e a legitimação interna de algum grupo.

> Tem-se por vezes a impressão que o FMI apenas assume a responsabilidade por fazer coisas que alguma força de classe interna quer fazer de qualquer maneira. E há um número suficiente de casos bem-sucedidos de rejeição de

empresas do país por conta do *apartheid* (HARVEY, 2008; TERREBLANCHE, 2005; SITAS, 2010).

> conselhos do FMI para sugerir que o complexo Tesouro dos Estados Unidos-Wall Street-FMI não é tão poderoso quanto por vezes se afirma. Só quando a estrutura interna de poder foi reduzida a uma casca oca e os arranjos institucionais internos estão num total caos, seja em função de um colapso (como na União Soviética e na Europa central), por causa de guerras civis (como em Moçambique, no Senegal ou na Nicarágua) ou em razão de fraquezas degenerativas (como nas Filipinas), vemos forças externas orquestrando livremente reestruturações neoliberais. E, nesses casos, a taxa de sucesso tende a ser pequena, justo porque o neoliberalismo só pode funcionar com um Estado forte, um mercado forte e instituições legais (HARVEY, 2008, p. 127).

No caso das reformas neoliberais implantadas na África do Sul, o protagonismo do CME na transição ao neoliberalismo não suplanta a participação de outros agentes internos e externos, assim como a cooptação de frações da classe trabalhadora e conflitos com outras frações da burguesia. Os governos neoliberais de tradicionais parceiros do regime do *apartheid* interferiram significativamente contra o seu fim.

> Em 1987, quando o então primeiro-ministro Cavaco Silva alinhou Portugal à Grã-Bretanha e aos Estados Unidos, num voto contra o fim do ***apartheid*** e a libertação de Nelson Mandela, a então primeira-ministra britânica Margaret Thatcher dizia: "O CNA - Congresso Nacional Africano, partido de Mandela - é uma típica organização terrorista... Qualquer um que pense que ele vá governar a África do Sul está a viver na terra do faz de conta". [...] Nos Estados Unidos, a opinião sobre Mandela não era diferente: o presidente Ronald Reagan inscreveu o CNA na lista de organizações terroristas. Em 1981, Reagan disse que o regime sul-africano – o regime do ***apartheid*** – era "essencial para o mundo livre". Reagan explicou à rede de TV CBS que o seu apoio ao governo sul-africano se devia a que "é um país que nos apoiou em todas as guerras em que entrámos, um país que, estrategicamente, é essencial ao mundo livre na sua produção de minerais". [...] Só em 2008, Mandela e o CNA deixaram a lista americana de organizações e terroristas em observação. Até então, Mandela precisava de uma permissão especial para viajar para os EUA. Outro país que se manteve ligado ao regime segregacionista sul-africano foi Israel. Durante muitos anos, o governo israelita manteve laços econômicos e relações estratégicas com o regime do ***apartheid***. Nesta sexta-feira, o governo israelita

> lamentou a morte de Mandela afirmando que o "mundo perdeu um grande líder que mudou o curso da história" e que ele foi um "apaixonado defensor da democracia" (ESQUERDA.NET, 2013)[12].

Quando a coalização que fomenta as reformas neoliberais não consegue obter firmes consensos entre as classes e intraclasses, geralmente mediados pelo Estado, existe a tendência da transição conduzir ou aprofundar a crise social, econômica ou política (HIRSCH, 2010). Talvez a incapacidade do Estado pós-*apartheid* de conduzir essa transição faça o neoliberalismo sul-africano ser considerado "disfuncional", como é apresentado no trabalho de Anthony Butler, *Contemporary South Africa* (2004), quando o autor aborda as modestas taxas de crescimento econômico do país e a incapacidade dos governos nacionais e locais de contornar o quadro de iniquidades sociais na primeira década de democracia.

Entre 1987 e 1988, o Complexo Mineral-Energético decidiu que tinha que desempenhar um papel político mais ativo e aberto para trazer a transformação necessária à África do Sul. O CME decidiu autorizar Dr. Zach de Beer, diretor-executivo da *Anglo-American Corporation*, conglomerado britânico do ramo da mineração, com sede em Londres, que tem operações na África do Sul desde 1917, a desempenhar um papel político em nome do CME. Em 1987, o executivo expressou sua preocupação com a orientação socialista da CNA e advertiu que o partido da libertação nacional "pode querer jogar fora o bebê da livre iniciativa com a água do banho de *apartheid*". Zach de Beer também declarou que era parte da tarefa política do setor empresarial "trazer os benefícios do sistema de livre mercado cada vez mais ao alcance

12 Fonte: Esquerda. NET. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/CIA-foi-decisiva-para-a-prisao-de-Mandela-em-1962/6/29744. Acessado em 11 abr., 2016.

de nossos cidadãos negros" (*The Citizen*, 17 de setembro de 1987 *apud* TERREBLANCHE, 2012, pp.60). Em agosto de 1988, o Movimento Consultivo de Negócios (MCE) foi lançado, com Zach de Beer como um dos iniciadores. O objetivo expresso da MCE era desafiar empresários sul-africanos para "definir a verdadeira natureza do seu próprio poder, para fazer avançar a sociedade para nenhuma democracia além da racial" (O' Meara, 1996, p.17 *apud* Terreblanche, 2012, pp. 60).

Em 1993, o Partido Nacional publicou a sua Normativa de Modelo Econômico (NME). O documento também estava fortemente influenciado pelo Complexo Mineral-Energético, colocando-o como seu quadro econômico oficial para uma África do Sul democrática. Este fato demonstra como a NME era fortemente influenciada pelas ideologias neoliberais adotadas pelo Complexo Mineral-Energético e pelo projeto norte-americano de globalização neoliberal (TERREBLANCHE, 2005, 2012).

O giro ideológico que ocorreu nas perspectivas político-econômicas no projeto do Estado e sociedade do CNA, entre 1990 e 1996, só pode ser descrito como contrarrevolucionário (HART, 2013; JARA, 2013; TERREBLANCHE, 2012). Segundo Terreblanche (2005, 2012), a radical transformação ideológica do CNA, de uma direção explicitamente socialista e redistributiva para as ideologias norte-americanas de globalização neoliberal e fundamentalismo de mercado, eram tão radicais que todos os tipos de acontecimentos devem ter ocorrido nos bastidores desses seis anos de encontros. Durante esse período, Nelson Mandela e Harry Oppenheimer, o capitalista mais rico da África do Sul, se encontraram regularmente, e o CME reuniu-se sistematicamente com um núcleo de lideranças do CNA em Little Brenthurst, na província de

Gauteng. Quando outros líderes empresariais juntaram-se às negociações secretas da transição sobre o futuro da política econômica da África do Sul, a reunião foi transferida para o Banco de Desenvolvimento da África Austral, onde os encontros ocorriam durante a noite. Durante essas reuniões, uma coalizão da elite capitalista emergiu gradualmente entre a Tríplice Aliança Branca (sob a liderança do CME), um núcleo de liderança do CNA e os grupos de pressão norte-americanos e britânicos.

Essas negociações secretas atingiram seu clímax em novembro de 1993. Nessa fase, a África do Sul estava sendo governada pelo Conselho Executivo de Transição (CET), composto por oito membros do Partido Nacional e oito membros do núcleo de liderança do CNA. O CET decidiu que a África do Sul precisava de um empréstimo de 850 milhões de dólares do FMI, para auxiliar nas dificuldades da balança de pagamentos do país. Antes de o FMI conceder o empréstimo à África do Sul, o organismo financeiro solicitou que o CET assinasse um documento sobre a política econômica do futuro governo. Se o documento, chamado *Declaração sobre as políticas econômicas*, for lido e analisado com cuidado, torna-se claro que era a forma embrionária do GEAR, o Programa de Reforma Neoliberal do Estado, lançado em 1996, no governo de Nelson Mandela, que o presidente do agora "país arco-íris" considerava inegociável. O documento comprometia o CET, transformando em diretrizes para a economia do Estado as ideologias e práticas políticas do neoliberalismo. Ele ocasionou um consenso entre sujeitos sociais que muitos considerariam improvável: o CME, as multinacionais anglo-americanas e o alto escalão do CNA, movimento que por quase um século atuou pela emancipação política da África do Sul.

Não há dúvida de que as negociações secretas entre o CME e o núcleo de liderança do CNA foram os principais responsáveis pelo transformismo ideológico do CNA. No entanto, não havia influência do CME sozinho; houve também pressão dos governos de potências capitalistas ocidentais (E.U.A. e Reino Unido, durante os governos Reagan e Thatcher), e de instituições internacionais, como as instituições de Bretton Woods: Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional - FMI e corporações globais (CHINWEIZU, 2011; HARVEY, 2008).

Um grande grupo de lideranças do CNA recebeu treinamento ideológico em universidades norte-americanas e bancos internacionais sobre os supostos méritos do globalismo neoliberal e fundamentalismo de mercado. Na verdade, nesse momento, todos os outros participantes nas negociações secretas - os setores empresariais locais e estrangeiros, o Partido Nacional, os grupos de pressão norte-americanos e britânicos – já estavam ideologicamente comprometidos com a globalização neoliberal, só faltava promover sua legitimação entre a elite política do CNA (TERREBLANCHE, 2012). A mais forte pressão externa sobre o CNA veio de grupos econômicos norte-americanos. Nos anos após o fim da União Soviética, em 1991, um clima de "triunfalismo" reinou supremo em círculos políticos e econômicos norte-americanos, o que lhes dava legitimidade para exercer pressão sobre governos dos países em que desenvolviam projetos de acumulação de capital (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2007, 2011).

A atitude foi esmagadoramente de que o "modelo econômico norte-americano" triunfou e que todos os países do mundo só poderiam sobreviver e prosperar se integrando ao capitalismo mundializado, se adaptando, tão

rapidamente e completamente quanto possível, ao discurso norte-americano de anti-estatismo, de desregulamentação social e econômica, austeridade fiscal, privatização dos serviços de bem-estar social, do fundamentalismo de mercado e do livre comércio (CAMARA & SALAMA, 2006; HARVEY, 2008, 2011; TERREBLANCHE, 2012). Promessas foram feitas ao CNA de que, logo que o novo governo implantasse o "modelo neoliberal norte-americano", as condições propícias seriam criadas na África do Sul para atrair um grande fluxo de investimento estrangeiro direto, maiores taxas de crescimento econômico, mais emprego e efeito *trickle-down* (de gotejamento das grandes riquezas para os mais pobres) para aliviar a pobreza. O papel dos grupos de pressão norte-americanos e britânicos não se restringia às promessas exageradas e suporte à formação de quadros de tecnocratas do futuro governo CNA, mas também incluiu ameaças sutis de que os Estados Unidos teriam a capacidade de desestruturar a economia sul-africana, caso o CNA não cooperasse com as reformas neoliberais (TERREBLANCHE, 2012).

Tanto o Partido Nacional como o CNA sabiam quão sérias eram as implicações econômicas e sociais de uma política de desestabilização conduzida por uma potência mais poderosa. Pois, no intuito de promover seus projetos de acumulação de capital e de exploração da força de trabalho migrante[13], mesmo diante das ondas de emancipações e de tentativas de experiências socialistas na África Austral, iniciadas nas décadas de 1960, o regime do *apartheid* operou de maneira diversa a "política de desestabilização econômica" ou "estratégia

13 Nos projetos de acumulação capitalista, desenvolvidos pelo regime do *apartheid* na África Austral, tendo como base o território e/ou a força de trabalho de Botswana, Lesotho, Malawi, Moçambique, Namíbia, Suazilândia, Zimbabwe e a própria África do Sul, um fato crucial foi a disponibilidade de uma força de trabalho a um preço inferior ao custo de sua reprodução. Contraditoriamente, essa realidade de extrema exploração, tão bem caracterizada nos trabalhos de Colin Darch (1981, 1991), serviu para desenvolver certo sentimento de coletividade entre os trabalhadores contra o regime autocrático de Pretória.

total" dos países da África Austral, o que resultou no empobrecimento e expansão de conflitos armados nos países da região (DARCH, 1991). Nesse sentido, o partido de libertação e o partido racista no poder sabiam que as potências capitalistas e os organismos multilaterais poderiam levar a economia do país a um colapso, despertar os fundamentalismos tribais e aprofundar o sentimento segregador de supremacia branca da "ideologia do desenvolvimento em separado" (PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2005).

Como resposta a essa realidade, os governos do Congresso Nacional Africano (CNA), partido de Nelson Mandela, no poder desde 1994, adotaram as diretrizes da reforma neoliberal e vêm descentralizando as residuais políticas sociais aos níveis subnacionais de governo e centralizando suas alternativas de intervenção social nos programas de transferência de renda aos mais pobres: exaltando as capacidades, eficácia e efetividade do "poder local" (municípios, províncias e *unicities*, as grandes regiões metropolitanas do país, e os distritos sanitários) e da focalização das *social grants*.

Ao mesmo tempo, o CNA mantém as restrições fiscais da política neoliberal do programa de reforma regressiva do Estado, o GEAR, colocando fim na direção social-democrata manifesta no Programa de Reforma anterior, o *Reconstruction and Development Programme* - RDP, de 1994, que contou na sua elaboração com a participação de vários sujeitos sociais progressistas da sociedade sul-africana, como a central sindical COSATU, o Partido Comunista e os núcleos mais radicais da esquerda do CNA, e de setores capitalistas excluídos da construção do GEAR, como a indústria têxtil (PEREIRA, 2012, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012; BUTLER, 2004).

O RDP era apresentado como a dimensão social da democracia. As principais políticas do programa concentravam-se nas necessidades sociais da maioria negra: trabalho, habitação, saneamento básico, acesso à agua etc. O RDP também se direcionava ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da força de trabalho, à reconstrução da economia (de forma a propiciar o crescimento, o desenvolvimento, a redistribuição e a reconciliação), democratizando o Estado e a sociedade sul-africana, além de implementar programas de reformas redistributivas (BUTLER, 2004; SITAS, 2010). O RDP era o discurso socialista de "distribuir para crescer". Viu-se que opção política não foi essa.

A realidade social gerada pela transição à democracia racial, tutelada por sujeitos do mercado e pela elite política do CNA, produziu uma situação social para a maioria dos negros marcada pelo desemprego, precariedade da política habitacional, falta de acesso à terra, à educação, a serviços de saúde. Talvez, o resultado mais significativo da opção político-ideológica sul-africana da democracia pós-*apartheid* de "crescer para distribuir" ao invés de "distribuir para crescer", seja a preservação da maior parte da estrutura social e econômica do *apartheid* (CHINWEIZU, 2011; HARVEY, 2008; JARA, 2013).

Segundo Terreblanche (2012), a utilização, pelo governo do CNA, da ortodoxia neoclássica da *trickle-down theory*[14], que defende que as grandes fortunas e a propriedade privada sejam preservadas de um suposto *rent seeking*[15] (busca

14 Uma rica análise sobre a teoria do gotejamento e sua relação com a produção da justiça social, segundo a perspectiva neoliberal, se encontra no livro *Ensaios sobre o liberalismo* (1993), de autoria de Ralf Dahrendorf. Para uma crítica a estas práticas políticas neoliberais, ver David Harvey (2008).

15 Por mais polimorfo que seja o discurso neoliberal em sua crítica à regulação social e econômica do Estado, genericamente, este discurso identifica a crise do capital como uma "crise do Estado providência" e das estratégias planificadoras e socialistas. Para estas, a burocracia e os dirigentes das políticas públicas têm como intento não a socialização da política, mas a conquista de poder social e econômico aos seus grupos e órgãos do Estado. Eles estariam numa busca para aumentar o seu poder, em um movimento de *rent seeking* (busca de renda) que pesaria

de renda) estatal, realizada através de medidas redistributivas e socialistas, implicou em uma vertente mais conservadora de reformas neoliberais, em que a preservação da propriedade e das grandes fortunas tomou uma expressiva centralidade, pois, para essa vertente da teoria neoliberal, apenas a preservação das fortunas dos ricos permitiria que o dinheiro se transformasse em capital e o resultado desse "círculo virtuoso" de consumo e investimento seria o gotejamento da riqueza de maneira crescente às classes mais baixas. A adoção dessa estratégia de neoliberalismo de Estado, por meio de sucessivos governos do CNA (cinco mandatos desde 1994)[16], e as privatizações das grandes empresas estatais, iniciadas ainda na década de 1980, garantiram que a desracialização do Estado não ocasionasse a desracialização da riqueza.

O "gotejamento da riqueza" parece ter sido represado pela estrutura de classe da África do Sul contemporânea. O coeficiente de Gini, mundialmente utilizado para medir as desigualdades, por exemplo, era de 0,59 em 1993, último ano do *apartheid*, e, em 2012, chegou a 0,63. Em 2010, dos 10% da população que possuíam 60% da riqueza nacional, 19% eram negros, contra 3% em 1990. Outro estudo revelou que 65% do topo da pirâmide da riqueza sul-africana é ocupada por brancos (PEREIRA, 2013). Seria esse o resultado esperado para o *Black Economic Empowerment*[17] (BEE) e o GEAR, reconhecidos

sobre o equilíbrio fiscal do Estado (HIRSCH, 2010).

16 Os governos do CNA iniciados desde 1994 foram: Nelson Mandela; Thabo Mbeki (dois mandatos); Kgalema Montlanthe (que assumiu após a renúncia de Mbeki) e Jacob Zuma, atualmente em seu segundo mandato, iniciado em 2014.

17 O *Black Economic Empowerment* objetiva a integração dos negros na sociedade de livre mercado por meio de medidas afirmativas no campo empresarial e é considerado o maior programa de ação afirmativa do mundo (PEREIRA, 2013). O núcleo de liderança do CNA foi cooptado e subornado por meio do *Black Economic Empowerment*. O BEE foi utilizado pelo CNA para alocar as ações afirmativas e aquisições afirmativas (contratos e subsídios do governo voltados às empresas da elite negra), o que favoreceu uma minoria negra sob o círculo de influência da

por sua orientação neoliberal? Estas medidas possibilitaram a ascensão de uma nova elite negra, pela africanização da burocracia estatal[18] e dos benefícios do BEE (PEREIRA, 2012).

A abertura do antes protegido mercado sul-africano à economia de livre mercado teve dois efeitos expressivos: a entrada massiva de produtos estrangeiros, principalmente chineses, muito mais competitivos do que os nacionais, o que causou uma desindustrialização massiva e fez parcelas crescentes da classe trabalhadora conhecerem o desemprego de longa duração, e níveis extremos de pauperização e exploração, já que o desemprego serviu como instrumento de controle sobre os salários e de disciplinamento da força de trabalho (SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2005; HARVEY, 2008).

O outro efeito da liberalização da economia foi a integração das grandes empresas mineradoras do CME na economia global e em novos nichos de acumulação na América Latina e em outras regiões da África. Segundo Terreblanche (2012), livres das sanções internacionais do período do *apartheid*, os "patinhos feios" do capital minerador energético da África do Sul tornaram-se "cisnes", prontos para navegar no mercado global, recuperando suas taxas de lucros e crescimento.

elite política do CNA. A coalizão da transição política deu o controle total do governo sobre o orçamento, com a condição de que o CNA mantivesse a austeridade fiscal, reduzisse o déficit e congelasse a tributação e gastos, como proporções fixas do PIB (TERREBLANCHE, 2012). Essa estrutura de favorecimento econômico possibilitou o surgimento de uma elite negra profundamente contrária às medidas radicais de socialização da riqueza nacional (PEREIRA, 2012).

18 Segundo o internacionalista sul-africano Sean Jacobs (2012), desde as medidas afirmativas pós-*apartheid*, os sul-africanos negros pertencentes ao círculo de influência do CNA, tomaram os empregos estatais como o meio mais rápido de acumular riqueza e bem-estar. Para o autor, o surgimento dessa nova elite negra de burocratas ocorreu no mesmo período (1994-2012) em que o número de sul-africanos vivendo com menos de um dólar americano dobrou.

Corroborando com a tese de David Harvey (2007, 2008) de que o neoliberalismo é um projeto de restauração do poder de classe, torna-se incoerente considerá-lo disfuncional às frações da burguesia sul-africanas envolvidas na transição à democracia. Para Terreblanche (2012) e Ari Sitas (2010), essa fração da burguesia acessou novos mercados, novas massas de força de trabalho sobrante na África e em outros continentes, e não foi obrigada a reparar os anos de exploração da força de trabalho sul-africana e da África Austral e apropriação das terras nativas. A Comissão da Verdade e da Reconciliação, estabelecida no início da democratização, não puniu os agentes do Estado, os membros do Partido Nacional, as empresas estrangeiras e nacionais, que exploraram por décadas a força de trabalho negra. Além disso, não ocorreram expressivas medidas educativas para transformar a cultura de dominação/exploração sobre as demais raças, instituída na África do Sul, entre a minoria branca (PEREIRA, 2012).

O lançamento, em 1996, do GEAR parece ter sido a resposta de setores do capital para restaurar o poder de classe no país. Como medida de reforma neoliberal do Governo da África do Sul democrática, ele apresentava a proposta de crescimento econômico de 6% ao ano, criação de mais de 1,3 milhão novos empregos fora da agricultura, crescimento médio de 11% em média na exportação de manufaturados e de 12% na taxa de investimento real. A implantação do GEAR foi permeada por conflitos e, em 1997, uma Conferência Nacional do CNA estabeleceu as diretrizes políticas da reforma. Para oferecer as garantias que o capital demandava para não se retirar do país ou desestabilizar estruturalmente a economia, o CNA teve que fazer grandes concessões, neste que parece ser um momento de consolidação do

transformismo de lideranças do partido. O GEAR foi criticado pela *Left Alliance,* a Aliança de Esquerda, formada pelo Partido Comunista Sul-Africano e pela central sindical, o COSATU; por intelectuais de esquerda, e pelas lideranças dos movimentos sociais progressistas.

> O GEAR gravitava, na verdade, sobre o sistema de mercado, o que desagradou aos setores de esquerda concentrados na aliança. Mandela, e depois Mbeki, impeliram seus aliados a apoiá-los, lembrando-os que eram parceiros pequenos. As relações ficaram tão estremecidas que Mbeki chegou a acusar o Partido Comunista de "falsos revolucionários", que lhe faziam lembrar os "brancos da direita". Mandela também manteve a posição de que o GEAR era fundamental para a política do CNA e que não mudaria de opinião por causa da aliança (PEREIRA, 2012, p.141).

A estrutura socioeconômica tecida pelo *apartheid* foi amplamente preservada pela adoção do afro-neoliberalismo por parte do CNA (JARA, 2013). Os interesses de frações da burguesia nacional e internacional e das elites políticas são fatores determinantes na manutenção e expansão da pobreza, das iniquidades e do desemprego. Até as mudanças desracializantes e de expansão das proteções ao trabalho dos negros sofreram com as resistências dos setores do mercado (TERREBLANCHE, 2005). Mesmo com essas resistências do mercado, em 1998, foi instituído um ato de igualdade e empregabilidade, cujo objetivo era garantir condições iguais de contratação para os grupos segregados pelo apartheid. Esse ato proibia discriminações injustas, definia os critérios de recrutamento e processos seletivos, além de instituir regras sobre salários, treinamento, metas, desempenho e questões disciplinares (PEREIRA, 2012).

Nelson Mandela permaneceu na presidência até as eleições de 1999, quando foi sucedido por Thabo Mbeki. O Governo de Mandela deu iniciou ao regime

democrático do país, universalizando o direito de deslocamento no território do país aos negros, muitos dos quais viviam confinados nas reservas criadas pelo *apartheid*, os bantustões[19]. Mas a conquista do direito de deslocamento não foi seguida pela materialização do direito humano à moradia, isso ocasionou o aumento e a superlotação dos assentamentos precários na periferia das grandes cidades, na busca por emprego e acesso a serviços públicos, sobretudo sociais, homens e mulheres abandonaram a vida nos banstustões. Nesse contexto de deslocamento em massa das reservas para as cidades é que ficou evidente o *gap* (hiato) entre brancos e negros, áreas urbanas e rurais, centro e periferia das cidades evidenciando a natureza de classe do *apartheid*. No entanto, mesmo com essas disparidades sendo visibilizadas e/ou aprofundadas, na eleição de 1999, o CNA obteve quase dois terços dos votos com a eleição de Mbeki (DAVIS, 2006; PEREIRA, 2012).

O sistema eleitoral sul-africano define-se por listas de representação proporcional com sufrágio universal. O presidente passou a ser eleito pela Assembleia Nacional, podendo servir até dois mandatos de cinco anos. Um dado fundamental é que a Constituição do país somente pode ser modificada por mais de dois terços dos deputados. A possibilidade de reeleição foi utilizada por Mbeki, tendo vencido a eleição de 2004. Os

19 Os bantustões, unidades político-territoriais criadas pelo regime do apartheid, em 1951, correspondiam às áreas mais pobres da África do Sul e a 14% do território nacional. Eram as áreas para onde os agricultores negros tinham sido transferidos após o Native *Land Act* (Lei de Terras Nativas), de 1913, e sua efetivação no *Native Trust and Land Act*, de 1936. Essas áreas se tornaram reservas de mão de obra, de onde eram retirados os trabalhadores migrantes, majoritariamente, homens. O campesinato dos bantustões foi empobrecido por excesso de culturas no solo, de pastagem de gado em áreas inadequadas e restritas de terra, e pela escassez crônica de mão de obra masculina. O investimento em escolas e hospitais era muito deficiente. Mais do que o confinamento e controle, os banstustões foram uma estratégia de fragmentação da organização política da população negra e de cooptação de lideranças nativas por meio de funções no governo e administração das reservas. Outra significativa implicação da retribalização artificial e forçada dos banstustões é que os negros perderam a cidadania sul-africana, tornaram-se estrangeiros em seu próprio país e precisavam portar um passaporte interno para se deslocar fora das reservas (HEAD, 2010; HERNANDEZ, 2009; PEREIRA, 2012)

governos Mbeki foram marcados por inovações econômicas, mas também foram marcados por atitudes polêmicas, nacional e mundialmente criticadas. A lealdade do segundo presidente da África do Sul democrática parecia estar com a fração rentista do capital e com o setor minerador, não com as maiorias que o elegeram. Com a continuidade do governo Mbeki, a ideia de que o CNA possuía hegemonia ideológica sobre a definição da agenda de desenvolvimento do país se cristalizou. Ao mesmo tempo em que a Aliança de Esquerda expressava sua desaprovação à orientação neoliberal do GEAR (PEREIRA, 2012; JARA 2013).

Durante o governo Thabo Mbeki, foi lançado o maior plano de reestruturação econômica orientado para permitir uma maior participação da população negra na economia, ao mesmo tempo em que o governo aprofundou seu relacionamento com o FMI e o Banco Mundial, o que aumentou o descontentamento entre a aliança de esquerda e os movimentos sociais progressistas. Mas a atitude que evidenciou que, além de neoliberal, o governo Mbeki era neoconservador, e que ocasionou críticas internacionais, foram os pronunciamentos do presidente de questionar a transmissão do HIV via relações sexuais. A partir desse posicionamento, ele deixou a população sem acesso a medicamentos antirretrovirais até 2004, quando retrocedeu em decorrência da pressão nacional e internacional (SANTOS, 2009). Vale pontuar que, nesse período, existiam cerca de 5,5 milhões de sul-africanos vivendo com HIV (PEREIRA, 2012). O programa educativo sobre HIV/Aids do governo Mbeki recomendava a abstinência sexual, estimulava a fidelidade entre os parceiros, além de enfatizar a importância do uso de do preservativo. O conservadorismo e o controle sobre os corpos foi ao extremo de o governo

negar o acesso aos antirretrovirais até mesmo aos recém nascidos, em que a medicação poderia reverter a doença ou garantir o controle sobre o vírus.

Apesar dos avanços observados em áreas sociais como habitação, saúde, educação, durante o governo Mbeki, a grande maioria da população negra ainda sofria com o desemprego de longa duração e criticava as políticas neoliberais, a precariedade dos serviços públicos e a privatização dos serviços de bem-estar social. Esta realidade evidenciava que a coalizão entre a elite do CNA e frações da burguesia teve continuidade pós-Mandela e o poder político que as grandes empresas e multinacionais, majoritariamente dominadas por brancos, conquistaram, mesmo depois da desracialização do Estado, estava assentado no poder econômico (de classe) da minoria branca e no poder político do CNA. Por mais negra que tenha se tornado a burocracia e os dirigentes do Estado, por meio das ações afirmativas, a África do Sul parece materializar a clássica análise de Marx e Engels presente no *Manifesto do Partido Comunista* sobre o Estado ser um comitê executivo da burguesia.

Assim, os dois primeiros governos do CNA foram permeados por conflitos do partido com a sua Aliança de Esquerda e com os sujeitos coletivos progressistas da sociedade sul-africana, que não concordavam com as políticas neoliberais introduzidas por Mandela e aprofundadas por Mbeki. A partir desse momento, começaram a surgir conflitos também entre Thabo Mbeki e o vice-presidente, Jacob Zuma, que possuía o apoio dos aliados da esquerda do CNA. Nesse período, Jacob Zuma foi acusado de corrupção, por envolvimento num acordo sobre armamentos. Ele foi afastado da vice-presidência por Mbeki em 2005 e enfrentou um processo judicial. Se o presidente conseguiu afastar o seu principal rival interno, o outro efeito do afastamento e criminalização de Jacob

Zuma foi um incremento da oposição a Thabo Mbeki.

Não tardaram a surgir declarações de que o processo teria sido motivado por aliados de Mbeki e pela mídia conservadora, o que o levou a ser arquivado. Na verdade, os aliados da "aliança de esquerda" encontraram em Jacob Zuma uma alternativa para a recuperação de uma agenda de desenvolvimento mais voltada às necessidades sociais do povo sul-africano. Ele também recebeu apoio da Liga Jovem do CNA, da Liga das Mulheres do CNA e da Liga Jovem Comunista. O apoio dos setores populares a Jacob Zuma foi tão grande que, em 2006, ele recuperou os planos de se tornar o novo presidente da África do Sul (PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2012).

A tensão entre Thabo Mbeki e Jacob Zuma atingiu seu clímax em 2007, quando o presidente foi derrotado por Zuma nas eleições para a liderança do CNA. Em setembro do ano seguinte, Thabo Mbeki renunciou ao cargo de presidente do país por pressões do próprio CNA, o que levou onze ministros a seguirem-no. Isso ocasionou diversas tensões também no mercado financeiro pela saída do ministro das finanças Trevor Manuel, que participou da fundação de um partido de oposição ao CNA. Nesse contexto, a avaliação que se fazia do governo Mbeki é de que ele centralizou excessivamente o poder político, ignorando as alianças partidárias do CNA, sobretudo com os grupos e partidos de esquerda. Embora também seja reconhecido como o responsável pelo crescimento econômico da África do Sul, em torno de 4,5% ao ano, Mbeki é identificado como um presidente voltado à preservação do poder de classe dos brancos e da nova elite negra, preservando quase que totalmente a estrutura socioeconômica do *apartheid* e aprofundando as políticas neoliberais (JARA, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

> A transição com Mbeki beneficiou, desproporcionalmente, as classes mais altas em detrimento das camadas mais pobres, o que muitas lideranças do CNA rejeitaram. Foram muitas as desigualdades que marcaram os primeiros anos da transição [à democracia], que acabaram por forjar uma elite pouco politizada. Objetivamente, o governo Mbeki herdou um Estado falido e foi confrontado com um conjunto de expectativas ambiciosas dos grupos de poder que dominavam a África do Sul. Além disso, o presidente teve de enfrentar uma greve de investimentos da comunidade de negócios, que o levou a fazer uma série de concessões econômicas. Tão logo foram decididas as concessões econômicas, outro dilema emergiu: como ter esse programa aprovado pelos próprios companheiros de partido. Para alguns observadores, Mbeki passou por cima de estruturas democráticas que ele mesmo havia inaugurado. Logo, o COSATU e o SACP, além de outros grupos que discordavam de Mbeki nas tomadas de decisão do partido, foram marginalizados. Outro aspecto importante para caracterizar a crise do governo Mbeki reside, justamente, em sua base de apoio. Diferentemente da base de apoio do CNA, os apoiadores de Mbeki constituíam-se na ***intelligentsia*** e nas classes média e alta urbanas, tanto negras quanto brancas. Nesse conjunto, definiam-se principalmente os negros, como uma significativa proporção de ativistas e lideranças de base do CNA, que acabaram por abandonar o presidente. Esse grupo desamparou Mbeki não somente no âmbito do CNA, mas também, mais amplamente, na sociedade (PEREIRA, 2012, p.147-148).

Durante o governo de Thabo Mbeki foi divulgado que 91% da população passaram a ter acesso à água potável. A oferta chegava a quase todos enquanto um bem mercantil. O consumo de serviços básicos dependia apenas das condições dos cidadãos pagarem por eles, sendo uma alternativa impraticável a grandes parcelas da população sul-africana, sobretudo nas áreas rurais (SITAS, 2010) A mercantilização, tanto das políticas sociais como de serviços que respondem a necessidades humanas básicas, como água, eletricidade e habitação, se tornou a nova barreira à cidadania dos grupos sociais subalternizados por décadas de capitalismo racial (JARA, 2013).

A grave crise da oferta e da qualidade dos serviços de saúde foi um fato

político marcante. Mais marcante ainda foi a repressão que o presidente impôs a todos os que o questionaram sobre a condição dos serviços de saúde do país (SANTOS, 2009). Quando confrontado em relação à criminalidade e à epidemia de violência que afetava a África do Sul, Mbeki argumentava que essas questões já estavam superadas, diminuindo a seriedade do aumento da criminalidade e da violência epidêmica. Ao invés de serem reconhecidas como questões públicas e desafios ao Estado, as críticas ao aumento da violência e à precariedade dos serviços de saúde foram associadas por Mbeki e seus tecnocratas a uma agenda de dogmatismo racial (PEREIRA, 2012; SITAS, 2010).

O presidente defendeu um ministro da saúde incompetente, depois de demitir um ministro popular e legitimado socialmente por defender os interesses das pessoas que viviam com HIV/Aids e das classes mais pauperizadas. O autoritarismo de Mbeki e sua indiferença à condição de pobreza e falta de acesso e/ou qualidade dos serviços públicos da maioria da população ficou mais evidente quando demitiu Jacob Zuma, vice-presidente e vice-líder do CNA.

Outro dissenso político que caracteriza a preferência de Thabo Mbeki pelas elites e pelas áreas urbanas ocorreu ainda em 1999, antes da demissão de Zuma. Enquanto o presidente Mbeki debatia as políticas de seu novo mandato, Jacob Zuma insistia na necessidade de realização de uma reforma agrária e de que as áreas rurais necessitavam de mais políticas e ações voltadas à redução da pobreza e infraestrutura social (PEREIRA, 2012). O presidente foi indiferente, pois as políticas de desenvolvimento econômico e social continuaram centradas nas áreas urbanas e o hiato entre a África do Sul urbana e rural aumentou (TERREBLANCHE, 2012).

As reações do presidente à crise dos serviços de saúde e à epidemia de violência cristalizaram a imagem de Thabo Mbeki como um político impopular. No governo dele, foi crescente a imagem de que as instituições e organismo estatais estavam sendo manipuladas para ganhos políticos pessoais.

As práticas políticas de Thabo Mbeki, inesperadamente, deram visibilidade e legitimidade às propostas alternativas do SACP, COSATU e dos membros mais radicais do CNA. O presidente passou a ser gradativamente repudiado pelas classes e grupos subalternizados, afetados pelas políticas neoliberais. Na verdade, o compromisso velado com as classes elites (os brancos e a elite negra) transformou-se na legitimação de Jacob Zuma que, como alternativa popular aos 15 anos de democracia neoliberal, lograria o cargo de presidente com expressiva votação, nas eleições realizadas em 2009.

Mas, com a renúncia à presidência de Thabo Mbeki, o cargo foi provisoriamente assumido por Kgalema Motlanthe, um político que contava com legitimidade tanto pela oposição quanto pelo CNA. Motlanthe permaneceu presidente até as eleições seguintes, que ocorreram em abril de 2009. Diante do processo político que o conduziu ao cargo, ele teve que lidar com os temores nacionais e internacionais das classes dominantes sobre uma possível ruptura com as diretrizes econômicas do GEAR. O CNA respondeu a essas questões sinalizando que seriam mantidas as mesmas políticas econômicas neoliberais. Para que tais garantias fossem viabilizadas, o ministro dissidente, Trevor Manuel, voltou ao Ministério. Motlanthe, em seu curto governo, conseguiu garantir a estabilidade econômica e o equilíbrio institucional do Estado (PEREIRA, 2012, 2013).

Como se viu, nas eleições de 2009, o CNA saiu vitorioso na disputa pela presidência. Como era de se esperar, Jacob Zuma foi eleito. As expectativas em torno do seu governo incluíam uma maior participação da esquerda, particularmente da Aliança de Esquerda, pelos esforços de conciliação realizados pelo presidente. No entanto, as expectativas foram maiores do que as mudanças concretas. Zuma se comprometeu com a recomposição dos ministérios e o Programa do CNA para as eleições *Working Together We Can Do More* apontava para um maior investimento em políticas e programas sociais para reduzir o legado do *apartheid*. No entanto, também afirmou que os rumos da economia não seriam modificados. Como se vê, a margem de uma transformação substantiva na política econômica é remota. Esse Programa de Governo expressou a intenção de diminuir a pobreza no país, além de aumentar a oferta de serviços e benefícios públicos, apesar de não apontar quais estratégias seriam utilizadas para tal.

A história da democracia sul-africana, em seus recém-completos 20 anos, demanda uma postura cética em relação às transformações que podem ser realizadas pelo novo governo do CNA. As agendas de reformas sociais parecem ter ficado na superfície do discurso do partido. Na verdade, desde o final do governo Mbeki, as práticas políticas neoliberais já estavam retrocedendo, o que não significou o retorno aos antigos projetos reformistas (PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2012).

Vale ressaltar, que a privatização não assume tanta centralidade no discurso do CNA, como foi manifesto nos anos 1990. Desde o início do governo de Jacob Zuma verifica-se um importante incremento do financiamento das políticas e programas sociais. O orçamento para as políticas de saúde, educação e o

crescimento do investimento maciço em infraestrutura também expressa um novo tipo de prática política, a social-liberal, mas que não necessariamente rompe com o neoliberalismo ou responde à dívida social do *apartheid* e da segregação colonial.

Sobre isso, segundo Gillian Hart (2013), desde os anos 2000, diante da profundidade da disparidade social, de violentos levantes pelo direito à terra, moradia e acesso às necessidades básicas, o governo sul-africano aumentou consideravelmente o orçamento e a cobertura dos seus programas sociais. A autora identificou elementos ideológicos nos programas e políticas do CNA semelhantes aos encontrados por Rodrigo Castelo (2013), na análise do social-liberalismo brasileiro. Estes podem ser resumidos na fórmula discursiva "inclusão social com crescimento econômico".

Desde a eleição de Zuma, a África do Sul tem o maior programa de investimentos realizados pelo Estado (400 bilhões de rands, cerca de 100 bilhões de dólares). Esse valor será superado por outro investimento público estatal - em torno de 1,3 trilhão de rands, ou seja, 325 bilhões de dólares – no setor de energia nas próximas duas décadas. A dimensão dos recentes investimentos do governo sul-africano em infraestrutura o colocou no grupo dos países denominado por Ian Bremmer (2011) de "capitalistas de Estado" ou de "Estados indutores do desenvolvimento", formado por Brasil, China, Rússia, Índia. Mas, na verdade, Jacob Zuma emergiu como uma alternativa popular. Na vitória dele na eleição presidencial estava embutida a esperança das classes populares de terem suas necessidades sociais atendidas, ou seja, a implementação de políticas sociais redistributivas que superassem a dívida

social do *apartheid* e de 15 anos de neoliberalismo.

> Zuma, desde seu manifesto eleitoral, em 2009, foi claro no objetivo de consolidar uma África do Sul desenvolvimentista. Todavia, concretizar esse propósito significaria solidificar as políticas já existentes (vale lembrar, as de Mbeki, de apelo neoliberal) e, ao mesmo tempo, responder à proposta de um Estado distributivo, de apelo socialista, defendida pelos aliados da esquerda e aguardada pela maioria da sociedade. Em outras palavras, a não resolução desse impasse pode engendrar uma nova onda de fúria social, como já demonstrado nas greves e manifestações de todo tipo ocorridas imediatamente após a posse de Zuma (PEREIRA, 2012, p. 151).

Os programas sociais, sobretudo os programas de transferência de renda, e o investimento massivo em infraestrura, sem romper com as políticas neoliberais do GEAR, evidenciam a opção social-liberal adotada por Zuma e a conformação do Estado Gerencial[20] sul-africano. A maior extensão dos programas sociais não parece apontar para reformas estruturais, como a agrária e a tributária, que poderiam promover uma maior distribuição da riqueza nacional.

Em 21 de maio de 2014, Jacob Zuma foi reeleito para um segundo mandato pelo CNA. Apesar dos escândalos de corrupção registrados durante o seu primeiro mandato, ele conseguiu uma expressiva vitória nas eleições gerais do dia 7 de maio, com 62,15% dos votos. No Programa de Governo *Together*

20 O Estado Gerencial tem como função tornar os territórios nacionais e/ou subnacionais mais atraentes ao desenvolvimento capitalista e se caracteriza como conservador na provisão de serviços públicos de bem-estar social: saúde, educação, regulação do trabalho, habitação (HARVEY, 2005, 2008). A caracterização que David Harvey (2005, 2008) e Joachim Hirsch (2010) realizam do chamado "Estado Gerencial" não é de que ele realiza uma retirada do papel de regulador social e que perca o seu papel no processo de reprodução social. Pelo contrário, o Estado Gerencial ou Estado empreendedor pode promover e até expandir políticas, programas e serviços sociais, mas não o fará dentro de uma perspectiva universalista, desmercantilizadora de necessidades sociais e não eleva esses serviços sociais, geralmente básicos, descentralizados e focalizados à condição de direitos universais de cidadania. Mesmo em sua expressão mais "generosa", o Estado gerencial preserva e promove o lugar do mercado e repassa a estados, províncias e municípios/cidades uma carga de responsabilidades sociais que os mesmos, geralmente, não têm condições técnicas, financeiras e políticas para assumir.

We Move South Africa Forward, Zuma se comprometeu com a expansão dos serviços e políticas sociais. Dessa forma, é a quinta vez consecutiva que o CNA alcança a maioria absoluta no parlamento, o que permitiu a escolha de seu líder como presidente da África do Sul para os próximos cinco anos. O segundo partido mais votado foi a Aliança Democrática, que assume o posto de primeiro partido da oposição, ao subir quase seis pontos em relação às últimas eleições, e alcançar 22,23% dos votos.

O relato do cientista político Prince Mashele, que em co-autoria com o internacionalista Mzukisi Qobo publicaram, em 2014, o livro *The Fall of the ANC*, em uma entrevista recente, realizada no dia das eleições presidenciais, resume bem uma visão dos sul-africanos sobre o primeiro governo de Jacob Zuma, assim como, da mudança da imagem coletiva do CNA, de um partido de emancipação política a de uma organização corrupta. A entrevista foi realizada em 07 de maio de 2014, à Ana Dias Cordeiro, do Jornal Público, de Portugal[21].

A uma crónica recente deu o título "África do Sul é demasiado boa para ser destruída por tolos" ("South Africa is too great to be destroyed by fools"). Quem são os tolos que estão a tentar destruir o país?

Na cúpula do partido no poder, o ANC, há uma clique [sic] de líderes corruptos. Vários escândalos recentes de corrupção envolveram dirigentes seniores do partido e, no topo, também o Presidente, Jacob Zuma. São tolos porque não compreendem as implicações no longo prazo dos seus actos corruptos.

Essas pessoas estão a destruir o país?

21 Disponível no endereço eletrônico: http://www.publico.pt/mundo/noticia/os-sulafricanos-nao-gostam-de-zuma-mas-permanecem-leais-ao-anc-1634837 Acesso realizado em: 27/05/2014.

Estão a destruir, sim. Desde que Jacob Zuma passou a liderar o partido, em 2008, e, depois, foi eleito Presidente, em 2009, enfraqueceu as instituições públicas, para que ele e as pessoas da sua confiança tirassem benefícios da corrupção do Estado.

Estas são as mesmas pessoas que estão ligadas à "Queda do ANC", o título do livro de que é co-autor? Ou essa queda começou antes de Zuma?

Há certos elementos desta queda que começaram antes de Zuma chegar ao poder. O escândalo da compra de armas [nos anos 1990] decorreu durante a liderança de Nelson Mandela. Envolveu empresas francesas, britânicas e alemãs no pagamento de subornos a responsáveis sul-africanos, e alguns foram julgados e condenados. Mas a corrupção aumentou muito sob a liderança de Zuma. E a queda do ANC está relacionada com isso. Não me refiro a uma queda no sentido eleitoral, que possa ser sentida nos resultados das eleições de hoje, mas no sentido em que a imagem do ANC enquanto organização credível caiu. As pessoas, hoje, associam o ANC a uma organização de pessoas corruptas. É uma imagem muito diferente da que o partido tinha no passado.

E nada disso, segundo as sondagens, virá a afectar o resultado das eleições de hoje. Como se explica isso?

O ANC ainda é popular junto da maioria da população, porque, nos últimos anos, fez muito pelos pobres, que representam cerca de metade dos sul-africanos. Distribuiu gratuitamente casas, serviços de electricidade e água, o que antes as pessoas não tinham. Uma grande parte da população recebe subsídios e ajuda do Estado. Há desemprego, mas também há ajudas sociais. Com isto, percebemos porque é que os pobres continuam a votar no ANC. Essas ajudas mantêm-nos ligados ao partido.

O ANC é popular. E o Presidente, Jacob Zuma?

É muito impopular. Todas as sondagens o colocam abaixo dos 40% de opiniões favoráveis. E essa percentagem, na África do Sul, é extremamente baixa. Os sul-africanos não gostam de Zuma, mas permanecem leais ao ANC.

A oposição ainda não conseguiu descolar para se posicionar como alternativa de Governo?

A maioria dos sul-africanos não confia na Aliança Democrática [DA, na sigla em inglês], o principal partido da oposição. É visto como um partido dos brancos e dos privilegiados. Em resultado disso, não é visto como uma alternativa para governar.

Também porque o *apartheid* ainda está muito presente?

Na psicologia dos sul-africanos, o apartheid ainda está vivo e capaz de influenciar o resultado das eleições. (MASHELE; CORDEIRO, 2014)

A análise de Mashele e Qobo (2014) evidencia a permanência da corrupção, do jogo de privilégios da elite política do CNA e a continuidade do enfraquecimento das instituições públicas do Estado, durante o primeiro governo de Zuma. E que a impopularidade do presidente não alterou a lealdade dos setores mais pauperizados da sociedade sul-africana ao CNA, ocasionada pela memória da libertação do *apartheid*, e aos programas sociais que acompanharam a democracia. Percebe-se, então, que o transformismo das lideranças do CNA permaneceu, mesmo sem o apelo constante ao discurso neoliberal, característico do governo de Nelson Mandela e dos governos de Thabo Mbeki. Um discurso social-liberal e de valorização do tribalismo vem caracterizando o governo Zuma (JARA, 2013).

Para Terreblanche (2012), esse vínculo entre a imagem do CNA e os programas sociais, sobretudo os programas de transferência de renda, e a sequência de governos do CNA enfraquecem as relações democráticas da África do Sul. Prince Mashele (2011), Gillian Hart (2013), assim como Ari Sitas (2010), apontam para uma recente transformação negativa da

imagem do CNA.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Se em outros países foi a ascensão de partidos de direita ao poder que viabilizou a reforma neoliberal do Estado, no caso sul-africano foi um partido de esquerda, com uma trajetória de quase um século de inspiração marxista e pan-africanista que adotou uma versão ultra ortodoxa das ideologias e práticas políticas neoliberais. As implicações do ajuste se expressam na dimensão da questão social no país.

A integração sul-africana na década de 1990, na estrutura do capitalismo financeiro mundializado, foi viabilizada pelo mesmo partido que pôs fim ao capitalismo racial do *apartheid*. Como se vê, o processo de transformismo do CNA, de partido de orientação socialista a promotor da supremacia burguesa não pode ser analisado, ao menos criticamente, sem considerar a implantação ao processo de contrarreforma do Estado e liberalização da economia. Estes processos sociais são a expressão da unidade entre política e economia afirmada por Marx e Engels na *Ideologia Alemã* (2012)

A implantação do GEAR ocasionou a mercantilização e a contenção da cobertura pública do sistema de bem-estar social, processo que David Harvey (2005, 2008) denomina de “acumulação por espoliação de direitos”, o que beneficiou as frações rentistas do capital e o CME. Ao mesmo tempo, aprofundou a pauperização da maioria negra e do conjunto da classe trabalhadora sul-africana.

A adoção dessas práticas políticas neoliberais, por parte do CNA aprofundaram o desemprego e a desindustrialização do país, vindo combinadas a iniciativas residuais de intervenção na extrema pobreza, por meio de programas de transferência de renda, e da formação de um *welfare mix*, que garante um amplo nicho de acumulação ao mercado na provisão de serviços sociais, e não vem respondendo às expressões da questão social.

Os limites dos projetos político-partidários, mesmo dos partidos orientados às lutas da classe trabalhadora, se encontram na própria natureza burguesa do Estado, a forma política engendrada pela sociabilidade do capital, o que torna inexequível a proposta de um "socialismo jurídico", mas que legitima a luta político-partidária como um espaço de exposição das contradições da política sob o capitalismo, e do Estado, como forma política burguesa e de pleito por questões necessárias às demandas objetivas da classe trabalhadora (ENGELS & KAUTSKY, 2012).

Resta questionar, a partir do caso sul-africano, quais os limites e as possibilidades à emancipação política em uma democracia em que só um partido, que rompeu seus pactos com a classe trabalhadora, ocupa o poder? Partido esse que erigiu uma estrutura econômica coerente às necessidades de restauração do poder de classe do capital nacional e internacional e ao florescimento de uma elite negra e formulou uma estrutura política que provê renda mínima a mais de 25% da população, 16 milhões de pessoas, além de alguns serviços sociais básicos a um número ainda maior de sul-africanos. O que pode abalar o equilíbrio entre forças tão distintas, conquistado pelo CNA? Também cabe questionar se as refrações da questão social, criadas e/ou aprofundadas pela reforma neoliberal e as limitadas intervenções sociais

do Estado sul-africano na questão social, não colocarão em risco o processo de reprodução social das relações capitalistas no país.

REFERÊNCIAS

AFRICAN NATIONAL CONGRESS (South Africa).*Working Together We Can Do More.* 2009. Disponível em: <http://www.anc.org.za/elections/2009/manifesto/manifesto.html>. Acesso em: 13, set., 2014.

_____.Together *We Move South Africa Forward.* 2014. Disponível em: <http://www.anc.org.za/docs/manifesto/2014/anc-manifesto.pdf>. Acesso em: 19, out., 2014.

ARENDT, Hannah. *Origens do totalitarismo antissemistismo, imperialismo, totalitarismo.* São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

BUTLER, Anthony. *Contemporary South Africa.* New York: Palgrave, Macmillan, 2004.

CASTELO, Rodrigo. *O social-liberalismo:* auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CHANAIWA, David. Pan-africanismo e libertação. In: ALI A. MAZRUI E C. WONDJI (São Paulo). Comitê Científico Internacional da Unesco (Ed.). *África desde 1935*. São Paulo: Cortez, Brasília: Unesco, 2011. p. 897-924. (História Geral da África).

CHINWEIZU.A África e os países capitalistas. In: ALI A. MAZRUI E C. WONDJI (São Paulo). Comitê Científico Internacional da Unesco (Ed.). *África desde 1935*. São Paulo: Cortez, Brasília: Unesco, 2011. p. 927-963. (História

Geral da África).

DARCH. Colin. Trabalho migratório na África Austral: um apontamento crítico sobre a literatura existente. In: *Estudos Moçambicanos*. – Maputo, 1981. 3. 1981 p. 81-96.

_____. Africa Austral: as forças em jogo. In: Caetana Damasceno et al. (Org.) *A África do Sul hoje*: a voz da mídia. Rio de Janeiro: ISER, 1991,pp. 73-80.

DAHRENDORF, Ralf. *Ensaios sobre o Liberalismo*. Lisboa-Portugal: Casa do Livro, 1993.

DAVIS, Myke. *Planeta favela.* São Paulo: Boitempo, 2006.

DEACON, Bob. G*lobal Social Policy and Governance*. London: Sage, 2007.

ENGELS, Friedrich; KAUTSKY, Karl. *O Socialismo Jurídico.* São Paulo: Boitempo, 2012

ESQUERDA.NET. *CIA foi decisiva para a prisão de Mandela em 1962*. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/CIA-foi-decisiva-para-a-prisao-de-Mandela-em-1962/6/29744>. Acesso em: 11 abr. 2016.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. *Lua Nova*, São Paulo, nº 35, 1995.

GOUGH, Ian et al. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America.* Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

GILSON, Lucy et al. The SAZA study: implementing health financing reform in South Africa and Zambia. *Health Policy and Planning.* Oxford: Oxford Journals in association with London School of Hygyene and Tropical

Medicine, 2003, 18(1): 31-46, doi:10.1093/heapol/18.1.31

HARVEY, David. *A produção capitalista do espaço*. 2ª Ed. São Paulo: Anna Blume, 2005.

_____. *O Neoliberalismo: história e implicações.* São Paulo: Loyola, 2008.

_____. *O novo imperialismo.* 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2011.

HART, Gillian. *Rethinking the South African Crisis:* nationalism, populism, hegemony. Scottsville, South Africa: University of KwaZulu Natal Press, 2013.

HEAD, Judith. The context and contours of HIV/Aids in South Africa. In: *HIV/Aids no Brasil e na África do Sul diante das desigualdades sociais.* Recife: Editora UFPE, 2010.

HIRSCH, Joachim. *Teoria materialista do espaço:* processos de transformação do sistema capitalista de Estados. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

IASI, Mauro Luis. *As metamorfoses da consciência de classe:* o PT entre a negação e o consentimento. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

JARA, Mazibuko K.. Critical Reflections on the crisis and limits of ANC 'Marxism'. In: WILLIAMS, Michelle; SATGAR, Vishwas. *Marxisms in the 21st Century:* crisis, critique & struggle. Johannesburg: Wits University Press, 2013. p. 260-280. (Democratic Marxism).

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã.* São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. *Manifesto do Partido Comunista.* 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MAURIEL, Ana Paula Ornellas. *Combate à pobreza e desenvolvimento humano:* impasses teóricos na construção da política social na atualidade.2008.

351 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Departamento de Departamento de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

MASHELE, Prince. *The Death of our Society*. Pretoria, South Africa. CPR Press, 2011.

_____, QOBO Mzukisi. *The Fall of ANC.* Pan Macmillan South Africa, 2014.

MAYOSI D. Phil et al. Health in South Africa: changes and challenges since 2009. *The Lancet* London: ELVESIERVol. 380, Issue 9858, 8, December, 2012, pp. 2029-2043.DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61814-5

McINTIRE, Diane et al. The health and the health system of South Africa: historical roots of current public health challenges.*The Lancet,* London, n. 1, pp.36-51, 25 ago. 2009.

PEREIRA, Analúcia Danilevicz. *A revolução sul-africana.* São Paulo: Editora Unesp, 2012.

PNUD. Relatório sobre Desenvolvimento Humano 2013. *A ascensão do Sul: progresso humano num mundo diversificado*. Brasília: PNUD, 2013.

SITAS, Ary. *The Mandela Decade 1990-2000:* labour, culture and society in Post-Apartheid South Africa. Pretoria: UNISA Press, 2010.

SEEKINGS, Jeremy; NATTRASS, Nicoli. *Class, race, and inequality in South Africa.* Michigan: Yale University Press/ New Haven and London, 2005.

SEEKINGS, Jeremy; MOORE, Elena. *Kin, Market and State in the Provision of Care in South Africa*. Cape Town: Centre for Social Science Research University of Cape Town, working paper, nº 327, 2013.

TERREBLANCHE, Sampie. *A History of Inequality in South Africa 1652-2002.* Pietermaritzburg: University of Natal Press/KMM Review Publishing, 2005.

. *Lost in transformation: South Africa's search for a new future since 1986*. Johannesburg: KMM, 2012.

Joana Uarapa[1]

Entrevista por Joana Ou-chim

Chamo-me **Joana Uarapa**, nasci e cresci em Chimoio, no Bairro Ketekete. Tenho 56 anos, sou casada e tenho cinco filhos/as vivos: duas meninas e três rapazes. Perdi uma filha.

Eu sou a terceira filha da minha mãe e do meu pai. Tenho um irmão vivo. Éramos treze irmãos, seis mulheres e sete homens. Perdi cinco irmãs e cinco irmãos adultos/as, que deixaram filhos/as. Somente um irmão morreu em criança, o último.

Os meus pais eram de Chimoio e eram camponeses. Eu cresci com os meus pais no bairro ketekete. Quando eu era criança, ia à machamba[2], pilava, moía, cozinhava, etc.... Os trabalhos de casa... Eu cuidava das minhas irmãs e irmãos, mas quando

1 **Trechos da história de vida de Joana Uarapa no Projeto de pesquisas sobre o uso da enxada e as condições de genero da Oxfam Solidarité Belgica em Moçambique.** Data da entrevista: 5 de Março de 2014. Localidade de Chimoio, Posto Administrativo de Ocua, Distrito de Chiúre, província de Cabo Delgado. Entrevista feita em Macua por Joana Ou-chim com tradução de Maria de Fátima Sadique.

2 Terreno agrícola. A palavra tem sua origem em um dos idiomas bantos, o suaíli, onde se escreve *mashamba*, plural de shamba: quinta, plantação, campo cultivado. Cf. Dicionário Priberam. Disponível em: <www.priberam.pt/dlpo/machamba>. Aceso em 20, jul.,2015

eu reclamava, a minha mãe levava-me à machamba e era outra pessoa a cuidar das crianças da casa. Os meus pais eram muçulmanos, mas quando o meu pai começou a adoecer, mudou para o cristianismo. Ele faleceu sendo cristão. Eu era adolescente, ainda não me tinha casado.

Eles não faziam parte de nenhum grupo comunitário, mas faziam machambas coletivas, isto é, alguns casais (mulheres e homens) juntavam-se e trabalhavam na machamba de cada casal a vez. Este trabalho de interajuda era feito somente na segunda Sacha (retirar a erva daninha).

O que não me esqueci, desde criança, é de usar a capulana[3]. Nunca me esqueci. Uma coisa de que me lembro que me fazia feliz, quando vivia com os pais, é que eu comia arroz, massa esparguete. Agora, a vida está difícil e já não como. Agora não me sinto feliz porque o meu tempo já passou, não tenho condições

Casei-me uma única vez. Quando me casei, mudei-me para aqui, que era o terreno dos pais do meu marido. O meu marido era da tropa portuguesa em Mueda. Lá conheceu o meu irmão. O meu marido tornou-se amigo do meu irmão e em conversa manifestou a intenção de se casar com alguém de Mueda. O meu irmão disse-lhe para que não se casa-se com alguém de Mueda, porque tinha

3 Tecido de algodão, fibra sintética ou seda, geralmente estampado e colorido. Tradicionalmente, é usado pelas mulheres moçambicanas, amarrados à volta da cintura, cobrindo a parte inferior do corpo.

uma irmã que dava muito bem para casar-se com ele, porque era virgem, referindo-se a mim. Assim que eles regressaram da tropa, o meu marido veio falar com os meus pais para pedir a minha mão. Os meus pais aceitaram e disseram-lhe para que ele voltasse no dia seguinte para levar a mulher. No dia seguinte, ele voltou, eu tinha preparado a comida, preparado água e arrumado um quarto para nós. Ele chegou e dormiu comigo e assim ficamos casados. Eu nunca o tinha visto, não o conhecia, mas aceitei ficar com ele, porque tinha sido o meu irmão a trazer o homem. Eu confiava no meu irmão. Não fizemos nenhuma cerimónia e nem ele pagou dinheiro. Eu gostei de ter casado com ele. Eu, antes, passei pelos ritos de iniciação que duraram três dias.

Eu não estudei, mas as minhas filhas cresceram comigo e todas estudaram, mas não sei até que classe. Os trabalhos de casa são feitos todos por mim. O meu marido ajuda a varrer, às vezes, ajuda a buscar água. O meu marido é quem vende os produtos da machamba. No tempo em que produzia muito, vendia aos comerciantes feijão, milho, e outros produtos a bruto, mas agora já não. Depois da venda, eu entregava o dinheiro ao meu marido. Quando eu preciso de comprar alguma coisa, peço a ele; quando preciso de coisas para a casa falo com o marido e é ele quem vai comprar, embora decidamos juntos o que comprar.

Não fazemos parte de nenhuma associação, mas o meu marido tem uma responsabilidade na mesquita, não me lembro qual é.

Nós somos religiosos, vamos sempre à mesquita. Eu não faço parte de grupo comunitário.

Quando as minhas filham casaram-se, os seus maridos vieram pedir a mão delas. Não fizemos nenhuma festa ou cerimónia e nem pagaram nada. Mas as filhas passaram pelos ritos de iniciação de um dia. Eu é que descobri que as filhas já menstruavam e informei ao meu marido. De seguida, tratamos de organizar a cerimónia.

Não me lembro quanto anos tinha quando tive a primeira enxada. Mas lembro-me de que era pequenina e nessa altura houve um ciclone que tinha passado à noite. Comecei a ir a machamba trabalhar já era grandinha (sete a 10 anos, mais ou menos). A minha primeira enxada era usada, tinha sido do meu pai. Era uma enxada do ferreiro (de bico), comprada na loja. Dantes, vendiam esse tipo de enxada na loja. Enquanto vivi com os pais tive enxadas usadas que eram do pai, mas quando adolescente, o pai comprou-me uma enxada nova e era de bico.

Antes de me casar, tinha uma pequena machamba minha onde plantava milho, mandioca. Quando o meu pai dava-me a enxada dele, mudava o cabo, porque partia-se, mas também tinha de por um cabo para adaptá-la ao meu tamanho: mais curto, mas era direito. A enxada da minha mãe tinha o cabo direito também. Só há cerca de três a quatro anos é que eu comecei a trabalhar com

enxada de argola. A minha primeira enxada de argola roubaram, esta tenho há cerca de dois anos. As minhas filhas começaram a pegar na enxada com mais ou menos três a quatro anos. Não me lembro com quantos anos as minhas filhas começaram a ir à machamba, mas iam comigo. As minhas filhas tinham enxada de bico, do ferreiro, usadas. A minha filha mais velha, antes de ire à escola, teve uma enxada nova comprada por mim. Era enxada do ferreiro (de bico). Cá em casa, é o meu marido quem escolhe o cabo, monta e afia a enxada.

Eu prefiro a enxada de argola, porque a de bico é difícil por no cabo. Eu sei por o cabo e as vezes ponho. Para produzir mais e rápido, prefiro a de argola. Eu já pensei numa enxada melhor que esta, que seria a do ferreiro. Essa enxada tem de ser leve, fácil de por cabo, a lâmina deve ser igual a da argola como a que tenho agora.

Eu sempre fui feliz com o meu casamento, mas agora estou a ficar velha. Eu era feliz quando era mais jovem com o meu marido, porque tinha uma criação de cabritos que depois roubaram.

PARTE II

POLITICAS DE SAÚDE PARA A GARANTIA DO ACESSO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

BRASIL, ÁFRICA DO SUL E MOÇAMBIQUE: Particularidades socioeconômicas e políticas e a epidemia de HIV e Aids

Ana Cristina de Souza Vieira

Solange Rocha

Isabel Maria A. P. Cortesão Casimiro

Evandro Alves Barbosa Filho

1. INTRODUÇÃO

Com a perspectiva de discutir a epidemia da Aids no âmbito da luta por saúde pública no Brasil, África do Sul e Moçambique[1], mostrou-se imprescindível o aprofundamento do conhecimento sobre esses países para entender as perversas relações entre desigualdades sociais, pobreza, iniquidades sociais, presença/ausência do Estado e os rumos da epidemia.

Parte-se da compreensão de que nos países capitalistas existe uma

1 A pesquisa Acesso aos Serviços de Saúde de Referência para HIV Aids no Brasil, África do Sul e Moçambique foi aprovada pelo CNPq no Edital/Chamada: Universal 14/2011 - Faixa A - até R$20.000,00, Processo: 472612/2011-5 para o período entre 2011-2013. Analisou os limites e as possibilidades das políticas de saúde e o acesso aos serviços de referência para pessoas vivendo com HIV/Aids desde a prevenção até o tratamento nos três países. A pesquisa também tem o apoio do Edital CAPES 033/2012, que aprovou o Projeto 33/2013, HIV/Aids no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação.O estudo dá sequência a projeto conjunto de pesquisa inicialmente desenvolvido com a Universidade de Cape Town, África do Sul, desde 2008, com apoio do Edital MCT/CNPq 12/2008 PROÁFRICA, Processo 490399/2008-8, projeto Lições sobre Desigualdades e Hiv/Aids no Brasil e na África do Sul.

desigualdade de renda, própria desse modo de produção que, além de insuprimível, reproduz-se e soma-se a outras desigualdades além da classe social como sexismo, racismo, homofobia, integradas à dinâmica de reprodução social do Estado e da sociedade de classes (VIEIRA, HEAD, ROCHA, CASIMIRO, 2013).

A diferenciação do desenvolvimento da epidemia nesses países tem determinações socioeconômicas, políticas e culturais, e as ações governamentais de enfrentamento da epidemia, em resposta à mobilização da sociedade civil, têm papel fundamental no seu crescimento ou estabilização. Essa hipótese orientou a pesquisa que se desenvolveu simultaneamente nos três países, levando à discussão da realidade social, econômica e política, da orientação geral de sua política de saúde, e dos programas de saúde para pessoas com HIV/Aids. A análise avançou no entendimento dos elementos essenciais para a garantia do direito à saúde, o que permitirá contribuir para subsidiar a promoção de políticas sociais e as lutas da sociedade civil.

É preciso considerar, ainda, que as orientações de organismos internacionais entre os quais o Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) influenciam os países em suas ações em relação ao HIV assim como os recursos que são distribuídos mundialmente para controle da epidemia. Matéria veiculada pela UNAIDS informa que "O Brasil ganha destaque no relatório [Prevention Gap Report 2016] por ser um dos poucos países em desenvolvimento a utilizar recursos próprios na resposta à epidemia entre populações-chave. "Enquanto, em todo o mundo, a maioria dos recursos para investimentos em prevenção do HIV entre populações-chave tem proveniência internacional, Brasil, México

e alguns poucos países da região Ásia e Pacífico, aparecem como exceções" (UNAIDS, 2016).

Este artigo propõe-se a discutir o enfrentamento do HIV na realidade brasileira, moçambicana e sul-africana, indicando o panorama da epidemia em seus territórios, as ações desenvolvidas pelos governos em resposta ao crescimento da epidemia, levantando questionamentos no sentido de entender os rumos do HIV relacionados às ações de seu enfrentamento. A perspectiva de análise fundamenta-se no materialismo histórico-dialético, buscando entender o real considerando a totalidade, as contradições, estabelecendo mediações necessárias para entender porque a África do Sul tem hoje o maior contingente de pessoas com HIV, altos índices de mortalidade; a insuficiência das ações adotadas em Moçambique, por um Estado com um produto interno bruto baixo, o que leva o país a depender de maciça ajuda externa para oferecer serviços a seu povo; o Brasil como referência internacional em relação ao HIV, mas com uma epidemia que atualmente toma novo fôlego entre jovens homossexuais e ainda cresce entre as mulheres da regiões mais pobres do país.

O estudo foi desenvolvido a partir de pesquisas realizadas nos três países, com levantamento de dados secundários sobre a epidemia no mundo e nos países; através de análise documental da política de saúde em resposta ao desenvolvimento da epidemia; com realização de entrevistas com gestores, usuários e trabalhadores em saúde, observação de serviços de referência para HIV/Aids. As normas para pesquisa com seres humanos foram respeitadas, com o trabalho sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE.

O artigo está dividido em três secções. A primeira expõe o HIV na realidade mundial; a segunda aborda a realidade do HIV nos três países focalizados – África do Sul, Brasil e Moçambique, indicando diferenças nas dimensões da epidemia. A terceira seção discute as respostas ao HIV pelos países, ressaltando mediações que têm implicações nos rumos da epidemia. Finalizamos a discussão com algumas considerações.

2. HIV E AIDS NO MUNDO

A Aids é uma epidemia que expõe a exploração decorrente das relações capitalistas, pois a prevenção e a vivência com HIV dependem em grande medida, do acesso a serviços de saúde, insumos, informações, medicamentos. Nessa perspectiva, o que deveria ser direito universal à saúde é convertido em espaço de produção de lucros, através de processo de privatização que tem se intensificado nas últimas décadas. Revela, também, a manutenção da opressão, decorrente das relações patriarcais, na medida em que a prevenção é associada à normatização e controle da sexualidade pelas igrejas, pelo Estado e pelas famílias (ROCHA, 2010).

Nos anos 1970, o mundo foi sacudido por uma crise do capital que desestabilizou países ricos e pobres, tendo por base a redução dos lucros. Um dos principais diagnósticos para essa crise culpabilizava o Estado de Bem-Estar Social pelo aumento dos gastos públicos, como se este fosse o responsável pela referida crise. Em resposta à esta situação, o ideário neoliberal apontava como solução a liberdade de mercado e a restrição à intervenção estatal sobre a economia, através de um processo de desregulamentação, de privatização.

Em relação às políticas sociais, indicava-se a focalização, a sua transformação em espaços de mercantilização, a restrição da responsabilidade do Estado quanto à sua implementação, sendo repassada essa tarefa a organizações sociais de caráter privado.

Assim, a focalização das políticas sociais na extrema pobreza, a redução de gastos estatais, a abertura da economia ao mercado internacional, a redução das garantias de proteção social aos trabalhadores são marcas neoliberais impressas ao redor do globo, ainda que de forma diferenciada. Os três países em que foi desenvolvido este estudo sofreram diferentes experiências de contrarreformas neoliberais. Especialmente em Moçambique e na África do Sul, os processos de ajuste neoliberal foram bem mais intensos e legitimados pelo Estado e frações do capital do que no Brasil. Esses processos geraram repercussão, inclusive sobre a política de saúde, interferindo nas dinâmicas da Aids, impactando suas dimensões epidemiológicas.

Dados do *The Gap Report/UNAIDS* (2014)[2] sobre a epidemia da Aids no mundo indicavam que até o final de 2013, aproximadamente 35 milhões de pessoas viviam com HIV, mas apontavam que "esse número está crescendo à medida que as pessoas estão vivendo mais tempo devido à terapia antirretroviral, e porque o número de novas infecções, apesar de estar em declínio, ainda é muito alto" (UNAIDS, 2014, p.17). Dois anos depois, o UNAIDS (2016) indica

2 Optamos por utilizar os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), que reúne os recursos do Secretariado desta instituição e de dez organizações do Sistema ONU (as Agências Co-patrocinadoras) em esforços coordenados e especializados para unir o mundo contra a Aids. Estabelecido em 1994, por uma resolução do Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC), e lançado em janeiro de 1996, o programa desenvolve uma parceria inovadora que encoraja, mobiliza e apóia os países para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV. Além disso, publica relatórios sistemáticos sobre HIV/Aids no mundo, a partir de dados que recebe dos diferentes países.

que havia em 2015, 36.7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo e que, em relação às novas infecções, não estão diminuindo, nem ao menos se estabilizaram. Naquele ano ocorreram 2,1 milhão de novos casos.

> Declínios em novas infecções entre adultos têm sofrido uma redução significativa nos anos recentes, com um número anual estimado de novas infecções em adultos permanecido praticamente estável em 1.9 milhões [1,7 milhões-2.2 milhões] em 2015[...] A maior redução de novas infecções em adultos ocorreu na África Oriental e Austral. Há 40.000 menos novas infecções em adultos na região em 2015 que em 2010, uma redução de 4%. Taxas de novas infecções em adultos estão relativamente estáveis na América Latina e Caribe, Europa ocidental e central, América do Norte e no Norte da África e no Oriente Médio, enquanto o número anual de novas infecções na Europa Oriental e na Ásia Central aumentou 57% (p.6) [3].

Em relação às mulheres e jovens, o UNAIDS aponta o maior risco de infecção pelo HIV.

> Adolescentes do sexo feminino e jovens mulheres entre 15-24 anos estão particularmente em alto risco de infecção por HIV, respondendo por 20% das novas infecções entre adultos mundialmente em 2015, apesar de serem apenas 11% da população adulta. Em áreas geográficas com alta prevalência, as desigualdades de gênero são mais pronunciadas. Na África Sub-Saariana, mulheres adolescentes e jovens mulheres respondem por 25% das novas infecções entre adultos, e as mulheres em geral somam 56%das novas infecções entre adultos. Normas prejudiciais de gênero e desigualdades, insuficiente acesso à educação e a serviços de saúde sexual e reprodutiva, pobreza, insegurança alimentar e violência, são as raízes do crescente risco do HIV para jovens mulheres e adolescentes do sexo feminino (UNAIDS, 2016, p. 8)[4] .

3 Tradução livre. No original: "Declines in new HIV infections among adults have slowed alarmingly in recent years, with the estimated annual number of new infections among adults remaining nearly static at about 1.9 million [1.7 million–2.2 million] in 2015. [...] The largest reduction in new adult HIV infections occurred in eastern and southern Africa. There were about 40 000 fewer new adult HIV infections in the region in 2015 than in 2010, a 4% decline. [...] Rates of new adult HIV infections were relatively static in Latin America and the Caribbean, western and central Europe, North America and the Middle East and North Africa, while the annual numbers of new HIV infections in eastern Europe and central Asia increased by 57%. (UNAIDS, 2016, p.6)

4 Tradução livre. No original: "Adolescent girls and young women aged 15–24 years are at particularly high risk of HIV infection, accounting for 20% of new HIV infections among adults globally in 2015, despite accounting for

Há uma preocupação internacional diante do crescimento da epidemia entre mulheres, especialmente em jovens de 15 a 24 anos. O Relatório Global da UNAIDS 2013 aponta que as respostas ao HIV têm incorporado o foco na equidade de gênero: "cem de cento e nove países que forneceram dados em 2013 indicaram que a eliminação de desigualdades de gênero é prioridade nacional" (UNAIDS, 2013, p.81).

> Governos de 80% de países (137 de 171) reportaram que incluem as mulheres como um componente específico da estratégia multissetorial contra o HIV, mas a taxa de inclusão de mulheres difere por regiões geográficas. O número de países com um orçamento específico para atividades de enfrentamento do HIV relacionadas a mulheres é considerado baixo: 46% (79 de 171 países). Entre países na África Subsaariana, quase todos os planos estratégicos incluem intervenções beneficiando mulheres e três quartos dos países alocam recursos financeiros correspondentes, indicando uma maior consciência da necessidade de beneficiar as mulheres nas respostas à Aids (UNAIDS, 2013, p.134).

Villela e Nilo (2011) estudaram a situação em 16 países e apontam algumas fragilidades nas ações de promoção da igualdade de gênero, o que indica que a adoção da perspectiva de equidade de gênero, por si só, não garante sua implementação da forma necessária.

Um resultado positivo das estratégias de aceleração da resposta ao HIV foi o incremento na distribuição de antirretrovirais na maioria dos países, o que responde pela redução das mortes relacionadas ao HIV. Segundo o UNAIDS (2016), as pessoas vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral

---

just 11% of the adult population. In geographical areas with higher HIV prevalence, the gender imbalance is more pronounced. In sub-Saharan Africa, adolescent girls and young women accounted for 25% of new HIV infections among adults, and women accounted for 56% of new HIV infections among adults. Harmful gender norms and inequalities, insufficient access to education and sexual and reproductive health services, poverty, food insecurity and violence, are at the root of the increased HIV risk of young women and adolescent girls.(UNAIDS< 2016, p.8)"

aumentaram cerca de um terço, totalizando 17 milhões de pessoas, acima da meta estabelecida pelas Organização das Nações Unidas para 2015. Com o incremento dessa terapia, as mortes relacionadas à AIDS foram reduzidas em 43%. Na África Austral e Oriental, dobrou o total de pessoas em tratamento antirretroviral somando 10,3 milhões, com decréscimo de mortes de 36%, desde 2010.

A proteção social é elemento de fundamental importância para o enfrentamento do HIV e Aids (SANTOS,2014). A pessoa infectada pode ter sua capacidade de trabalho reduzida, mesmo com o uso de antirretrovirais, diante da possibilidade de ser acometida por doenças oportunistas. Sofre muitas vezes o estigma e a discriminação que estão associados à Aids, e nem sempre consegue garantir seu acesso ao mercado de trabalho, especialmente nesse momento em que o desemprego se manifesta de forma estrutural. Sentindo-se doente, fragilizada, sem acesso a um salário digno e suficiente para garantir sua sobrevivência e de seus familiares, a pessoa precisa contar com políticas públicas que possibilitem a necessária proteção social. Mas nem todos os países têm serviços de saúde de caráter universal e gratuitos, com garantia de medicamentos, assim como faltam políticas assistenciais que acolham as pessoas em momentos de dificuldade de sobrevivência.

Nos países focalizados neste estudo, apenas no Brasil existe um sistema público de saúde, que é direito de todos e dever do Estado. Em Moçambique os serviços públicos de saúde cobrem apenas 58% do território nacional (CASIMIRO et al, 2012), e o Estado não tem recursos próprios que permitam atender todas as pessoas que precisam dos serviços. Há uma contrapartida financeira de acordo com a renda do usuário, para acesso aos serviços de

saúde. Na África do Sul, apesar da criação recente de um sistema nacional de saúde[5], ele também está baseado numa lógica de pagamento de acordo com a capacidade do usuário, e só recentemente, a partir de 2010, foram garantidos gratuitamente antirretrovirais para todos os que necessitam.

Conforme o Relatório do UNAIDS indica,

> Muitas pessoas têm se beneficiado dos avanços na resposta global à AIDS, como a prevenção ao HIV, tratamento e serviços que estão mais amplamente disponíveis que uma década atrás. Entretanto, nem todos têm acesso equitativo a todos esses serviços. Algumas populações não têm acesso porque são marginalizadas, outras devido a normas nocivas relacionadas a questões de gênero, ou devido à pobreza, desigualdades legais e sociais. Onde os serviços para HIV estão disponíveis, seu aproveitamento depende da qualidade desses serviços, assim como dos níveis de estigma e discriminação que as pessoas neles sofrem[...] AIDS não existe isoladamente, nem apenas relacionada à saúde. Tratar AIDS como uma questão isolada traz apenas benefícios parciais. Uma abordagem integrada que dê apoio à pessoa como um todo é necessária para considerar questões como saúde física, nutrição, apoio psicológico, educação, segurança social, como oportunidades econômicas e de desenvolvimento.[...].adicionalmente ao inegável impacto da terapia antirretroviral nas vidas das pessoas com HIV, o acesso ao tratamento resulta numa redução da carga viral, em níveis individual e comunitário, o que, por seu lado, reduz o potencial de transmissão do HIV para parceiros sexuais. Em outras palavras, o tratamento antes de tudo salva vidas. Mas também previne a infecção por HIV (UNAIDS, 2014, p. 118, 126).

Na perspectiva de controle da Aids, o UNAIDS aprovou a estratégia do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS de Aceleração da Resposta ao HIV, para que a epidemia deixe de ser uma ameaça à saúde mundial até 2030. Definiu a meta 90-90-90 de tratamento até 2020, que prevê

5 Na África do Sul o NHI - National Health Insurance foi proposto em 2012, funcionando por 5 anos com experiências-piloto em algumas regiões. Privilegia a atenção primária em saúde, como direito de todos. Prevê o pagamento de serviços, de acordo com a faixa de renda dos cidadãos.

que: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que têm o vírus, 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam terapia antirretroviral e 90% das pessoas recebendo tratamento possuam carga viral indetectável e não mais possam transmitir o vírus. Em dezembro de 2014, os ministros de saúde dos países que compõem os BRICS − Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul − comprometeram-se a adotar essa estratégia, em reunião realizada em Brasília. A importância dessa decisão é significativa, pois em 2013, os países do BRICS somavam cerca de 30% das novas infecções pelo HIV em todo o mundo.

3. TRÊS EPIDEMIAS DE HIV/AIDS: ÁFRICA DO SUL, BRASIL E MOÇAMBIQUE

3.1 Características dos países estudados

Neste estudo, os países focalizados situam-se em dois continentes: América Latina, em que o Brasil está situado, e a África, onde estão a África do Sul e Moçambique, ou seja, fazem parte do eixo sul do mundo, onde se situam os países considerados em desenvolvimento, e os mais pobres. Os três vivenciaram situações de colonização que deixaram suas marcas, inclusive na questão de saúde da população.

O Quadro 1 traz dados sobre os três países, permitindo discutir algumas diferenças socioeconômicas, que repercutiram na forma como a epidemia de HIV se desenvolveu e foi enfrentada pelo Estado e pela sociedade.

Quadro 1 - Indicadores sociais selecionados da África do Sul, Brasil e Moçambique

Indicadores/Países	África do Sul	Brasil	Moçambique
Habitantes 2014	54.490.405	204.450.649	27.977.863
IDH 2013	0,666	0,755	0,416
Índice de Gini 2003-2012	65	52,7	45,7
Taxa de urbanização	64,3	85,43	31,93
Alfabetização de pessoas 15 anos	94,6	92,6	58,8
Esperança de vida ao nascer	57,4	74,5	55,1
PIB (milhões US$)	349.819	2.346.523	17.081
PIB per capita (US$)/ano	6.489	11.387	628
População com menos de US$1,24/dia (2014)	13,8	6,1	59,6
Part. 20% mais pobres na renda (2014)	2,7	2,9	5,2

Fonte: IBGE Países @, 2016, 2014exceto Índice de Gini, cuja fonte é UNDP, 2015

O Brasil tem quase quatro vezes a população da África do Sul, e quase oito vezes a de Moçambique, que ainda se caracteriza como um país rural. A desigualdade de renda em Moçambique (45,7) é menor que no Brasil (52,7) e na África do Sul (65), países que estão entre os mais desiguais do mundo, de acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano (UNDP, 2015), que publica o Índice de *Gini*. A África do Sul ocupa o segundo lugar entre os países, considerando a desigualdade de renda, atrás apenas das Ilhas Seychelles. Entre os países foco deste estudo, apenas a África do Sul teve um decréscimo no produto Interno Bruto e no Produto Interno Bruto Per Capita, entre 2014 e 2015 (UNDP, 2015).

A África do Sul expõe uma grande desigualdade de renda, que começou a ser

construída no país há mais de 350 anos, com os primeiros colonizadores, que chegaram ao país em meados do século XVII, subjugando a população local, negra.

O regime de apartheid foi formalmente implantado em 1948, consolidado por meio da segregação de negros e privilegiamento da minoria branca, perdurando por mais de quatro décadas. O fim desse regime tem um importante marco em 1990, com a libertação de Nelson Mandela, apesar de seu desmonte ter sido iniciado no final da década de 1980, com as pressões contra o apartheid por parte de parceiros comerciais da África do Sul, como Estados Unidos e Inglaterra, objetivando também a abertura da economia sul-africana ao sistema financeirizado neoliberal. Também contribuiu para esse processo o fim do apoio da URSS, já que o bloco de economia planificada estava vivenciando seu fim.

No final dos anos 80, lideranças vinculadas ao Congresso Nacional Africano (ANC) pactuaram as primeiras medidas da transição à democracia, seus termos e limites. Internamente, os movimentos de luta *anti-apartheid* faziam o país ingovernável, o que forçou a retirada de capitais do país. Taxas de desemprego em crescimento desde 1973 também colocaram em questão a legitimidade do apartheid (SEEKINGS, 2005; TERREBLANCHE, 2002). Países africanos que sofreram direta e indiretamente os efeitos desse regime, apoiaram o movimento. Mandela foi eleito presidente em 1994, com a expectativa de eliminar a discriminação contra negros e *coloureds*, de reduzir a pobreza e a desigualdade, e de melhoria das condições dos negros.

Passadas duas décadas de tentativas de construir a universalização de

direitos na África do Sul, considerando especialmente a população negra, apesar de haver mais liberdade e avanços legais, ainda há muito a ser feito, permanecendo a profunda e iníqua desigualdade social que coloca esse país entre os mais desiguais no mundo, com Índice de Gini de 63,1.

A África do Sul é um país com grande diversidade populacional, variedade de culturas, línguas e crenças religiosas. A maioria da população é de origem negra (79,2%), enquanto brancos e *coloureds* somam 9% da população, cada, e asiáticos totalizam 2,5% (SOUTH AFRICAN GOVERNMENT, 2015). São onze línguas oficiais, entre as quais o inglês, falado por apenas 9,6% da população.

Sob o governo comandado por Jacob Zuma, terceiro presidente negro, de origem trabalhadora e um dos líderes das lutas *anti-apartheid*, esperava-se um avanço nos direitos sociais dos negros, inclusive porque seu governo sustenta-se em uma coalizão originalmente de esquerda, formada pelo Congresso Nacional Africano (ANC), que capitaneou a luta contra o *apartheid*, pelo Partido Comunista da África do Sul (SACP) e pelo Congresso de Sindicatos Sul-Africanos (COSATU). Mas o mundo presenciou ações de repressão às lutas de trabalhadores negros, quando uma manifestação trabalhista de mineiros da região de Marikana, por melhores condições de trabalho e salário, em 2012, resultou em 44 mortes pela polícia.

Atualmente, esse governo, reeleito em maio de 2014 para um segundo mandato, vem sendo alvo de críticas da oposição e de cidadãs/ãos. A África do Sul de hoje vive uma intensa mobilização social, com protestos em várias partes do país reclamando mais postos de trabalho, fim da corrupção, provisão de serviços públicos, como habitação, energia, saúde, educação, em

meio a mais de 25% de desemprego, e lutas por melhores salários e condições de trabalho. Estudantes universitários vêm realizando grandes mobilizações pelo acesso dos negros às universidades, pelo fim da corrupção no governo, criticam o presidente, acusado de estupro anos atrás.

Apesar de ter a menor desigualdade de renda (Índice de Gini de 45,7) entre os três países[6], Moçambique tem o maior percentual de população pobre vivendo abaixo de US$1,25/mês. Aproximadamente 60% dessa população encontra-se nessa condição, enquanto na África do Sul há 13,8% da população e no Brasil há 6,1% (IBGE, 2015). A esperança de vida ao nascer, nesses países, difere significativamente, sendo de 55,1 anos em Moçambique, 57,4 na África do Sul e 74,5 no Brasil.

A baixa esperança de vida ao nascer nos países africanos tem a ver com a Aids, mas principalmente com as condições de pobreza, como indicam o PIB *per capita* de US$ 6.482,00, no primeiro país, e de US$ 628,00, no segundo. O Brasil tem, aproximadamente, o dobro do PIB per capita da África do Sul, de US$11.387,00, o que poderia parecer que as condições de vida da população são muito melhores, mas é preciso considerar que esse valor representa cerca de um sexto do valor da Suécia, de US$ 60.566.00 (IBGE, 2015).

A situação de Moçambique relaciona-se com sua recente história de libertação, entre outros determinantes. O país somente tornou-se independente de Portugal em 1975, após uma luta armada de libertação que durou 10 anos, encabeçada pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), de orientação socialista.

6 Os dados econômicos, demográficos, sociais sobre Brasil, Moçambique e África do Sul foram obtidos no aplicativo Países@, do IBGE, atualizado periodicamente.

Após a independência, Moçambique viu-se diante da necessidade de administrar o país sem os portugueses, mas também sem que estes tivessem gerado condições para essa tarefa. Cruz e Silva (s/d) afirma que o país tinha cerca de 90% de analfabetos, e poucas pessoas com formação superior e destaca:

> Guiada por um programa de transformação socialista, a FRELIMO traçou as suas estratégias para mudar a estrutura económica e social do país. As mudanças radicais preconizadas pelo novo governo passavam necessariamente pelo exercício de um controle estatal nas zonas rurais e por uma política de intervenção nos sectores económicos e sociais. Duas das grandes áreas de investimento na área social foram a saúde e a educação. Na educação, criam-se condições para a entrada massiva de crianças nas escolas primárias, e priorizaram-se estratégias para diminuir rapidamente os índices de analfabetismo e promover a educação de adultos. Na área da saúde, criaram-se programas de saúde rural, tentando assim estender a rede sanitária a todo o país e previlegiando a medicina preventiva (CRUZ E SILVA, s/d, s/p).

Mas à independência seguiram-se 16 anos de guerra civil, até 1992, pois à FRELIMO opôs-se a Resistência Nacional Moçambicana – RENAMO, apoiada pela África do Sul (ainda sob *apartheid*), Rodésia (atual Zimbabwe) e por outros países com interesses econômicos na região.

Segundo Cruz e Silva, o conflito armado foi alimentado ainda por problemas internos do país, destruição da infra-estrutura, escolas, postos de saúde, dizimando mais de um milhão de moçambicanos. De acordo com a autora,

> As estratégias introduzidas pela FRELIMO depois da independência para manter a produção e a economia em andamento não conseguiram superar de imediato a crise económica que afectava o país[...]Em contrapartida, as conversações para adesão ao Banco Mundial (BM) e ao Fundo Monetário Internacional (FMI) avançavam progressivamente no cenário sócio-económico local, o que veio a resultar no lançamento das reformas económicas (CRUZ E SILVA, s/d, s/p).

Todo esse processo, com inúmeras pressões políticas no campo interno e externo, levaram a FRELIMO a redefinir a sua política externa, numa "viragem para Ocidente" (HANLON, 1997 *apud* CRUZ E SILVA, s/d). Moçambique passou de uma economia centralmente planificada para uma economia de mercado, entre 1975 e os anos 1980. Em 1987, foi criado o Programa de Reabilitação Econômica (PRE) e, em 1990, o Programa de Reabilitação Econômica e Social (PRES).

> O programa de ajustamento estrutural é um pacote que envolve o livre comércio, a desregulamentação e a privatização. O governo liberalizou os preços, praticamente terminou a sua gestão do mercado, cortou o seu orçamento nos sectores sociais, e introduziu mudanças nas políticas da saúde e da educação, onde foi estabelecido um sistema que atribui acesso com base no rendimento. As reformas económicas introduzidas em Moçambique, nas duas últimas décadas levaram a uma revitalização da economia, o que não pode ser mecanicamente traduzido por uma redução da pobreza (CRUZ E SILVA, s.d., s/p.).

A adoção do ajuste fiscal, a redução de políticas e programas sociais, a abertura da economia, não garantiram a Moçambique a mudança radical dos indicadores sociais, como mostram alguns dados do Quadro 1: o IDH está entre os mais baixos no mundo(0,416), a taxa de alfabetização de maiores de 15 anos é 58,8, e 59,6% da população vive com menos de US$1,24/dia. Em relação ao HIV, a demora em tomar a decisão de distribuir antirretrovirais para todas as pessoas com HIV levou a um crescimento alto da doença no país, disseminada principalmente entre mulheres jovens.

Em Moçambique, o Serviço Nacional de Saúde não alcança 42% do território nacional (CASIMIRO et al, 2012), o que deixa uma população em sua maioria pobre, principalmente rural, sem resposta para suas necessidades de saúde. Apesar disso, em relação ao HIV, no mesmo ano do primeiro caso de Aids,

1986, foi criada a Comissão Nacional da Sida[7], nos moldes propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A garantia de atenção à saúde para a população é limitada pelos recursos e pelas condições estruturais da rede de saúde (CASIMIRO et al, 2012).

Em 1988, foi criado o primeiro programa de controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV e Aids. Em 2003, iniciou-se a distribuição de antirretrovirais, que atualmente beneficia apenas 51,7% dos que precisam e, em 2004, iniciou-se um programa nacional de enfrentamento da transmissão vertical. O governo moçambicano elaborou três Planos Estratégicos Nacionais desde 2000, mas apesar da resposta governamental à Aids, o atual Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e Sida, 2013-2015, afirma que:

> A epidemia do HIV, em Moçambique, continua a ameaçar o futuro social e económico do país. Em alguns locais do país, mais de um quarto dos adultos estão infectados. A prevalência nacional do HIV é a oitava mais alta do mundo. Ao longo da década passada, Moçambique realizou avanços encorajadores na resposta à epidemia, mas com uma estimativa de 1,4 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA e 120.000 novas infecções por ano, a resposta ao HIV deve ser fortalecida e acelerada (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2013, p. 6).

O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique, criado em 1991, é um serviço misto em que coexistem os setores público, privado e comunitário, que se complementam e colaboram entre si. Numa tentativa de evitar a discriminação em relação à Aids, os dois hospitais-dia, abertos em 1996 e 1997 para pessoas com HIV/Aids, foram fechados. Hoje, elas são atendidas em serviços abertos a todas as pessoas. Entretanto, o sistema de saúde público tem limites em decorrência dos recursos escassos:

7 SIDA é a sigla de Síndrome de Imonudeficiência Adquirida, adotada em Moçambique para designar Aids.

> Actualmente, Moçambique é altamente dependente do Apoio Oficial ao Desenvolvimento e do financiamento de doadores, sendo que 22% do Orçamento Geral do Estado e 59% das despesas do sector da saúde são provenientes de fundos de doadores ou da cooperação bilateral. A despesa pública na saúde foi de 5.8% do GDP, em 2011, enquanto as despesas na saúde per capita, em 2012, foram de $26.1 por ano. Apesar das enormes limitações de recursos existentes em Moçambique, o GRM [Governo da República de Moçambique] tem conseguido manter os serviços essenciais de saúde gratuitos (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2013, p. 9).

O PIB de Moçambique é de US$ 17.081 (Quadro 1), o que torna o país altamente dependente da ajuda internacional (ROCHA, SAMO, MILAGRE, MEQUE, 2011), pois não gera a riqueza necessária, além de ter uma estrutura de classe concentradora de riqueza. O país convive com altos índices de corrupção, e não consegue promover políticas redistributivas, pois além do baixo PIB nacional, os termos do ajuste neoliberal imposto ao país colocam importantes limites à intervenção do Estado. São grandes as desigualdades internas:

> Verificou-se que a incidência da pobreza nas zonas rurais em Moçambique não é muito maior em comparação com as zonas urbanas, enquanto que nos países da África Sub-saariana a pobreza rural é geralmente cerca de duas ou três vezes maior[...] para Moçambique, a recente avaliação [2008-2009] classificou cerca de 50% da população urbana como pobre comparado com 57% da população rural... As diferenças por província são igualmente surpreendentes. No inquérito recente, a incidência da pobreza é menor no Niassa, Maputo Cidade e Cabo Delgado (em 32, 36 e 37%, respectivamente), seguido de Tete (42%) e Nampula (55%). A posição de Maputo é notável no sentido de que a pobreza é quase tão alta como em diversas outras partes do país. Em outros países africanos, a posição relativa da capital está consistentemente no topo. (BOOM, 2011, p. 6-7).

Atualmente, jornais estampam a corrupção existente no governo, o patrimonialismo, num país com alta dependência da cooperação internacional e grandes desafios para uma boa governança. Houve eleições em 2014,

vencidas novamente pela FRELIMO, mas o país continua a vivenciar situações de conflitos internos geradas pelas forças de oposição, impondo um clima de insegurança.

A descoberta de minérios e gás abriu as portas do país para a exploração dessas riquezas por grupos estrangeiros, entre os quais, a Vale S.A., originária do Brasil. Os ganhos provenientes da exploração das riquezas do subsolo até então não têm sido revertidos em melhoria das condições de vida da população, nem políticas públicas e sociais[8].

O Brasil, após o término da ditadura militar que se estendeu de 1964 a 1985, limitando a liberdade, servindo ao propósito de abrir o país ao capital internacional, submetendo a grande maioria da população ao empobrecimento e à desigualdade, vivenciou um período de lutas por direitos sociais, culminando na Constituição de 1988 que ampliou direitos universais.

Entretanto, a ideologia neoliberal expandiu-se, contaminando os direitos legalmente conquistados pelos movimentos sociais, impedindo a consolidação desses direitos, mesmo a partir de 2003, com o país governado pelo Partido dos Trabalhadores, supostamente identificado com os interesses da classe dominada[9]. Algumas medidas sociais, como o Sistema Único de Saúde (SUS) universal e gratuito, criado em 1988, possibilitaram avanços sociais, como o aumento da esperança de vida ao nascer, que chegou a 74,5 anos (IBGE, 2015), e uma taxa de alfabetização de 92,6% (ainda que seja questionada a

8 Alguns autores, como Terreblanche (2012), analisam o papel de empresas transnacionais brasileiras e dos BRICS na África e no território sul-africano, indicando que, mais do que cooperação, estão sendo desenvolvidos novos projetos de acumulação no continente que penalizam os grupos e classes sociais mais vulnerabilizados.

9 Sobre o transformismo de lideranças do Partido dos Trabalhadores, ver Iasi, 2006.

qualidade da educação, que a partir de 1988 tornou-se obrigação do Estado para o nível fundamental).

Nos últimos anos, o Brasil experimentou uma redução do Índice de Gini devido, entre outros fatores, à valorização do salário mínimo e à adoção de políticas de transferência de renda, saindo do conjunto dos 10 países com os maiores níveis de desigualdade, passando a ocupar o 13º lugar. Desde os anos 1990, após o fim da ditadura militar, o país vem sendo submetido à orientação neoliberal, passando pelos governos de Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, o qual implantou a chamada reforma do Estado, privatizando empresas estatais, desregulamentando a economia, investindo contra direitos conquistados pelos trabalhadores.

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva pelo Partido dos Trabalhadores (PT), em 2002, não mudou essa direção durante seus dois mandatos (2003-2010), com o governo tomando medidas econômicas que favoreceram os interesses do capital financeiro, como a alta da taxa de juros, a garantia de superávit primário para pagamento de juros da dívida pública, redução de direitos de seguridade social, concomitantes à ampliação dos programas de transferência de renda, e garantia da valorização do salário mínimo.

Seguiu-se a ele a Presidente Dilma Rousseff, também do PT, que iniciou o primeiro mandato em 2011 e foi reeleita para o período 2014-2017. Na prática, o governo seguiu a mesma orientação da política econômica do governo Fernando Henrique Cardoso, mas adotou a linha neodesenvolvimentista, pela qual entende-se que o crescimento econômico tem que ser feito com desenvolvimento social. A possibilidade de conciliar crescimento econômico

com desenvolvimento social é questionada, e se aponta a predominância de um cenário de redução de políticas públicas, focalizadas nos mais pobres, com redução do orçamento para a proteção social.

3.2 HIV e aids nos países estudados

A epidemia de HIV/Aids nos países estudados deve ser pensada como resultado da realidade de desigualdade, iniquidades e pobreza, das lutas sociais pela garantia de direitos, das respostas do Estado diante de demandas sociais ou de sua ausência.

A África do Sul tem o maior contingente de pessoas com HIV no mundo, estimado em 6.300.000 pessoas em 2013. Segundo Susser,

> O sistema de saúde sob o apartheid era segregador e inadequado e os estágios iniciais da epidemia de Aids foram caracterizados pela negligência e superlotação de hospitais públicos e clínicas[...]. O regime de apartheid na África do Sul, previsivelmente, negligenciou a propagação da Aids entre a população negra [...] [Somente após a libertação de Mandela] dados epidemiológicos sobre Aids entre a população Africana começaram a ser coletados. Em 1990, o primeiro conjunto de dados mostrou uma taxa de infecção de 0,8 (SUSSER, 2009, p. 71-73)[10].

Durante o *apartheid*, havia diferentes políticas de saúde para negros, brancos e demais grupos populacionais, comandadas por 15 departamentos de saúde ao nível nacional, com orçamentos diferenciados, para delimitar as ações de saúde para cada segmento, mas os brancos tinham acesso às melhores unidades de saúde e serviços. O governo de Nelson Mandela, a

10 Tradução livre. No original: "The health system under apartheid was segregated and inadequate and the early stage sof AIDS epidemic were characterized by neglect and overcrowding".

partir de 1994, desenvolveu um esforço para desconstruir a legislação do apartheid, elaborar uma nova Constituição e estender benefícios sociais à população negra, num momento em que a principal preocupação era garantir a estabilidade nacional.

Esse objetivo suplantou a preocupação com a expansão da epidemia de HIV, num momento em que, internacionalmente, o neoliberalismo se fortalecia e imprimia a ideia de menos Estado para os que vivem do trabalho, a redução de políticas sociais e seu direcionamento apenas aos mais pobres, enquanto para a burguesia é necessário um Estado que apoie a restauração de seu poder de classe, como aponta Harvey (2005). As iniquidades aumentaram após as contrarreformas de orientação neoliberal, mas o número de ricos e ultra ricos também.

Enquanto crescia a epidemia de Aids, em 1996 "o governo sul-africano instituiu um massivo ajustamento estrutural e políticas de privatização através do programa Crescimento, Emprego e Redistribuição (*Growth, Employmentand, Redistribution*), que veio a ser conhecido como GEAR[11]" (SUSSER, 2009, p. 90). Esse plano de ajuste fiscal e privatizações foi desenvolvido no Governo de Nelson Mandela, sob o comando de Thabo Mbeki (que se tornou presidente após o mandato de Mandela, a partir de 1999).

A elaboração relativamente tardia (em comparação a Moçambique) do plano de ajuste fiscal só foi possível no *pós-apartheid*, pois o governo de minoria branca, derrotado em 1994, não teve força política para garantir a adoção plena do ajuste, apesar de ter privatizado várias empresas estatais

11 Tradução livre. No original: "The South African government instituted massive structural adjustment and privatization policies through the Growth, Employment and Redistribution policy that came to be known as GEAR".

e aprofundado o papel do mercado em setores como educação e saúde (TERREBLANCHE, 2002). Isso deixou as transnacionais e o Complexo Mineral Exportador (MEC) com maior poder frente ao ANC para negociar os papeis do Estado *pós-apartheid* na economia e na provisão de serviços sociais.

A África do Sul não tinha um sistema de proteção social universal estruturado para toda a população, apenas para a minoria branca e, portanto, havia a expectativa de sua construção com o fim do apartheid, o que não se concretizou diante das imposições do GEAR. Os negros, pelo nível de exploração econômica e política a que estavam submetidos, não tinham acesso nem mesmo aos mínimos sociais, sob a forma de políticas, serviços sociais e benefícios. Entretanto, as limitações impostas pelo GEAR à estruturação de políticas públicas repercutiram nas condições de vida da população de maioria negra no país, que não viu concretizadas as promessas do líder Mandela, de igualdade entre brancos e negros e proteção social.

O crescimento exponencial da Aids no *pós-apartheid* expressa, de certa forma, a inexistência de um sistema de saúde público para toda a população, assim como a negação do Presidente Mbeki acerca do HIV causar Aids. Com isso, a atuação estatal em relação à doença foi sendo protelada, a ponto de haver, até os anos 2000, a certeza da morte rápida com a infecção pelo vírus. Um projeto da Universidade da Cidade do Cabo (University of Cape Town – UCT) com pessoas com Aids, foi a criação de uma caixa de lembranças em que as pessoas infectadas reuniam objetos importantes para elas, para deixá-los para seus descendentes, para que pudessem deixar as melhores memórias para seus familiares. Somente em 2010 o acesso aos antirretrovirais tornou-se universal no país, para todos os que precisam.

No governo de Thabo Mbeki, devido ao movimento de negação dos vínculos entre HIV e Aids, iniciado com o próprio presidente, houve um retrocesso na atenção à epidemia, limitando as ações governamentais. Com isso, os caminhos do HIV foram definidos: "Ainda em 1990, a prevalência estimada de infecção por HIV na África do Sul era de menos de 1%. Estes números cresceram dramaticamente em meados da década de 90, alcançando 22,8% em 1998" (POSEL, 2006, p.40).

Enquanto a nova democracia concentrava-se na Constituição e na redução da desigualdade racial, o crescimento da Aids mobilizava segmentos da sociedade, com forte atuação da *Treatment Action Campaign* (TAC), para a garantia de acesso aos antirretrovirais, o que só foi alcançado em 2010, quando o governo de Jacob Zuma adotou a política de garantir universalmente antirretrovirais através de mais de 4.000 clínicas públicas e privadas.

Durante os anos 1990, o sistema de saúde sul-africano mudou para responder ao fim do *apartheid*, com a extinção dos múltiplos departamentos de saúde e a criação, em 2012, do Seguro Nacional de Saúde (*National Health Insurance – NHI*) como um sistema de financiamento para garantir que todos os cidadãos sul-africanos e os residentes legalizados de longa permanência viessem a ser providos de cuidados essenciais de saúde, independentemente do status de trabalhador formal ou informal (REPUBLIC OF SOUTH AFRICA, 2014). Esse sistema, ainda em fase de implantação, exige uma contrapartida financeira de quem ganha acima de certo patamar de renda. São ofertados serviços em diferentes níveis, desde a atenção primária aos níveis altamente especializados de cuidados, mas com ênfase na prevenção e promoção da saúde.

O Brasil difere desses países em relação à garantia do direito à saúde. O

Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1988 e regulamentado em 1990, propõe-se a garantir a saúde enquanto direito em caráter universal em todo o país, sem contribuição financeira. Este é um diferencial, pois ainda que a implementação do SUS tenha limitações e problemas, a garantia legal existe e há uma mobilização na sociedade para sua permanência.

Depois de mais de uma década de desenvolvimento de ações com recursos do Banco Mundial, em 2010, os gastos públicos com a saúde no Brasil para enfrentamento do HIV/Aids foram de US$1.329.000.000, oriundos exclusivamente de fontes governamentais. Desse total, 70,2% foram gastos com ações de tratamento e 19,9% com prevenção (BRAZILIAN MINISTRY OF HEALTH, 2012).

O gasto total com saúde em HIV/Aids de Moçambique foi de US$146.420.694, mas o governo arcou apenas com 3%, enquanto 96% foram oriundos de organismos e parceiros internacionais e 1% do setor privado (REPUBLIC OF MOZAMBIQUE, 2012).

A África do Sul gastou no enfrentamento do HIV/Aids e tuberculose, US$1.616.533.224 dos quais 75% são de responsabilidade governamental e 16,4% de organismos internacionais, mantendo o maior programa mundial de distribuição de antirretrovirais, mas que só em 2010 foi iniciado como política de Estado. Comparativamente, apesar do menor valor nominal de gastos em relação à África do Sul, o Brasil como tem menos pessoas com HIV, e um maior investimento na epidemia.

Os três países estudados apresentam diferentes epidemias, como pode ser observado nos dados do Quadro 2. No Brasil, dados da UNAIDS referentes

a 2013 apontavam 730.000 pessoas vivendo com HIV/Aids[12]. A epidemia é concentrada, atingindo principalmente populações em situação de maior risco e vulnerabilidade que apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV – homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis. O Gap Report, da UNAIDS aponta que "no Brasil, o país com o maior número de pessoas com HIV na região [América Latina], novas infecções aumentaram cerca de 11%" (UNAIDS, 2014, p.88).

Quadro 2 - Indicadores selecionados em HIV/Aids para África do Sul,

Brasil e Moçambique - 2005-2013

Indicadores por país	Africa do Sul		Brasil		Moçambique	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Prevalência estimada em adultos	18,5	19,1	s.d.	0,6	11,1	10,8
% de jovens com HIV (15-24 anos) Homem/Mulher		13,1/4		0,2/0,4		6,1/2,7
Pessoas vivendo com HIV (todas as idades)	5.600.000	6.300.000	s.d.	730.000	1.200.000	1.600.000
Pessoas vivendo com HIV com 15 anos e acima	5.300.000	5.900.000	s.d.	720.000	1.100.000	1.400.000
Estimativa de novas infecções	560.000	340.000	s.d	44.000	160.000	120.000
Mortes relacionadas à Aids	380.000	200.000	s.d.	16.000	73.000	82.000
% de adultos com HIV em TARV, 2013		2.466.570 42%		327.562 41%		456.055 33%

Fonte: UNAIDS, 2014[13]

12 Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014) estimava-se em 2014 o total de 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids, correspondendo a uma prevalência de 0,4%.

13 Optou-se por usar os dados da UNAIDS, por serem produto de relatórios dos países encaminhados à organização referentes a anos delimitados, o que pode permitir uma comparabilidade dos dados. Entretanto, também buscamos dados em documentos específicos dos países, quando foi possível obter uma leitura mais atual dos dados. Dessa

Em relação à razão de sexo, o Boletim Epidemiológico de DST e Aids afirma:

> No período de 1980 até 2008, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de aids. Com isso, a razão de sexo, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, apresentou redução de até 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexo, que passou a ser de 18 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2013 (BRASIL, 2014,p.12).

Apesar de a epidemia ser considerada controlada e localizada em determinados perfis populacionais, de acordo com as análises de vulnerabilidade classe-gênero-raça, confirma-se um crescimento de novos casos e de mortalidade de homens e mulheres nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste. Apenas na região Sudeste ocorre um decréscimo de casos novos da epidemia.

O Boletim Epidemiológico de DST e Aids mostra que de 1980 até dezembro de 2013, ocorreram "278.306 óbitos tendo como causa básica a aids, a maioria na região Sudeste (61,8%), seguida do Sul (17,3%), Nordeste (11,9%), Centro-Oeste (5,0%) e Norte (4,0%)" (BRASIL, 2014p.19). Os dados apresentados mostram as diferenças regionais em relação à mortalidade por Aids:

> Avaliando o coeficiente de mortalidade padronizado, observa-se uma tendência significativa de queda nos últimos dez anos para o Brasil como um todo, o qual passou de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013, representando uma queda de 6,6%. No entanto, essa mesma tendência não se observa em todas as regiões do país; apenas as regiões Sudeste e Sul apresentam tendência significativa de queda, sendo esta mais acentuada no Sudeste (26,3%). Nas regiões Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento nos últimos dez anos [...] no Nordeste aumentou 41,9%, passando de 3,1 para 4,4 óbitos para cada 100 mil habitantes. (BRASIL, 2014, p.19)

forma, pode haver uma divergência entre alguns dados apresentados, de acordo com a fonte indicada.

Em Moçambique a Aids é uma epidemia heterossexual e considerada pela ONU fora de controle, havendo mais mulheres infectadas que homens, o que também ocorre na África do Sul. Como nos dois países a maioria da população é negra, as mulheres negras estão entre as pessoas mais atingidas pela infecção. Se no início da epidemia, nos três países, as mulheres eram minoritariamente atingidas, ao longo das décadas foram sendo infectadas através de relações heterossexuais. Mulheres jovens se tornaram as maiores vítimas da epidemia nesses países africanos.

Dados sobre a prevalência de Aids entre gestantes apontam que, em Moçambique, na faixa etária de 25 a 29 anos se encontram 18,5% das gestantes, e entre 20-24 anos estão 14,9% de mulheres nessa situação. Ao mesmo tempo, observa-se que a "prevalência do HIV entre mulheres entre 15–49 anos em atendimento em clínicas de pré-natal na África do Sul era de 29,5% em 2012" (SANAC, 2014, p.6). No Brasil, em 2013, 7.219 gestantes foram detectadas com HIV, sendo que 27,5% tinham entre 20-24 anos (BRASIL, 2014).

No Brasil, a razão de sexo entre homens e mulheres em 2013 era 1,8, indicando que na média, há mais homens infectados que mulheres (BRASIL, 2014). Na África do Sul, dados do UNAIDS indicam que a prevalência entre adultos acima de 15 anos é de 19,2%, totalizando cerca de 6.700.000 pessoas, das quais 59,7% são mulheres. (UNAIDS, 2015)

Em Moçambique, as mulheres são ainda mais atingidas pela Aids, na faixa entre 15-24 anos: 8,2 mulheres têm Aids, e apenas 2,8 homens. Em alguns países africanos, o sistema patriarcal contribui para a disseminação da epidemia entre

mulheres jovens (HEAD, 2011; CASIMIRO, 2012), expressando-se por meio de: sexo intergeracional motivado pela necessidade de sobrevivência; padrões culturais que definem caber ao pai-tio-irmão escolher com quem uma menina vai casar, podendo haver pagamento pelo noivo; iniciação sexual de meninas por homens mais velhos; poligamia e violência contra a mulher.

O diferente crescimento da epidemia nos três países destaca um dos principais elementos no seu controle/descontrole: a existência ou não de resposta, por parte das políticas públicas, a partir dos anos 1980. O governo moçambicano elaborou já três planos nacionais de enfrentamento à Aids, mas a sua implementação não garantiu o controle da epidemia. O governo sul-africano só se envolveu efetivamente no enfrentamento do HIV/Aids a partir da década de 2000, e a epidemia cresceu intensamente até então. O governo brasileiro viu a estimativa de mortes por Aids ser reduzida a partir da introdução da terapia antirretroviral em 1996, extensiva a todos os que têm indicação de uso, e fornecida gratuitamente por cerca de 700 unidades de saúde no território nacional.

O que dizer sobre pobreza em relação às pessoas com HIV/Aids? No Brasil, a escolaridade tem sido usada "como variável proxi de situação socioeconômica, e o fenômeno de pauperização tem sido caracterizado pelo aumento da proporção de casos de Aids com baixa escolaridade" (BRITO, 2006, p1). Dados do Boletim Epidemiológico DST /Aids 2014 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014) indicam que 30,8% das pessoas com HIV/Aids têm de cinco a oito anos de escolaridade, enquanto 21,3% das pessoas têm menos de quatro anos de escolaridade. Apenas 9,5% têm nível superior completo.

A partir desses dados, pode-se inferir que a maioria das pessoas com HIV/Aids não tem acesso a altos rendimentos. Se pensarmos nos indicadores apresentados no Quadro 1, e destacando o desemprego, veremos que este também pode ser utilizado para pensar a pobreza. A África do Sul, considerada a potência econômica da região, tem taxa de 25,6% de desemprego, superando Moçambique, cuja taxa é de 22,5%, ou seja, 1/4 da população sul-africana e mais de 1/5 da moçambicana não tem emprego, o que significa que não tem como garantir sua sobrevivência.

Não há dados sobre como se comporta o desemprego entre as pessoas com HIV, mas é de supor que as pessoas infectadas, nem sempre com acesso a tratamento antirretroviral, devem ter maiores dificuldades em obter emprego, pois precisam ir a consultas, os medicamentos causam efeitos colaterais, e elas enfrentam preconceito e discriminação.

Uma questão a ser enfrentada para pessoas vivendo com HIV/Aids é a falta de programas de apoio assistencial, que garantam acesso à alimentação, habitação, transporte, para as pessoas que não conseguem se inserir no mercado de trabalho em função da doença e do estigma a ela vinculado. Não existem programas específicos para as pessoas com HIV/Aids no Brasil nem em Moçambique.

No relatório “Aconselhamento em HIV/TB: quem está a fazer o trabalho”, apresentado em Maputo, a 21 de julho de 2015 por Médicos Sem Fronteiras e pela Rede Nacional de Organizações de Pessoas Vivendo com SIDA em Moçambique (RENSIDA), com base em estudos em oito países da África Subsaariana, considera-se haver falta de apoio financeiro e político para

o aconselhamento em torno da pandemia do século e da tuberculose – duas enfermidades que estão associadas, o que se configura como um impedimento à luta contra a Aids (MEDECINS SENS FRONTIERES, 2015).

A pesquisa indica também que a resposta à doença em Moçambique "está a negligenciar recursos cruciais para incluir e manter milhares de pessoas em tratamento e o desafio para a retenção de gente em tratamento é enorme. 33% de pessoas com VIH/SIDA abandonaram os cuidados ao fim de um ano e outro grupo deixou de se submeter a esta terapia após três anos. As pessoas submetidas aos antirretrovirais precisam não só de médicos, mas de pessoas que conhecem suas realidades diárias e possam orientá-las a superar os obstáculos", defendem os Médicos Sem Fronteiras e a RENSIDA (@Verdade, 2015).

No Brasil, trabalhadores formais com HIV/Aids têm o auxílio-doença e podem acessar a aposentadoria, assim como ter acesso a recursos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Para trabalhadores no setor informal, a possibilidade de obter um auxílio financeiro através de algum programa de transferência de renda vai depender da renda familiar se enquadrar nas exigências do programa e da condição de saúde da pessoa – somente aquelas extremamente debilitadas podem obter alguns desses auxílios, só concedidos quando a pessoa não tem condições de ter rendimento por conta própria. Outros benefícios dependem do governo estadual ou municipal, como o acesso gratuito a transporte público.

Na África do Sul, há benefícios assistenciais que podem ser acessados pelas pessoas com HIV/Aids, mas não se configuram como um direito. Cestas básicas

podem ser distribuídas entre pessoas com Aids, mas a obtenção depende da avaliação que o gestor das clínicas que distribuem antirretrovirais faz em relação aos usuários, podendo este conceder ou negar o acesso.

4. RESPOSTAS AO HIV E AIDS PELOS PAÍSES

Nos três países estudados, as respostas governamentais e da sociedade civil organizada são diferenciadas e demarcam o maior ou menor acesso aos serviços e políticas de saúde para o HIV/Aids, assim como o enfoque de gênero. Considera-se que a conjuntura do período 1980-2015, marcada pelo ajuste estrutural e economia de mercado, restringiu a implementação das políticas de saúde no Brasil, África do Sul e Moçambique (ROCHA, VIEIRA, SOARES, 2011), apesar dos países avançarem nas políticas para a promoção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais, em resposta às lutas feministas para implementar a agenda das conferências da Organização das Nações Unidas da década de 1990 pelos direitos das mulheres, LGBT, população negra e contra a epidemia da Aids.

Desde finais da década de 1970, o capitalismo mundialmente tem vivenciado uma crise estrutural, gerando um movimento para seu enfrentamento, que envolve a desregulamentação de mercados, eleva o desemprego estrutural, questiona a intervenção do Estado na economia e o seu papel como provedor de proteção social. É dominante o pensamento da ordem liberal-burguesa, ainda que se apresente disfarçado sob a roupagem de neodesenvolvimentismo, como na realidade brasileira, tentando mesclar crescimento econômico com desenvolvimento social. Mas essa mescla acaba

por transformar-se em farsa, pois o interesse hegemônico é o liberal, como aponta Castelo (2013).

Os países em desenvolvimento, para ter acesso a empréstimos internacionais de agências como o Fundo Monetário Internacional (FMI), precisam se comprometer a assinar acordo de reestruturação da ação estatal, com ênfase no ajuste fiscal, em medidas de contenção de gastos públicos, com cortes de direitos sociais para trabalhadores e não trabalhadores. Desde a ocorrência de uma onda longa de estagnação, a partir de 2007, se acirram as posições e são colocadas em xeque as políticas sociais, o que as direciona para a lógica do consumo e do produtivismo, via programas de transferência de renda, em vez da lógica dos direitos e serviços gratuitos e universais (BEHRING, 2012, p. 178).

> A política social, deslocada do keynesianismo e da inspiração beveridgeana, vem sendo refuncionalizada e tensionada pela supercapitalização, termo de Mandel (1982) que busca caracterizar o espraiar do capital para zonas antes não-mercantis. Trata-se de uma decorrência da supercapitalização, do excesso de liquidez de capitais que passam a buscar nichos de valorização industrializando determinados setores, a exemplo da saúde, da educação, da previdência social e outros (BEHRING, 2012, p.178)

Em Moçambique, com a adoção do ajuste fiscal, a partir de 1987, saúde e educação passaram a ser políticas com participação da população no custeio, num país em que há mais de 50% de pobres. Na África do Sul, também a política de saúde não constitui um direito universal, com a população negra e pobre tendo que contribuir para os custos, de acordo com sua capacidade de pagamento. Nos dois países, o sistema de saúde não consegue atingir toda a população, especialmente a que vive nas áreas rurais, onde os serviços exigem horas de caminhada para chegar às unidades de saúde.

No Brasil, a força do neoliberalismo vem se espraiando inclusive sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com inúmeras lutas de resistência daqueles identificados com sua construção, através do movimento de reforma sanitária. Para Soares (2010), as tendências da política de saúde brasileira na atualidade expressam as necessidades do capital, de investimento na área dos serviços de saúde, tanto por dentro do sistema público, através das contratações/ contratualizações e/ou convênios com instituições privadas lucrativas e não lucrativas, na perspectiva das terceirizações e parcerias público-privada, como para além do SUS, via mercado expressamente privado e mercantilizado, denominado sistema suplementar – com planos e seguros saúde, redes de hospitais privados, rede de farmácias, indústria medicamentosa e de equipamentos de saúde (SOARES, 2010).

Entre as principais tendências presentes nesse processo, considerado uma contrarreforma na área de saúde, indica predominância dos interesses de investimento do capital; presença do setor privado na saúde pública[14], principalmente pela cessão de unidades de saúde para gestão por grupos privados, pela dominância do uso de medicamentos favorecedores dos interesses da indústria farmacêutica – como no caso da Aids, ou pela predominância da lógica hospitalocêntrica em detrimento da atenção básica (tendência também presente em relação à Aids); precarização da atenção em saúde, pelo subfinanciamento, déficit de recursos humanos e predomínio de práticas emergenciais e assistenciais; e uma ampliação

14 Gerando o projeto SUS possível: "diante dos limites da política econômica, [lideranças transformistas] defendem a flexibilização dos princípios da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo de reatualização, modernização ou mesmo como continuidade daquela. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rápida na disputa hegemônica (SOARES, 2014, p.18).

restrita da rede de serviços, que não oferece condições de atendimento a toda a demanda reprimida do setor. A promoção restrita da saúde dá ênfase à responsabilização dos sujeitos e às práticas comportamentalistas, sem levar em consideração a determinação social do processo saúde-doença e a relevância de uma ação integral e intersetorial das diversas políticas sociais. (SOARES, 2010)

Soares (2014) aponta que a racionalidade política hegemônica no Estado brasileiro na atualidade compõe o projeto de desenvolvimento econômico chamado neodesenvolvimentista, o qual precisa, "por um lado, de um Estado que invista fortemente na garantia de crescimento e maximização do capital e, por outro, que implemente políticas sociais básicas e precárias, com ênfase assistencial" (SOARES, 2014, p. 221).

Para Behring (2012), a crise contemporânea do capitalismo delineou novas configurações para o fundo público e as políticas sociais. Segundo a autora, o suporte material do Estado tem sido fundamental para o processo de reprodução ampliada do capital, fazendo do fundo público "uma mediação decisiva no capitalismo" (p.156). Por meio das políticas sociais, "o Estado realiza compras, contrata força de trabalho, pagando seus salários, transfere renda e até contrai dívidas em seu nome" (p.178). Behring reafirma ainda a natureza contraditória da política social: ao mesmo tempo em que produz acesso a direitos conquistados pelos trabalhadores, possibilita a realização de interesses capitalistas.

Para Silva (2012, p.217), "a política social contemporânea tem sido alvo de sucessivos ataques em tempos de crise do capital, desde a década de 1970,

e os mecanismos usados são as contrarreformas".

> A chamada crise fiscal do Estado passa a ser o argumento para a defesa neoliberal do corte de gastos sociais que esconde as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender em maior escala as demandas do grande capital[...]Num contexto de clara disputa pelo fundo público – no qual o capital acaba sendo o maior beneficiário – o corte dos gastos estatais é feito sob o argumento de escassez de recursos, de conter o déficit público, ou no caso do Brasil, de evitar a volta da inflação (SILVA, 2012, p.217).

A partir da crise do capital dos anos 1970, "marcada pelo neoliberalismo e hegemonia financeira, o fundo público se torna menos público e elevam-se exponencialmente os poderes assimétricos na democracia contemporânea" (TEIXEIRA, 2012, p. 182).

Em meio às medidas de liberalização comercial no bojo das propostas de Estado mínimo que a partir dos anos 1990 inflexionaram as políticas públicas nesses três países, somente o Brasil garantiu a universalidade do direito à saúde, ainda que o Sistema Único de Saúde, instituído a partir de 1990, venha se confrontando com interesses privados que atuam na perspectiva de mercantilização da saúde, conforme pode ser observado em Soares (2010).

Moçambique tem um precário sistema de saúde que não consegue atingir todo o seu território, além de ter um déficit de profissionais. Segundo Casimiro et al. (2012), o Serviço Nacional de Saúde cobre parcialmente o território nacional, em trono de 58%. A maioria das unidades de saúde situa-se no sul do país, nas cidades com maior infraestrutura. O serviço público é complementado pelos serviços privados, acessíveis apenas mediante pagamento. O governo não tem recursos próprios que possibilitem

garantir serviços de saúde a toda a população. Por outro lado, a população moçambicana tem baixos rendimentos, o que a expõe a sofrer doenças sem ter possibilidade de buscar serviços privados. No enfrentamento da Aids, o país vem recebendo apoio do governo brasileiro, que investe em uma fábrica de medicamentos genéricos e antirretrovirais, o que pode representar um importante diferencial diante do avanço do HIV nesse país e na África do Sul. Fruto da estratégia de colaboração Sul-Sul com o Brasil, com apoio da brasileira Farmanguinhos[15], esse apoio representa um investimento de mais de 23 milhões de dólares. A produção efetiva de medicamentos estava prevista para ter início em 2014, com a produção de seis tipos de antirretrovirais e 21 medicamentos genéricos. Já tendo iniciado suas atividades, a fábrica tem capacidade produtiva de 371 milhões de unidades farmacêuticas, de disponibilizar por ano 226 milhões de antirretrovirais e 145 milhões de outros medicamentos. Este empreendimento é o primeiro de produção de antirretrovirais e outros medicamentos na África com capitais totalmente públicos.

Dessa forma, em Moçambique o tratamento para a população atingida pelo HIV é dependente das organizações internacionais de cooperação e de ajuda humanitária. No que se refere às políticas de prevenção, Moçambique e África do Sul enfocaram a estratégia contra a epidemia da Aids na abstinência, fidelidade e uso do preservativo, denominada ABC (*Abstinence, Being faithful to ones partner, and using Condoms*), compondo o Plano Emergencial da Presidência para o Alívio da Aids (President's Emergency Plan For AIDS Relief

15 Laboratório pertencente ao governo brasileiro para a fabricação e desenvolvimento de medicamentos, vinculado à Fundação Oswaldo Cruz, do governo da República Federativa do Brasil. A Fiocruz busca alternativas mais baratas aos medicamentos produzidos pelas empresas farmacêuticas de mercado, sendo uma de suas linhas de produção aquela que se refere a medicamentos de enfrentamento ao vírus HIV.

- PEPFAR/Emergency Plan),organizado pelo Presidente dos EUA George W. Bush a partir de 2003 e exigiu que a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) reparasse, com políticas efetivas de prevenção ao HIV/Aids, a enorme dívida social que mantém com as mulheres que foram esterilizadas nos anos 1960-1970 (ROCHA, 2010).

Essa política de controle de natalidade, promovida pela USAID nos anos 1960, foi instituída por meio do uso da laqueadura como método contraceptivo, constituindo-se em uma das estratégias da Aliança para Progresso que visava o desenvolvimento e o controle político dos países da América Latina, no contexto do avanço das movimentações comunistas e socialistas. Seus efeitos perduram até hoje, de modo que exige mudanças nas políticas de prevenção, já que o uso da laqueadura se mantém alto e as mulheres laqueadas apresentam grande resistência ao uso do preservativo.

De acordo com Rocha (2010), passadas quase duas décadas (1990-2000), tal estratégia demonstrou que não controlou a epidemia, mas ao contrário criou forte resistência para se falar sobre sexo, sexualidade e prevenção. O anterior Secretário-geral das Nações Unidas Kofi Annan, em sua gestão 1997-2007, já havia proposto uma nova estratégia para enfrentar a epidemia, mas o ABC persiste até hoje nas estratégias africanas decorrentes de alianças conservadoras da igreja e agências como a USAID e seus parceiros. Nesse ponto, o Brasil difere na abordagem para a prevenção, com o enfoque na vulnerabilidade e falando sobre sexualidade e práticas sexuais seguras.

No Brasil, em que pese o sentido democrático e universal do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado a partir dos anos 1990, como produto das lutas

sociais por democratização e direitos sociais, observa-se que a partir dos anos 2000, os interesses privados na área de saúde vêm indicando o caminho da privatização do acesso à saúde. Formalmente, o direito à saúde existe, mas no dia-a-dia, enfrenta-se o sucateamento de serviços, a insuficiência de profissionais na área de saúde, a contratação de profissionais para os serviços públicos através de processos de terceirização, contratos precários de trabalho, a cessão do gerenciamento de unidades públicas a organizações sociais e fundações, questionando a racionalidade do SUS e do Projeto de Reforma Sanitária que deve orientar os serviços públicos e estatais de saúde (SOARES, 2011).

Em relação ao enfrentamento do HIV, a partir de 1986, o Brasil elaborou uma política pública, pressionado e em colaboração com a sociedade civil, com ênfase nos direitos das pessoas que vivem com HIV e Aids para o acesso à prevenção e ao tratamento, e também considerando os direitos sexuais, com debate aberto sobre sexualidade e educação para o uso do preservativo. Nos anos 1990, o país iniciou a produção e distribuição de ARV. Hoje, se distribui o tratamento para todas as pessoas que precisam, contudo, a produção local é limitada pelas regras político-econômicas da indústria farmacêutica (ROCHA, 2010).

No país, entre as décadas de 1980 e 1990 os movimentos gay, de mulheres e de pessoas que vivem com HIV/Aids foram muito presentes, as ONGs assumiram atividades de educação em saúde que desde o início da retirada do apoio financeiro do Banco Mundial, nos anos 2000[16], passam por forte

16 O motivo principal da retirada do apoio às ONGs foi a consideração do Banco Mundial, junto à Coordenação Nacional de Aids, de que o país dispunha de recursos específicos para o fortalecimento da sociedade civil.

crise de financiamento, levando ao fechamento de ONGs ou à diminuição de seu campo de ação.

Na África do Sul, destaca-se a batalha capitaneada pela ONG Treatment Action Campaign (TAC) para garantia de antirretrovirais (ROCHA, VIEIRA, SOARES, 2011). Os dados da UNAIDS (2014), no Quadro 2, informam que o tratamento é extensivo a 42% das pessoas HIV positivas.

Em Moçambique, convive-se com a ascensão de uma pulsante movimentação social pelos direitos humanos, particularmente pelos direitos das mulheres e população LGBT. A cobertura do Tratamento Antirretroviral (TARV) aumentou de 44%, em 2012, para 68%, em 2013. Verificou-se igualmente um aumento no número de unidades sanitárias que oferecem TARV, de 316, em 2012, para 563, em 2013, o que dá uma cobertura de 39% em termos de rede sanitária (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2014).

Em Moçambique, a alavanca para o crescimento da epidemia pode ser explicada no contexto do pós-guerra de libertação, seguido da guerra civil, que deixou a população traumatizada e pauperizada, dependente de um frágil sistema de saúde, com dificuldade de acesso à educação, à informação específica sobre HIV. Nesse país, a prioridade era recuperar as forças políticas e econômicas (ROCHA, VIEIRA, SOARES, 2011). O Serviço Nacional de Saúde, insuficiente para as necessidades, deixa principalmente a região norte sem a necessária cobertura de saúde. Pouco mais da metade dos partos (56 a 57%) não são feitos em unidades de saúde, o que abre espaço para a transmissão vertical do HIV (de mãe para filho, durante o parto).

Há sobrecarga das unidades sanitárias com o atendimento e internamento

de PVHS, há insuficiência de profissionais para atender às necessidades dos cuidados de saúde. A articulação com as organizações da sociedade civil é deficiente e há cortes nos orçamentos que impedem a continuação de programas sociais (CASIMIRO et al, 2012).

De acordo com Casimiro et al (2012), a extinção dos dois Hospitais de Dia específicos para tratamento de HIV/Aids em 2008, em funcionamento desde 2001, sob o argumento de integração ao sistema de saúde, não foi acompanhado por uma preparação das unidades sanitárias, e nem resolveu os problemas de discriminação, estigma e preconceito, nem garantiu a humanização do atendimento das pessoas com HIV/Aids. No Hospital Central de Maputo (HCM), no ano de 2012, 50% do atendimento foi concentrado em pessoas com HIV/Aids, seguido de hipertensão arterial primária (12% do atendimento). A malária e a tuberculose situam-se na oitava e décima posições. O baixo PIB do país, a dependência de ajuda externa, a fragilidade do sistema de saúde ainda apontam para os riscos dos moçambicanos diante da Aids.

Na África do Sul, no final dos anos 2000, já no governo de Jacob Zuma, (2009 – 2014, em seu segundo mandato até 2019), a atenção para pessoas com HIV/Aids teve uma inflexão, com a concessão de antirretrovirais para todos, intensificação de testagem, atenção à transmissão vertical. A distribuição dos medicamentos se faz principalmente através de clínicas privadas, onde nem sempre as pessoas estão livres de discriminação. Mas a expectativa de vida após o HIV abriu novas esperanças para a população, assim como a perspectiva de controle da infecção.

Refletindo sobre as desigualdades de gênero, orientação sexual e raça vivenciadas nesses países, identifica-se que as mulheres nos três países

estão em estágios diferentes de sua luta pela garantia de direitos de gênero. Nas sociedades moçambicana e sul-africana, onde ainda existem grandes percentuais de pessoas vivendo em áreas rurais, há forte desequilíbrio entre o poder de homens e mulheres, as quais estão presas a normas de submissão, devendo obediência aos homens da família, enquanto solteiras, inclusive sendo obrigadas a casar-se muito jovens, por pessoas escolhidas por sua família, configurando casamentos forçados, e rendendo benefícios para sua família – que recebe bens, animais, dinheiro, como dote pela mulher.

Na África do Sul há liberdade formal/legal para orientação sexual, inclusive com a existência de casamento entre pessoas do mesmo sexo, mas no dia-a-dia ocorrem agressões e assassinatos de mulheres lésbicas, desrespeitando a lei, as vontades, os direitos. No Brasil, ocorrem agressões e assassinatos de gays e travestis em cidades como São Paulo, a metrópole onde o poder econômico exerce sua maior força.

Em relação à questão racial e étnica, enquanto o Brasil é considerado uma democracia racial quando na realidade, existe um racismo explícito ou disfarçado. "No Censo Demográfico de 2010, 97 milhões de pessoas se declararam negras, ou seja, pretas ou pardas, e 91 milhões de pessoas, brancas", segundo Silva e Goes (2013, p.3), que sintetizam a condição da população negra:

> Além da fecundidade mais elevada entre a população negra, outra diferença importante na dinâmica demográfica encontrada neste trabalho foi no perfil da mortalidade, tanto por idade quanto por causas. Os óbitos da população branca eram mais concentrados nas idades avançadas. Entre os negros, notou-se uma proporção bem mais elevada de mortes na população de 15 a 29 anos, o que pode ser explicado pelo fato da população negra ser mais afetada pelas causas externas. Isto é mais marcado entre os homens[...]Em

> resumo, a população negra predomina na população brasileira, é mais jovem, tem mais filhos, é mais pobre e está mais exposta à mortalidade por causas externas, especialmente homicídios. (SILVA; GOES, 2013, p.17-18)

Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDF) indicam que

> Do total de famílias inscritas no Cadastro Único[17], 67% são chefiadas por negros. Dessas famílias, 88% são chefiadas por mulheres. Das famílias que recebem o Bolsa Família[18], 75% são chefiadas por negros. [Há] 10,3 milhões de famílias chefiadas por negros recebendo o Bolsa Família. [Há] 1,4 milhão de famílias extremamente pobres incluídas no Cadastro Único e no Bolsa Família (junho/2011 a março/2015) (BRASIL, 2015, p.9)

O documento "Retratos da Desigualdade de Gênero e Raça 1995-2013" aponta que em 2013, a população extremamente pobre no Brasil era de 4%, mas entre a população branca era de 2,5%, enquanto entre a negra (incluindo pretos e pardos) era de 5,3% - o dobro das pessoas brancas. Inversamente, entre os não pobres no mesmo ano, havia 54,6% de brancos e 30,3% de negros, indicando a desigualdade de acesso a trabalho, renda, educação, desse segmento majoritário entre a população brasileira.

Na África do Sul, dados apresentados por Butler (2004) apontam 76,7% de africanos negros, 8,9% de *coloureds*, 10,9% de brancos e 2,6% de indianos/asiáticos. Apesar do fim do *apartheid* no início da década de 1990, ainda é visível a complexidade das relações econômicas e raciais – os negros são os pobres,

17 Cadastro Único para Programas Sociais é o instrumento de registro da população em situação de pobreza para fins de acesso aos benefícios sociais do governo federal. Para se cadastrar, as famílias devem ter renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. Mais de 27 milhões de famílias estão inscritas no sistema. O cadastro é feito nas secretarias municipais de assistência social ou nos Centros de Referência de Assistência Social (Cras).

18 Bolsa Família é um programa federal de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que associa à transferência do benefício financeiro ao acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social.

os sem trabalho, os que vivem nas *townships*, sempre afastadas dos centros urbanos das cidades mais importantes. A riqueza concentra-se nas mãos de brancos, e alguns poucos negros têm acesso a ela. Butler indaga por que um país em desenvolvimento incluído entre os países de renda média pela United Nations Development Programme (UNDP) tem um IDH inferior a outros países semelhantes? E aponta como resposta, a extrema desigualdade de renda existente na sociedade (ver Quadro 1) em que "quase a metade da população do país vive na pobreza sem acesso a dinheiro ou crédito"[19] (BUTLER, 2004, p. 66). Além disso, destaca "uma segunda explicação para a frágil performance da África do Sul está nos serviços públicos desiguais. O acesso a esses serviços é distorcido, com os não-pobres se beneficiando da educação pública, saúde, acesso a água, saneamento e transportes[20]" (BUTLER, 2004, p.67).

Em Moçambique, de acordo com Thomaz (2005-6), 99% da população moçambicana era negra, em 1999. Havia 0,45% de população mista, 0,08% de brancos e 0,08% de indianos. O autor sintetiza: "Fragmentação. Assim convém interpretar esse universo que, por comodismo, podemos denominar de relações raciais em Moçambique" (THOMAZ, 2005-6, p. 267).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma reflexão sobre a realidade de três países que convivem com a epidemia de HIV/Aids, pensando nas diferenças socioeconômicas e políticas entre

19 Tradução livre de: "Almost half of the country's people live in poverty with acess to neither money or credit".

20 Tradução livre de: "A second explanation for South Africa's poor performance lies in its unequal public services. Acess to such services is skewed, with the non-poor benefiting from public education, health, water, sanitation, and transport provision".

eles e em relação à epidemia, apontando o papel do Estado para a garantia do direito à saúde, mostra a sua importância no enfrentamento de uma epidemia que se alastrou rapidamente, na ausência de decisões e ações a tempo. Head expôs:

> Pouco antes das eleições democráticas na África do Sul em 1994, o Departamento Nacional de Saúde e Desenvolvimento da População estimou que havia cerca de 322.000 pessoas soropositivas. Em 2008, este número havia subido para entre 4,9 e 5,7 milhões de pessoas, ou seja, cerca de uma em cada onze pessoas na população em geral (HEAD, 2011, p.121).

Sobre a realidade do HIV em Moçambique, Casimiro et al (2012, p. 46) apontaram: "até inícios de 2001, Moçambique manteve uma posição oficialmente contrária à inclusão do TARV na campanha de luta contra o SIDA, apresentando como argumentos o elevado custo associado a limitações laboratoriais, de recursos humanos e até dúvidas sobre a capacidade dos infectados moçambicanos aderirem de forma integral a um programa de tratamento antirretroviral, descrito como 'altamente complexo'".

Se o governo brasileiro não tivesse no início da epidemia e sob pressão dos movimentos sociais, tomado a decisão de instituir políticas de enfrentamento da epidemia, e mais tarde, se não tivesse incluído a garantia de distribuir gratuitamente antirretrovirais às pessoas para as quais esses medicamentos eram indicados, provavelmente teríamos assistido a uma explosão da epidemia de tal porte como nesses países africanos. Nenhuma ONG, sozinha ou mesmo em colaboração com outras, teria condições de alcançar todo o território nacional, nem de responder às dimensões da epidemia. Seu recrudescimento na década de 2010 exige ainda hoje mobilização da

sociedade civil e atenção do Estado, o que se mostra cada vez mais difícil diante dos imperativos do neoliberalismo, que assola os países do sul, de média e baixa renda.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. *Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social.* In: SALVADOR, Evilásio et al (Org.). Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez Ed., 2012.

BOOM, Bart van den. Análise da pobreza em Moçambique. *Situação da pobreza dos agregados familiares, malnutrição infantil e outros indicadores 1997, 2003, 2009*. Março de 2011. Disponível em http://www.sow.vu.nl/pdf/Mozambique/Analysis%20of%20Poverty%20in%20Moz%20March%202011%20Port.pdf. Acesso em 6 out.2015.

BRASIL. *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). Plano Brasil Sem Miséria*. Caderno de Resultados da População Negra. 2011- abril 2015. Brasília: MDF, maio 2015

_____, *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.* Boletim Epidemiológico AIDS & DST. Brasília: MS, Ano III, n.1, 2014.

BRAZILIAN MINISTRY OF HEALTH. *Progress Report on the Brazilian Response to HIV/AIDS. (2010-2011)*. Brasília: Ministry of Health, 2012.

BRITO, Ana Maria de. *A evolução e distribuição social da doença no Brasil.*

ComCiência Revista Eletrônica de Jornalismo Científico, Campinas SP, n.76, 2006.

BUTLER, Anthony. *Contemporary South Africa.* New York: Palgrave, 2004.

CASIMIRO, Isabel et al. *Relatório de Moçambique do Projecto de pesquisa "Desafio do SIDA nas suas dimensões socioeconómicas, culturais e políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique"*, Moçambique: OSISA, 2012.

CASTELO, Rodrigo. *O canto da sereia: social-liberalismo, novo desenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro.* Revista Em Pauta. V.11, n.31. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social, 2013.

CONSELHO *Nacional de Combate ao HIV e SIDA, Secretariado Executivo, 2014*. Relatório Anual de Progresso das Actividades de Combate ao HIV/SIDA –2013. República de Moçambique: Maputo, maio 2014.

CRUZ E SILVA, Teresa Maria da. *Moçambique: um perfil.* Portugal: Fundação Calouste Gulbekian; EUA: Fundação MacArthur, s/d. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/emancipa/gen/mozambique.html>. Acesso em: 21 ago. 2015.

HARVEY, David. *Neoliberalismo: História e Implicações*. São Paulo: Loyola, 2005.

HEAD, Judith. *O contexto e os contornos do HIV/AIDS na África do Sul.* IN: ROCHA, Solange, VIEIRA, Ana Cristina de Souza, SOARES, Raquel Cavalcante (Org). Desafios à vida. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e África do Sul. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

HUMAN *Sciences Research Council (SRC). South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012.* Cape Town: HSRC Press,2014. Disponível em Human Sciences Research Council. Disponível em

http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/4565/SABSSM%20IV%20LEO%20final.pdf. Acesso em: 12 dez., 2013.

IBGE. P*aíses @*. Disponível em http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php. Acesso em 18 ago.2015.

IASI, Mauro. *As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento.* São Paulo: Expressão Popular, 2006.

IPEA, ONU MULHERES, SPM, SEP*PIR. Retrato das desigualdades de gênero e raça.* Brasília: IPEA, 2013. Disponível em http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores.html. Acesso em: 5 out. 2015.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *The Gap Report*. UNAIDS: Geneva, 2014.

_____. UNAIDS Brasil. *Relatório global do UNAIDS sobre prevenção destaca avanços e desafios da resposta à AIDS no Brasil*. Disponível em http://unaids.org.br/2016/07/3883/. Acesso em 26 ago. 2016. _____. UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2013. UNAIDS: Geneve, 2013.

MEDECINS SENS FRONTIERES. *HIV/TB counselling: Who is doing the job? Time for recognition of lay counsellors.* Cape Town: MSF, 2015. Disponível em http://www.msf.org.br/sites/default/files/web_hiv_tb_counselling_2015_final_report.pdf?_ga=1.131229519.1763013908.1472217224. Acesso em 5 out. 2015.

MOTA, Ana Elizabete. *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia.* São Paulo: Cortez, 2012.

PAULO, Margarida, Carmeliza ROSÁRIO e TVEDTEN, Inge. *Monitoring and Evaluating Poverty Reduction Policies in Mozambique*. Study 2: Social

Relations of Urban Poverty. Bergen: Chr. Michelsen Institute (CMI Brief vol. 7 no. 3) 4 p., 2008.

POSEL, Deborah. *A controvérsia sobre a AIDS na África do Sul: Marcas da política de vida e morte no pós-apartheid.* Afro-Ásia, 34 (2006), 39-66.

REPUBLIC OF MOZAMBIQUE. *2012 Global AIDS Response Progress Report for the period 2010-2011*. Maputo: National AIDS Council, 2012.

REPUBLIC OF SOUTH AFRICA. *2012 Global AIDS Response Progress Report for the period 2010-2011.* Johannesburg: Ministry of Health, 2012.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. *Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA. Moçambique 2013- 2015.* Maputo: Ministério da Saúde, 2013.

_____. R*elatório Anual de Progresso das Actividades de Combate ao HIV/SIDA – 2013.* Maputo: Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA, maio 2014, p.17.

ROCHA, Maria Solange Guerra. *Silenciosa Conveniência entre Transgressão e Conservadorismo. A trajetória feminista para o enfrentamento da Aids no Brasil.* 237 f. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

ROCHA, Solange, VIEIRA, Ana Cristina de Souza, SOARES, Raquel Cavalcante (Org). *Desafios à vida.* Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e África do Sul. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

RTP. *Um terço de doentes de SIDA em Moçambique abandona tratamento no primeiro ano.* Disponível em: <http://www.rtp.pt/noticias/mundo/um-terco-de-doentes-de-sida-em-mocambique-abandona-tratamento-no-

primeiro-ano_n846131>. Acesso em: 18 ago. 2015. Publicado em julho 2015.

SANTOS, Giselli Caetano dos. *A dimensão social da AIDS. Avanços e retrocessos da política de enfrentamento da AIDS no Brasi*l. 161 f. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

SILVA, Giselle Souza. *Transferências de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros.* In: Salvador, Evilásio et al (Org.). Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

SOARES, Raquel Cavalcante. *A contra-reforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.* 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

_____. *Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000.* IN: MOTA, Ana Elisabete, AMARAL, Angela (orgs). Serviço Social brasileiro nos anos 2000: cenários, pelejas e desafios. Recife: Editora Universitária UFPE, 2014.

_____. *Desigualdade Social e acesso às políticas sociais: a situação das pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil*. IN: Rocha, Solange; Vieira, Ana; Soares, Raquel. (Org.). Desafios à Vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011, p. 88-99.

_____. *Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais.* In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. (Org.). Análise da política

de saúde brasileira. 1a. ed. Vitória: EDUFES, 2014, p. 15-41.

SAMO, Graça, MILAGRE, Diogo, ROCHA, Solange, MEQUE, Percina. *Monitoring AID effectiveness in a gender perspective*. Final Report. Maputo: UN Women,2011. Switzerland: UNAIDS. 2013

SOUTH AFRICAN NATIONAL AIDS COUNCIL (SANAC). *Progress Report on the National Strategic Plan for HIV, TB and STIs (2012 – 2016).* Pretoria: SANAC, 2014. Disponível em <http://www.sanac.org.za/resources/cat_view/7-publications/9-reports>. Acesso em: 22 ago., 2014.

SOUTH AFRICAN GOVERNMENT. *South Africa's people.* 2015. Disponível em: <http://www.gov.za/about-SA/south-africas-people>. Acesso em: 21 ago., 2015.

SILVA, Tatiana Dias, GOES, Fernanda Lira (Org.). *Igualdade Racial no Brasil - Reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes.* Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

SUSSER, Ida. *AIDS, Sex, and Culture: Global Politics and Survival in Southern Africa*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2009.

TEIXEIRA, Sandra Oliveira. P*or trás do fundo público, o que está em jogo é a democracia*. IN: Salvador, Evilásio et al (Org.). Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez Ed., 2012.

UNAIDS. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.* The Gap Report. Geneva, 2014.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *HIV and AIDS estimates (2015)*. Disponível em http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/southafrica/. Acesso em 30 ago. 2016.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). *Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. UNDP: New YORK, 2014.

@Verdade. *Doentes com SIDA precisam de pessoas solidárias, treinadas, não só de médicos e o aconselhamento deve ser potenciado.* Disponível em http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/54134-doentes-com-sida-precisam-de-pessoas-solidarias-treinadas-nao-so-de-medicos-e-o-aconselhamento-deve-ser-potenciado. Acesso em 23 ago. 2015.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. *Determinantes sociais da saúde e Aids na realidade brasileira.* IN: ROCHA, Solange, VIEIRA, Ana Cristina de Souza, SOARES, Raquel Cavalcanti. Desafios à vida. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul.Recife: Editora Universitária, 2011.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza, ROCHA, Maria Solange Guerra, HEAD, Judith, CASIMIRO, Isabel Maria P.C. *Acesso aos serviços de saúde de referência para HIV/AIDS no Brasil, África do Sul e Moçambique*. Relatório Pesquisa para Edital Universal 2011. Recife: UFPE, 2013 (digitalizado).

VILELLA, Wilza, NILO, Alessandra. *A epidemia do HIV/AIDS e as políticas públicas.* IN: ROCHA, Solange, VIEIRA, Ana Cristina de Souza, SOARES, Raquel Cavalcante (orgs). Desafios à vida. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e África do Sul. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

DISCUTINDO NECESSIDADES E DIREITOS SOCIAIS NO ÂMBITO DO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE AIDS[1]

Giselli Caetano dos Santos

1.INTRODUÇÃO

Este artigo tem o objetivo de discutir necessidades e direitos sociais no âmbito da Aids. No Brasil, os avanços no tratamento mudaram esse cenário, fazendo com que, em pouco mais de 30 anos, uma epidemia altamente letal se transformasse em uma doença crônica. Como conquistas destacam-se o acesso público e gratuito à terapia antirretroviral, desde os anos 1990, e a criação de serviços de referência para testagem e tratamento – serviços esses que são estruturados com uma equipe multiprofissional, e tem a perspectiva de garantir atendimento integral, levando-se em consideração as características biopsicossociais.

No entanto, apesar dos avanços e dos esforços para dar uma resposta à epidemia, os dados do boletim epidemiológico 2013 (BRASIL, 2013) evidenciam que as ações precisam ser fortalecidas, pois quase 30% dos diagnósticos para HIV/Aids são descobertos tardiamente[2], inviabilizando,

1 Discussão contida em minha tese de doutorado, defendida em maio de 2014 na Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

2 Quando se descobre o HIV em estágio avançado da Aids.

muitas vezes, o usufruto do tratamento existente. Já os dados sobre óbitos indicam que nos últimos cinco anos (2008-2012) os óbitos decorrentes da Aids estão estabilizados, mas são em torno de 12 mil mortes a cada ano.

Fica a indagação: se existe tratamento com resultados efetivos, por quê quase 12 mil mortes? O diagnóstico tardio e os óbitos pela Aids demostram que as ações precisam ser repensadas com o fim de viabilizar o acesso ao diagnóstico precoce e o tratamento prévio, bem como a garantia do atendimento das necessidades, que viabilizam o viver com qualidade.

Nas demandas sociais trazidas pelos pacientes que realizam tratamento em um hospital de referência em Pernambuco, Região Nordeste do Brasil, identificou-se que múltiplas expressões da questão social são apresentadas à equipe multiprofissional. Tal fato faz do cotidiano profissional um desafio, tendo em vista que se torna imprescindível garantir o acesso aos direitos sociais, uma vez que as demandas revelam a falta de atendimento das necessidades sociais, sobretudo, o atendimento das necessidades básicas.

No âmbito da Aids, a discussão de necessidades e direitos sociais é inerente ao enfrentamento da epidemia, devido ao relevante componente social que envolve a doença. Questões sobre sexualidade, orientação sexual, relações familiares, trabalho e renda, acesso à saúde e a outros direitos sociais surgem no âmbito de uma resposta à epidemia, pois garantir tratamento, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde, é possibilitar o acesso a bens e serviços que garantam qualidade de vida.

Necessidades e direitos sociais são aqui discutidos no âmbito da proteção social, que no Brasil possui um formato híbrido, pois contempla a proteção contributiva

e a não contributiva. Nessa última, a saúde é direito de todos e dever do Estado, portanto faz parte de um arcabouço universalista, e a assistência social é para quem dela necessitar, o que aponta para a focalização da proteção mediante um quadro de necessidades vivenciado pelo indivíduo e/ou família.

Estrutura-se o artigo em três tópicos: o primeiro discute as concepções de necessidades sociais e a quem compete sua satisfação; no segundo situamos a discussão de direitos sociais e sua garantia pela via do Estado na perspectiva da proteção social; o terceiro tópico apresenta os resultados da pesquisa sobre as demandas sociais dos pacientes do Hospital Correia Picanço e quais as perspectivas de respostas a essas demandas.

O recurso metodológico utilizado foi o levantamento e sistematização de dados do livro de atendimento do serviço social dos anos 2006 até 2013. Nele estão registradas as demandas trazidas pelos usuários atendidos pelo setor. Utilizaram-se, ainda, dados da ficha social realizada com pacientes internados, utilizada com o objetivo de favorecer uma aproximação com os usuários. Seus itens abarcam dados pessoais e um roteiro que busca apreender as condições sociais, como por exemplo, trabalho, renda, benefícios, relação familiar e conhecimento sobre a doença. A partir das informações fornecidas, procede-se com as orientações sociais. Para a pesquisa sistematizaram-se dados referentes às condições socioeconômica dos usuários.

2. NECESSIDADES SOCIAIS NO CAPITALISMO MONOPOLISTA

A definição do que são necessidades sociais não tem um consenso na

literatura; várias questões estão delineadas na discussão, dentre as quais se destacam: a distinção entre necessidades e as formas para satisfazê-las; a diferença entre necessidades fisiológicas/vitais ligadas à reprodução material e necessidade enquanto desejos, preferências e aspirações situadas em uma perspectiva não material; a discussão sobre se as necessidades são universais ou relativas, objetivas ou subjetivas e, por fim, se as estratégias para atendê-las devem ser produzidas pelo mercado ou pelo Estado?

Em uma primeira acepção, é preciso esclarecer que o tema tem sido discutido na perspectiva de uma polaridade entre objetivo/material e subjetivo/não material. A dinâmica subjetiva ou não material tem a ver com necessidade relativa, ligada a desejos e preferência individuais. Porém entende-se que ambas são faces de um mesmo processo, pois, o indivíduo é uma totalidade e não pode ser visto em partes.

Na perspectiva liberal, as necessidades sociais estão vinculadas prioritariamente aos desejos e preferências individuais, já que nessa perspectiva teórica defende-se a supremacia do mercado para satisfazer necessidades. Como pressupostos dessa corrente de pensamento, têm-se a liberdade individual e a supremacia do mercado para satisfazer necessidades.

Gomez (1998) refere que, na perspectiva neoliberal, as necessidades sociais não são produzidas socialmente, e sim, individualmente, segundo a capacidade de consumo de cada um. Sendo assim, as necessidades são subjetivas e são os indivíduos que indicam o que necessitam. Tal perspectiva nega a existência de necessidades objetivas e universais.

Por outro lado, em uma perspectiva eco-humanista, como denomina Gomez

(1998), as necessidades sociais são universais, o que não exclui a possibilidade de serem socialmente construídas. Nesse sentido, existem necessidades que põem em risco a reprodução social dos indivíduos e que precisam ser atendidas. As formas de satisfação podem variar, mas sem dúvida, o não atendimento põe em risco a existência dos indivíduos. Nessa perspectiva, o papel do Estado é fundamental, pois é demandado que as respostas às necessidades alcancem toda a população e garantam sua existência material.

Pereira (2007), ao discutir sobre necessidades sociais, problematiza a questão das necessidades sociais mínimas, que têm a ver com subsistência/ necessidades biológicas e necessidades sociais básicas que ampliam o conceito para além da subsistência. Nessa reflexão, a autora sustenta que tratar as necessidades sociais como mínimas pressupõe atendimento de condições mínimas de subsistência, que beiram à desproteção social. Por outro lado, as necessidades básicas expressam "algo fundamental, principal, primordial", ampliando a concepção de direitos sociais.

Ainda para a autora, necessidades sociais básicas, no sentido universal e material, se fundamentam em um aspecto peculiar: caso não sejam atendidas, esta ausência poderá motivar sérios prejuízos[3] à vida material do ser humano e à sua atuação como sujeito, ou seja, acarretando-lhe situações irreversíveis.

Pereira (2007) e Gomez (1998) defendem que existem necessidades que são objetivas e universais e as formas para sua satisfação podem ser diferenciadas em sociedades e grupos, mas que são socialmente construídas,

3 "Sérios prejuízos – impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sério risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica" (PEREIRA, 2007, p. 67).

ou seja, existem necessidades que garantem a existência material dos seres humanos. Sua forma de satisfação pode variar, já que são socialmente construídas, mesmo assim, são imprescindíveis para a existência humana.

Concordar que as necessidades sociais básicas têm um caráter objetivo e universal nos remete a pensar que o Estado e não o mercado tem papel primordial no atendimento de necessidades. Daí a importância da luta por direitos sociais e da proteção social em sentido universal.

A concepção material de necessidades situa-se na perspectiva de direitos sociais e do papel do Estado em garanti-los. Além disso, para o atendimento de outras necessidades, é preciso ver atendidas as necessidades sociais básicas, por se tratar de necessidades cuja satisfação garante a existência material.

Para Marx e Engels:

> O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, a saber, que os homens devem estar em condições de poder viver a fim de fazer história. Mas, para viver, é necessário antes de mais nada beber, comer, ter um teto onde se abrigar, vestir-se etc. O primeiro fato histórico é, pois, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material. (MARX, ENGELS, 1980, p.33)

Ora, as revoluções tecnológicas, as descobertas no campo da saúde que possibilitam prevenção, tratamento, cura ou controle das doenças, a invenção de bens e serviços, entre outros, permitem que a existência da vida material seja garantida com mais qualidade, porém nem todos têm usufruto do que é produzido. Daí decorre um dos pressupostos para as lutas sociais, pois não é suficiente atender necessidades, beirando à desproteção, é primordial o

usufruto da riqueza socialmente produzida.

Heller (1986), ao refletir sobre a teoria das necessidades em Marx, aponta que para este autor, as necessidades no modo de produção capitalista estão alienadas, pois a produção não existe para atender necessidades sociais, e sim, para satisfazer necessidades de valorização do capital.

A busca por satisfazer a necessidade de valorização do capital coloca em segundo plano o atendimento das necessidades sociais e inviabiliza o usufruto, pelos trabalhadores, da riqueza socialmente produzida, ou seja, a produção que deveria garantir vida de qualidade fica restrita e compete aos trabalhadores apenas o salário, que não lhes garante direitos, e sim, subsistência sem qualidade.

Essa alienação das necessidades sociais reflete-se no cotidiano de vida da população trabalhadora que, sobretudo, vivencia situações de pobreza. Apesar do pleno desenvolvimento dos meios de produção e da riqueza acumulada, ainda existem pessoas que morrem de fome, doenças que já poderiam ter sido erradicadas, entre outras mazelas sociais, revelando o caráter contraditório do capitalismo.

Ainda refletindo sobre o tema de necessidades sociais, Heller (1986) faz referência a dois tipos de necessidades: naturais e sociais e entende que as necessidades naturais não se constituem em um conjunto de necessidades, mas um conceito limite (limite da simples existência).

Entender necessidades como conceito limite revela uma interpretação restrita do significado de necessidades, aproximando-se, portanto, do

conceito de mínimos sociais, que beiram à desproteção, como afirma Pereira (2007). Além disso, vincular necessidades sociais a um conceito limite de subsistência tende a restringir direitos sociais e limitar as ações das políticas sociais, que passam a ser focalizadas.

No embate para a efetivação dos direitos para atendimento de necessidades sociais, ora os pressupostos privilegiam a universalidade, ora as ações focalizadas, e, mesmo quando na sua formulação sobressai o caráter universalista, a efetivação é tensionada pelo ideário neoliberal. Tal embate se reflete no atendimento de necessidades, culminando na discussão de quem deve satisfazer necessidades, mercado ou Estado.

Heller (1996), em sua obra intitulada Una revisión de la teoría de las necesidades, compreende que, para a satisfação das necessidades:

Os liberais - insistem que somente a dinâmica moderna do mercado garante o progresso contínuo, tanto da criação como da distribuição de necessidades;

Os marxistas - querem transcender o modo de produção capitalista e substituí-lo por um inteiramente novo, onde todas as necessidades podem e devem ser satisfeitas;

Os sociais-democratas ou defensores do bem-estar aportam uma mescla das ideias anteriores com a distribuição mediante o mercado, que seguem sendo as mais importantes, porém não mais exclusivas. Nesse contexto, os movimentos sociais passam a requerer direitos, demandando o atendimento das necessidades.

Para Heller (1996), a sociedade civil é composta principalmente de demandadores de necessidades e objetos de satisfação que devem ser satisfeitos pelo Estado. Ressalta, ainda, que a sociedade civil é um veículo importante para a justiça. Sem ela, a sociedade moderna não poderia sobreviver, pois utiliza normalmente a linguagem dos direitos.

Tal afirmação nos remete ao Estado ampliado de Gramsci, quando entra em cena a correlação de forças entre as classes fundamentais na luta para obtenção de direitos ou manutenção da ordem vigente. É nesse contexto que se estabelece o diálogo entre capital e trabalho, entre sociedade política e sociedade civil, na busca pela garantia de direitos.

Heller (1996) afirma ainda que o direito é a autorização legal para uma necessidade, contudo, podem produzir-se sérias tensões entre os direitos, por um lado, e a satisfação das necessidades, por outro, uma vez que o direito não pode garantir sua satisfação. A realidade brasileira demonstra muito bem a afirmação de Heller pois, apesar de a saúde ser legalmente direito de todos e dever do Estado, sua efetivação ainda não se universalizou no cotidiano de muitos brasileiros.

Tal fato gera a luta pela garantia de direitos via justiça, pois, legalmente, a população tem direito à saúde e esse direito deve ser garantido pelo Estado que, por sua vez, não vem garantindo universalmente o direito à saúde, o que culmina nas ações judiciais para garantir o direito instituído. Nesse sentido, o direito passa a ser reclamado individualmente na Justiça, culminando no enfraquecimento da luta pelos direitos sociais no sentido universal.

Na perspectiva neoliberal, o trabalhador deve garantir suas necessidades

no mercado. Tal pressuposto vai de encontro à perspectiva universalista de direitos e da responsabilidade do Estado em garantir direitos sociais, e é esse embate que vai permear a proteção social brasileira, transformando o acesso aos direitos sociais em uma verdadeira batalha diária.

3. DIREITOS SOCIAIS PELA VIA DO ESTADO: A PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

As perspectivas liberal e social-democrata se confrontam. Laurell (2002) refere que no campo das políticas sociais, isso ocorre porque na social-democracia, os direitos sociais devem ser garantidos independentemente da inserção ou não no mercado de trabalho.

A autora afirma que, no contexto do neoliberalismo, não se admite "o conceito de direitos sociais, ou seja, o direito de ter acesso aos bens sociais pelo simples fato de ser membro da sociedade e a obrigação desta última de garanti-los através do Estado"; ao contrário, o gozo de benefícios deve ser decorrente do trabalho e somente aos indigentes deve ser garantido pelo Estado um bem-estar mínimo (LAURELL, 2002, p. 156).

Coutinho (2000, p. 67), ao refletir sobre os direitos sociais, afirma que tais direitos terminam por se chocar com a lógica do capital. E essa contradição se manifesta como um processo e não como algo explosivo, permitindo que o capitalismo resista a princípio, mas depois, seja "forçado a recuar e fazer concessões, sem deixar de tentar instrumentalizar a seu favor (ou mesmo suprimir, como atualmente ocorre) os direitos conquistados".

A perspectiva de direitos vinculada às necessidades é negada pelo neoliberalismo, que defende ações focalizadas para atender necessidades mínimas de subsistência. O neoliberalismo defende que é no mercado que os indivíduos devem buscar o atendimento às suas necessidades. Mas, do ponto de vista da classe trabalhadora, os direitos sociais estão relacionados com a garantia do atendimento às necessidades sociais, para além da subsistência.

Garantir direitos universais ou restringir direitos, ampliar ou reduzir recursos, garantir necessidades como direito ou como mera subsistência. Esses são os embates apreendidos na trajetória dos direitos sociais, e, em particular, no Brasil.

O marco para a discussão de direitos e proteção social no Brasil está ancorado na Constituição. A Carta Magna expressa o que há de mais avançado no Brasil em relação à proteção social e revela também a correlação de forças que se estabeleceram no âmbito da luta pelos direitos sociais, pois, ao mesmo tempo em que a Constituição buscou garantir direitos e apontou para uma perspectiva de universalidade, foi perpassada pelo ideário neoliberal, que restringe direitos e aponta para uma perspectiva focalizada das políticas, além de privilegiar direitos decorrentes do trabalho formal. Reforça-se, assim, a ideia de atendimento das necessidades sociais pela via do trabalho.

> O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo da seguridade social, os direitos humanos e políticos, pelo quê mereceu a característica de Constituição Cidadã, de Ulisses Guimarães. Mas manteve fortes traços conservadores. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 141).

Percebe-se na Carta Magna uma desvinculação entre os direitos sociais (título II) e a seguridade social, disposta no título VIII – da ordem social. Tal separação

revela as correlações de forças, uma vez que é notória uma perspectiva que defende os direitos sociais a partir do trabalho e outra perspectiva que busca a universalidade de acesso aos direitos e o Estado com o dever de garanti-los.

Mesmo quando é dever do Estado[4] garantir direitos sociais, identificam-se tensionamentos. A saúde, por exemplo, é direito de todos e dever do Estado (universal) e a assistência social é para quem dela necessitar (focalização). Tal fato manifesta a dualidade entre universalização e focalização, conflito que perpassa todas as políticas sociais, sobretudo, a saúde e a assistência social.

A assistência social inserida no contexto da seguridade social representou um avanço e sua elevação ao patamar de política pública. Formalmente, a assistência social deixa de ser responsabilidade da caridade e da filantropia em uma perspectiva assistencialista e da cultura do favor, para tornar-se responsabilidade do Estado, agora não como um favor, mas como um direito de todo o cidadão que dela necessitar. Para Sposati

> A inclusão da assistência social na seguridade social foi uma decisão plenamente inovadora. Primeiro, por tratar esse campo como de conteúdo da política pública, de responsabilidade estatal, e não como uma nova ação, com atividades e atendimentos eventuais. Segundo, por desnaturalizar o princípio da subsidiariedade, pelo qual a ação da família e da sociedade antecedia a do Estado (SPOSATI, 2009, p.14).

É entre a normativa legal e a efetivação dos direitos que a política de assistência social, assim como a da saúde, vem sendo implementada e,

4 O título VIII - da ordem social, em seu capítulo II, dispõe sobre a seguridade social, compreendida, no Artigo 194, como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social" (BRASIL, 2010). Compete ao poder público organizar a seguridade social, cujo objetivo primordial é a universalidade da cobertura e do atendimento. Além disso, é de responsabilidade de toda a sociedade garantir o seu financiamento. A seguridade social brasileira está organizada no tripé da previdência social, saúde e assistência social.

apesar dos entraves, luta-se pela efetivação dos direitos sociais. Salienta-se que Coutinho (2000), assim como Heller (1996), chama a atenção para o fato de que o reconhecimento legal dos direitos sociais é de fundamental importância, mas não garante sua efetivação, portanto, torna-se necessária a luta pela materialização dos direitos no cotidiano da população.

Em sentido geral, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) revelam avanços no âmbito da proteção social em nosso país, mas são processos que sofrem tensionamentos. Assim como a saúde enfrenta entraves referentes à prevalência da medicina curativa, a assistência social tem o entrave de romper com a cultura do favor, da caridade e do assistencialismo.

A luta pelos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids tem como marco as relações que se estabeleceram entre Estado e sociedade civil organizada, quando os movimentos sociais pressionaram o Estado para incluir a Aids como problema de saúde pública, e assim produzir respostas a epidemia, é um exemplo, da luta por se garantir direitos. E foi essa luta que mudou o cenário do enfrentamento da Aids em nosso país, possibilitando o tratamento público e gratuito, bem como a inclusão da discussão dos direitos humanos e sociais no âmbito da Aids.

4. NECESSIDADES E DIREITOS SOCIAIS NO ÂMBITO DA AIDS

Para discutir necessidades e direitos sociais, é imprescindível apreender as demandas sociais implícitas e explicitam trazidas pela população. No caso

do nosso estudo no âmbito da Aids, as demandas dos usuários trazidas ao Serviço Social do Hospital Correia Picanço, que é o nosso campo de atuação profissional, se constituiu em nosso ponto de partida.

A consolidação de dados do livro de registro de atendimentos do Serviço Social do HCP, no período de 2006 a 2013 (Tabela 1), indica que 61,5% das demandas dos usuários se relacionam a necessidades sociais de subsistência. Em seguida, ocorreram demandas relacionadas à rede socioassistencial e à garantia de direitos com 24,3% e, em menor percentual, demandas do setor da saúde e rotinas institucionais com 14,2%.

As demandas de subsistência são predominantemente relacionadas à garantia de transporte para a realização do tratamento, garantia de alimentação no cotidiano e até mesmo garantia de alimentação no dia da consulta. Tais demandas revelam uma condição de vida precária e apontam para uma conjuntura de negação de direitos, uma vez que os usuários demandam acesso a um direito primordial para a garantia da vida material, que é a alimentação.

Tabela 1 - Demandas dos usuários no Hospital Correia Picanço – Recife, 2006-2013

Tipos de demandas	**Nº**	**%**
Necessidades sociais de subsistência	4.751	61,5
Demandas da rede socioassistencial e garantia de direitos	1.872	24,3
Demandas do setor da saúde e rotinas institucionais	1.092	14,2
Total	7.715	100,0

Fonte: Livro de registro de atendimentos ambulatoriais do Serviço Social do HCP (2006-2013)

A situação de pobreza de parte das pessoas vivendo com Aids também foi revelada pelo levantamento de dados realizado em 232 fichas sociais de pacientes que tiveram internamentos no HCP nos anos de 2010 e 2011. Nesse levantamento, identificou-se que 68,1% dos pacientes não exerciam atividades laborativas, 57,3% não estavam inseridos em benefícios assistenciais, 47,4% eram provedores da família e 30,2% dependiam da família. A escolaridade para 50,4% era o fundamental incompleto e para 13,8% o fundamental completo; 9,1% eram analfabetos. Quanto ao município de residência das pessoas internadas, os três principais municípios foram: Recife com 31,8%, Jaboatão dos Guararapes com 16,9% e Olinda com 9,3%.

Tabela 2 - Resumo do perfil dos pacientes internados no HCP – Recife (2010-2011)

Perfil	**%**
Sem atividades laborativas	68,1
Sem acesso a benefícios socioassistencias	57,3
Provedor da família	47,4
Dependente da família	30,2
Escolaridade fundamental incompleta	50,4
Escolaridade fundamental completa	13,8
Analfabeto	9,1
Residentes em Recife	31,8
Residentes em Jaboatão dos Guararapes	16,9
Residentes em Olinda	9,3

Fonte: fichas sociais do Serviço Social do HCP (2010-2011)

Os dados da tabela 2 revelam que parte dos pacientes vivenciava negação dos direitos sociais, sendo que a metade não tinha garantido acesso

ou continuidade à educação, pois sequer conseguiu concluir o ensino fundamental. A maioria não possuía acesso ao trabalho, logo vivenciava dificuldade de possuir renda e garantir suas necessidades por essa via. A pesquisa não sistematizou os dados relativos ao sexo e à faixa etária.

Para se dar respostas às demandas dos usuários, busca-se no arcabouço legal da rede de saúde e da rede socioassistencial programas que garantam direitos e possibilitem o atendimento de necessidades. E nessa busca por respostas para a garantia de direitos, identifica-se que nem sempre o que está legalmente instituído é acessado pelos usuários.

Por exemplo, pessoas residentes nos municípios do interior, cuja distância do local de tratamento seja de 50 km ou mais, tem o direito ao benefício do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), que consiste na garantia do transporte e ajuda de custo para alimentação e pernoite (quando ocorrer). A responsabilidade da garantia do TFD é dos municípios de residência (PERNAMBUCO, 2011), porém, os municípios costumam garantir apenas o transporte, e os usuários não recebem a ajuda de custo para alimentação, sendo preciso orientar os usuários quanto ao direito ao TFD e encaminhá-los à secretaria de saúde do município de residência.

Observou-se, ainda, que existe uma demanda por orientações sobre carteira de livre acesso aos ônibus, pois existe, no senso comum, a ideia de que os portadores de Aids têm esse direito. Porém, de acordo com a Lei estadual Nº 11.897 de 18 de dezembro de 2000 (PERNAMBUCO, 2000), em seu artigo primeiro, somente é assegurado direito à gratuidade em transportes coletivos da Região Metropolitana "aos portadores de deficiência física[5],

5 Deficiente físico – "pessoa portadora de: amputação total ou parcial, de membro inferior, que prejudique a

mental[6] ou sensorial[7].

Assegurar transporte para pessoas com doenças crônicas, entre elas, a Aids, ainda não se concretizou em Pernambuco. Essa garantia é de fundamental importância, pois permitiria às pessoas chegar aos serviços de saúde para realização do seu tratamento. Alguns municípios, como Maceió, no estado de Alagoas, por exemplo, possuem uma lei municipal estende a garantia de gratuidade nos transportes urbanos aos portadores de doenças graves (entre outros, Aids, tuberculose ativa, hanseníase, cardiopatia grave, enfermidade renal crônica), desde que os impossibilitem para a vida independente. Para ter acesso, é necessário possuir renda familiar igual ou inferior a quatro salários mínimos. (Lei 4.635/1997, MACEIÓ, 2000).

Já no estado do Rio de Janeiro, desde 2005, uma lei estadual (RIO DE JANEIRO, 2005) instituiu o vale-social, que garante acesso a transporte para "alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida" (RIO DE JANEIRO,

deambulação ativa; amputação total ou parcial, de membro superior, que prejudique a preensão ou a sustentação da pessoa; atrofia ou deformidade total ou parcial, de membro inferior, que prejudique a deambulação ativa; atrofia ou deformidade total ou parcial, de membro superior, que prejudique a preensão ou a sustentação da pessoa; e paraplegia, ou hemiplegia ou tetraplegia, artrose severa, doença do sistema nervoso central ou periférico, que prejudiquem a capacidade de deambulação ativa, a preensão ou a sustentação da pessoa" (Lei estadual Nº 11.897/00).

6 "Pessoa portadora de deficiência sensorial, a saber: deficiente visual: a pessoa cuja capacidade visual corrigida no olho de melhor acuidade, por meio de tratamento, uso de lente ou de outro recurso, seja igual ou inferior a 10% (dez por cento), ou que tenha o campo visual tubular restrito a, no máximo, 20 (vinte) graus; e deficiente auditivo: a pessoa cuja acuidade auditiva somente se verifica a partir de 41 (quarenta e um) decibéis, até a surdez profunda" (Lei estadual Nº 11.897/00).

7 Pessoa portadora de deficiência mental, assim entendida a portadora de déficit cognitivo congênito ou adquirido (Lei estadual Nº 11.897/00).

2005, art. 1º. Destaque da autora).

Atreladas às demandas de subsistência, surgem as solicitações por informações sobre os serviços e benefícios da rede socioassistencial e direitos previdenciários. Destacam-se nesse contexto as orientações sobre o benefício da prestação continuada[8] (BPC), os encaminhamentos para essa rede, além dos encaminhamentos para as organizações não governamentais (geralmente para assessoria jurídica) e, por fim e em menor número, as demandas por orientações trabalhistas sobre o saque do Programa de Integração Social/ Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e isenção de imposto de renda.

No início da epidemia da Aids, pela alta letalidade da doença e avanço de doenças oportunistas, as pessoas com renda per capita familiar inferior a 1/4 do salário mínimo, ao solicitar o benefício, tinham seus processos geralmente deferidos. Mas, com as descobertas para tratamento e a evolução para a cronicidade da doença, o acesso ficou mais difícil. Somente pessoas em estágios avançados da doença conseguem BPC atualmente e, em algumas situações, conseguem quando recorrem à Justiça, pois Aids não é considerada deficiência e, somente em situações de impedimentos de longa permanência, existe a possibilidade de acesso ao benefício.

A trajetória de inclusão no BPC é um exemplo da ênfase de acesso aos

8 O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é a garantia de um salário mínimo para pessoas idosas (65 anos ou mais) e para aquelas que são portadoras de deficiência. Foi previsto na Constituição de 1988 (BRASIL, 2010) e está disposto na Lei Orgânica da Assistência Social. Para ter acesso ao BPC, o portador de deficiência precisa atender a dois critérios de inclusão: ter renda per capita familiar inferior a 1/4 do salário mínimo, e comprovar impedimentos de longo prazo de naturezas física, mental, intelectual ou sensorial. Lei 8.742/93 (BRASIL, 1993).

direitos pela via da focalização. Quando o risco de morte era alto, os pacientes conseguiam o benefício, mas com a cronicidade da doença, nem todos se enquadram atualmente nos critérios de incapacidade de longa permanência, consequentemente, não têm acesso ao benefício.

No caso da Aids, o destaque no âmbito da assistência social é o Benefício da Prestação Continuada. A procura por orientações de como acessar o BPC, somada a orientações sobre direitos previdenciários, constitui a principal demanda ligada à rede socioassistencial. Segundo o senso comum, o portador de HIV/Aids tem direito a uma aposentadoria, por isso, a tendência de se procurar informações de como fazer para se aposentar, inclui aí o BPC, que é confundido com a aposentadoria.

A procura por orientações e encaminhamentos à rede socioassistencial, bem como orientações trabalhistas, também foram identificadas na pesquisa QualiAids 2011[9] (BRASIL, 2011). Os resultados da pesquisa apontam que, em mais de 60% dos Serviços de Atendimento Especializado - SAE, os usuários procuram o serviço social para receber orientação sobre questões trabalhistas, direitos civis e previdenciários e solicitar encaminhamentos para benefícios socioassistencias.

Essa procura pelos benefícios da rede socioassistencial revela a necessidade de proteção social, porém a garantia de atendimento das demandas depende da disponibilidade de serviços pelos municípios, uma vez que os serviços da rede socioassistencial são municipalizados.

9 Pesquisa Nacional que avalia os serviços de referência ambulatorial em Aids.

De acordo com a Política de Assistência Social, os serviços de proteção social básica e especial devem garantir as seguintes seguranças (BRASIL, 2004, p. 24):

Segurança de Sobrevivência: através de benefícios continuados e eventuais que assegurem: proteção social básica a idosos e pessoas com deficiência sem fonte de renda e sustento; pessoas e famílias vítimas de calamidades e emergências; situações de forte fragilidade pessoal e familiar, em especial, relacionadas às mulheres chefes de família e seus filhos;

Segurança de Convívio: através de ações, cuidados e serviços que restabeleçam vínculos pessoais, familiares, de vizinhança, de segmento social, mediante a oferta de experiências socioeducativas, lúdicas, socioculturais, desenvolvidas em rede de núcleos socioeducativos e de convivência para os diversos ciclos de vida, suas características e necessidades;

Segurança de Acolhida: através de ações, cuidados, serviços e projetos operados em rede com unidade de porta de entrada destinada a proteger e recuperar as situações de abandono e isolamento de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, restaurando sua autonomia, capacidade de convívio e protagonismo, mediante a oferta de condições materiais de abrigo, repouso, alimentação, higienização, vestuário e aquisições pessoais desenvolvidas através de acesso a trabalho socioeducativo.

Os serviços relativos à segurança de sobrevivência e o de acolhida são os mais procurados pelos pacientes do Hospital Correia Picanço que buscam atendimento. A falta de acesso à renda culmina na necessidade de o usuário ser inserido em programas que forneçam algum tipo de renda.

A segurança de acolhida torna-se necessária quando os pacientes são moradores de rua ou não têm referência familiar, nem moradia. Em alguns casos, as pessoas residem sozinhas e recebem ajuda de vizinhos, mas ocorrem situações nas quais a única alternativa é ingressar em casas de acolhida. Recentemente foram criados na rede socioassistencial os centros de atendimento para população de rua (Centro Pop), cujo público-alvo é formado por pessoas em situação de rua.

Apesar dos serviços e benefícios previstos na normativa legal, o acesso à rede socioassistencial não é fácil e depende da disponibilidade de vagas para a inclusão dos usuários. Percebe-se que a oferta de serviços e benefícios, além de ser focalizada na extrema pobreza, oferece limitados recursos, que não garantem o atendimento das necessidades básicas em sua plenitude. Mas, apesar disso, é essa rede, mesmo com seus limites, que tem permitido algum tipo de proteção social para aqueles que conseguem inclusão e estão em situação de extrema pobreza.

Portanto, não existe uma garantia de que as pessoas com Aids terão acesso aos programas sociais. Assim, fica sob sua responsabilidade e de sua família garantir o atendimento das necessidades básicas e, quando não conseguem, reivindicam na Justiça o acesso aos direitos sociais.

Ao mesmo tempo em que se identifica a fragilidade dos programas socioassistencias, é a inserção nesses programas que vem garantindo minimamente a sobrevivência, não apenas material, mas também psicológica para as pessoas com Aids. O fato de se ter uma renda de um salário mínimo, como no caso do BPC, possibilita para parte dos pacientes a independência

financeira. Deixar de depender da família e, às vezes, até contribuir ou garantir a renda familiar, permite uma melhor autoestima e a valorização pela família. São pessoas que não possuíam uma renda estável e, em decorrência da Aids, têm possibilidade de acesso à renda.

Esse contexto de acesso aos benefícios socioassistencias revela uma realidade contraditória: os indivíduos sujeitos de direitos, que deveriam ter garantidos pelo Estado os direitos sociais, somente têm possibilidade de acesso a esses direitos, ainda que minimamente, em decorrência da extrema pobreza e de uma doença grave em estágio avançado.

A focalização da focalização: assim se define o acesso aos benefícios, já que tais pacientes já vivenciavam desproteção social. Mas, com o diagnóstico de Aids, é possível conseguir proteção social, desde que haja impedimentos de longo prazo. Como refletem os pacientes após os esclarecimentos sobre o BPC: “que dizer, doutora, que a gente só consegue esse benefício quando tá morrendo?” E recebem a resposta: "é por aí."

Ressalta-se que a Aids, quando tratada, não incapacita. É possível, com a doença controlada, reconstruir a história de vida, retornar ao trabalho, planejar o futuro. Porém, para parcela dos pacientes, existe a necessidade de proteção social pela via do Estado, pois já estava inserida em uma vida de privações que inviabilizava ou dificultava o acesso aos direitos sociais.

Tem-se claro que nem toda pessoa vivendo com HIV e Aids tem uma condição social precária. Existem aqueles com estabilidade financeira, trabalho protegido, apoio familiar, acesso aos serviços de saúde e exames em serviços

públicos e privados. Ainda assim, enfrentam dificuldades, pois parte deles esconde sua condição sorológica, tem dificuldade de justificar a saída no horário de expediente para ir às consultas, ou termina por faltar a consultas e exames, porque não pode sair no horário de trabalho. Reconstruir a história de vida é possível, mas se constitui em um grande desafio, já que a Aids são se limita ao âmbito da medicina curativa e explicita uma dimensão social.

Cotidianamente, as pessoas com diagnóstico de HIV/Aids vivenciam a fragmentação das políticas setoriais, a falta de diálogo entre essas políticas e a dificuldade da intersetorialidade. Vivenciam o que é ter e não ter acesso aos direitos sociais, já que têm acesso aos serviços que possibilitam o tratamento, mas têm dificuldade de acesso as outras políticas setoriais.

Observa-se que as demandas dos pacientes têm vinculação, sobretudo, com a subsistência, e a respostas às demandas desses usuários têm uma estreita vinculação com a assistência social, porém a rede socioassistencial tem uma perspectiva voltada à proteção social que beira a desproteção nos dizeres de Pereira (2007), já que oferta serviços e benefícios mínimos. Além disso, nem sempre atende às demandas daqueles que dela necessitam como preconizado na constituição de 1988.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas sociais apresentadas pelos usuários do serviço referência em Aids revelam, na sua essência, as expressões da questão social, materializadas pela falta de acesso a direitos sociais, decorrentes das desigualdades sociais

que produzem a pauperização de parte da população. A dificuldade de acesso ao trabalho, por exemplo, desencadeia a privação de outras necessidades, como renda, alimentação, habitação e lazer.

A segurança de sobrevivência, nos dizeres da Política Nacional de Assistência Social 2004 (BRASIL, 2004), quando não acessada, deixa para os indivíduos e sua família a responsabilidade de garantir a sobrevivência, nem sempre possível pela via de atividades laborais e, como demonstramos, nem sempre garantida também pelas políticas sociais, o que significa dizer que o dever de garantir atendimento de necessidades sociais permanece na esfera dos indivíduos em detrimento do dever do Estado em garantir.

A garantia de direitos sociais que possibilite o atendimento de necessidades no âmbito do enfrentamento da Aids segue sem uma institucionalização, ou seja, ocorre de forma pontual e na dependência da vontade política de estados e municípios, este último responsável por executar as ações da rede socioassistencial. Além disso, necessidades e direitos têm se vinculado prioritariamente à assistência social.

Ao vincular direitos e necessidades à política de assistência social (que, de acordo com a normativa legal, é para quem dela necessitar), se pressupõe que a materialização dos direitos sociais pela via do Estado ocorre a partir da falta do atendimento de necessidades sociais, o que significa que os direitos sociais somente passam a ser garantidos pelo Estado mediante incapacidade dos indivíduos e/ou família em garantir esses direitos.

Porém, mesmo quando reconhecido que os indivíduos necessitam ter

garantidos os direitos sociais, o Estado nem sempre cumpre seu papel e parcela dos indivíduos continua sem proteção social. E para parte da população, somada à desproteção social existe uma doença crônica que, no caso da Aids, é objeto de forte preconceito e estigma social, o que vai exigir a garantia de direitos sociais e humanos que possibilite a existência da vida material e social.

A discussão de necessidades e direitos sociais no âmbito da Aids se constitui em um exemplo dos tensionamentos da garantia de direitos sociais pela via do Estado em nosso país. Observa-se que permanece os tensionamentos entre a ampliação dos direitos na perspectiva universal e a focalização desses direitos nas piores mazelas e, no caso da Aids, a garantia dos direitos sociais para além do setor saúde estão atreladas ao estágio avançado da doença.

Pressupõe-se no discurso oficial que se a Aids é uma doença crônica, os indivíduos devem voltar ao trabalho e garantir suas necessidades sociais, e aos doentes em estágio avançado e sem proteção previdenciária cabe a assistência social, agora como um direito constitucional e não uma caridade.

Não podemos negar os avanços da rede socioassistencial nos últimos 10 anos quando se iniciou a implantação da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004) em todo país. O BPC retirou os idosos a partir dos 65 anos da extrema pobreza e possibilitou o acesso a renda às pessoas com deficiência. Porém os doentes crônicos, incluídas aí as pessoas vivendo com HIV/Aids, nem sempre possuem incapacidade de longo prazo e/ou renda inferior a 1/4 do salário mínimo que permita o acesso ao BPC. Além disso, nem sempre conseguem inserção no mercado de trabalho, que lhes garanta sua

sobrevivência. Tais fatos exigem uma urgente interlocução entre as políticas setoriais para garantir aos indivíduos o atendimento de necessidades básicas que lhes permita enfrentar uma doença crônica com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história.* São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).

BRASIL. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. *Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.* Brasília, DF: Planalto, 1993.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, DF: MDS, 2004.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil Brasília,* DF: Planalto, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil: Relatório da Aplicação de 2010 e Comparação com o resultado de 2007*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2011.

_____. *Lei nº 12.435 de 6 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.* Brasília, DF: Planalto, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento

de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST.* Ano II Nº 1 – até semana epidemiológica 26ª – dezembro de 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

COUTINHO. *Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

GÓMEZ, Julio Alguacil. *Calidad de Vida y Praxis Urbana: nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid*. Madrid (España), julio de 1998.

HELLER, Agnes. *Teoría de las necesidades en Marx.* Barcelona: Península,1986.

_____. *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós, 1996.

LAURELL, Ana Cristina. *Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo.* In: LAURELL, Ana Cristina. (Org.) Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MACEIÓ (município). *Lei n. 4.635, de 13 de agosto de 1997. Regulamenta o inciso I do parágrafo 3º, a que se refere o art. 1º da emenda n.º 10 a lei orgânica do município de Maceió, que trata da gratuidade no transporte coletivo urbano na cidade de Maceió.* Alagoas: Câmara Municipal, 2000.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã: crítica da filosofia alemã mais recente na pessoa dos seus representantes Feuerbach, Bruno Bauer e Stirner, e do socialismo alemão dos diferentes profetas.* 4ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

PEREIRA, Potyara. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.* São Paulo: Cortez, 2007.

PERNAMBUCO (ESTADO). *Lei n. 11.897 de 18 de dezembro de 2000. Concede transporte gratuito às pessoas portadoras de deficiências físicas, sensoriais ou mentais através do Sistema de Transporte Público da Região Metropolitana do Recife e dá outras providências.* Recife: Assembleia Legislativa de Pernambuco, 2000.

PERNAMBUCO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. *Manual de normatização Do Tratamento Fora de Domicílio - TFD*. Recife: SES/PE, 2011.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). *Lei n. 4.510 de 13 de janeiro de 2005.* Rio de Janeiro: Diário Oficial do Estado de 14 jan. 2005.

SPOSATI, Aldaíza. *Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes.* In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília (DF): MDS, Unesco, 2009.

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV E AIDS DE RECIFE NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Raquel Cavalcante Soares
Taciana Maria da Silva
Evandro Alves Barbosa Filho
Marina Figueiredo Assunção
Maria Ilk Nunes Albuquerque
Jéssica Alline de Melo e Silva

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo representa um esforço crítico para dar a compreender como estão estruturados e como está sendo realizado o trabalho dos Serviços de Assistência Especializada (SAEs) em HIV e Aids, em Recife/Pernambuco[1], em meio às tendências da política de saúde contemporânea, como a precarização, a privatização, assistencialização, entre outras. Neste sentido, partimos do pressuposto fundamental de que a política de HIV/Aids integra

1 O objeto do artigo é tecer a análise dos resultados da pesquisa HIV/Aids em Pernambuco: desafios em relação às tendências atuais da epidemia, realizada nos serviços de assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids em Pernambuco/Brasil, a partir dos três maiores SAEs que situam-se na rede do estado: – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Hospital Correia Picanço (HCP) e Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

a política de saúde brasileira e, por isso mesmo, recebe as suas inflexões e sofre influência de suas macrodeterminações.

Para tanto, analisamos as condições de acesso dos usuários aos serviços de referência em HIV/Aids em Pernambuco em meio ao processo de contrarreforma na política de saúde, bem como os impactos e desafios lançados a tais serviços. Apresentamos os serviços que foram objeto da pesquisa, suas características e suas principais dificuldades e qualidades. Procuramos discutir também sobre a precarização, contradições da descentralização dos serviços, evidência da permanência dos diagnósticos tardios, dificuldade de acessar demais serviços/clínicas que não são de referência, e medicamentos complementares − o que vem negando a integralidade do cuidado em saúde de mulheres e homens soropositivos.

O acesso dos pacientes aos serviços de saúde especializados no atendimento às pessoas com HIV/aids tem impacto no curso clínico da infecção, no tratamento, na qualidade de vida, no risco de morte e nos custos para o sistema de saúde. Entretanto, muitos usuários encontram dificuldades no momento de acessar esses serviços, o que acarreta na testagem tardia e ocasiona sérios problemas no decorrer do tratamento[2].

A partir da década de 1990, o país avançou na garantia de assistência especializada às pessoas que vivem com HIV/Aids por meio de políticas de acesso universal, o que, de acordo com o Boletim Epidemiológico DST/Aids de 2006, do Ministério da Saúde, impactou diretamente sobre a epidemia no país, diminuindo consideravelmente a taxa de mortalidade relacionada à Aids.

2 Sobre os problemas relacionados ao acesso tardio ao tratamento, ver DOURADO et all, 2011.

Contudo, estudos[3] apontam para obstáculos ao acesso à atenção em saúde vivenciados por mulheres e homens com HIV/Aids, entre eles: desigualdades socioeconômicas, de gênero, recursos financeiros, receio de estigma e discriminação, inclusive institucional, por causa da doença e diferenças culturais. Por outro lado, as tendências atuais em curso na contrarreforma da política de saúde têm sua expressividade no âmbito dos serviços, o que pode limitar ou delimitar a qualidade do acesso, particularmente para as populações mais pauperizadas.

Por fim, este trabalho também tem o potencial de proporcionar contribuições para melhoria do atendimento e planejamento de ações voltadas aos indivíduos soropositivos.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E PERNAMBUCO: OBSTÁCULOS E DESAFIOS DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS

A política de saúde brasileira se institucionalizou como direito público de acesso universal e dever do Estado a partir da Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As primeiras iniciativas de políticas/ programas de enfrentamento ao HIV/Aids no Brasil remontam ao ano de 1982, em São Paulo, quando os primeiros casos de Aids foram notificados. (PARKER, 1997). Assim, mesmo que não diretamente envolvidas no movimento de reforma sanitária, as bandeiras de luta relativas ao HIV/ Aids se agregaram às reivindicações pelo direito universal à saúde na década

3 Sobre os obstáculos para além do acesso ao medicamento propriamente dito e relacionados à política de saúde e demais políticas sociais, ver tese de doutorado sobre a dimensão social da Aids e suas particularidades de enfrentamento em Pernambuco (SANTOS, 2014).

de 1980.

Até 1985, aproximadamente 11 estados[4] já tinham organizado programas de enfrentamento à epidemia, o que contribuiu para que em maio desse mesmo ano o Ministério da Saúde criasse o Programa Nacional de Aids, através da Portaria nº 236/1985. No entanto, sua constituição efetiva e consolidação só veio a ocorrer no ano de 1986 (TEIXEIRA, 1997).

A estruturação do SUS e das políticas/programas de enfrentamento à epidemia se dá em meio às contradições da contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, a partir dos anos 1990. Desse modo, todas as conquistas da reforma sanitária vêm, desde então, sendo ameaçadas: como a universalidade de acesso, o caráter público do sistema, a descentralização, resolutividade, integralidade das ações, intersetorialidade, entre outros (SOARES, 2010).

As tendências da política de saúde brasileira na atualidade expressam bem as necessidades do capital de investimento na área dos serviços de saúde seja por fora do SUS, via mercado expressamente privado e mercantilizado – com planos e seguros saúde, redes de hospitais privados, rede de farmácias, indústria medicamentosa e de equipamentos de saúde, etc. - seja por dentro do sistema público, através das contratações/ contratualizações e/ou convênios com instituições privadas lucrativas e não lucrativas, na perspectiva das terceirizações e parcerias público privada (SOARES, 2010).

Assim, identificamos como principais tendências desse processo de

4 Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 1997).

contrarreforma:

• No âmbito da política de saúde ele vem se apresentando com intensa refuncionalização dos princípios originais da reforma sanitária, conquistados a partir da Constituição Federal de 1988. Isso implica afirmar que a contrarreforma impetrada na saúde vem ganhando a forma de defesa da política, do próprio Sistema Único de Saúde e de seus princípios, quando, na verdade, os subvertem às necessidades de investimento do capital nesta área. Há, assim, características de transformismo de projetos e sujeitos políticos, intelectuais orgânicos do movimento da reforma sanitária que flexibilizaram suas bandeiras de luta e atuam no campo do possibilismo, isto é, do projeto *SUS possível*[5];

• Privatização: intenso processo de privatização seja pelo crescimento do mercado privado em saúde[6] seja pela ênfase que os interesses desse mercado vêm ganhando por dentro da saúde pública, através, principalmente de contratações[7], convênios, terceirizações de gestão[8], parcerias público privadas, entre outras modalidades.

5 Sobre o projeto SUS possível ver SOARES, 2012.

6 Segundo dados do Caderno de Informação de Saúde Suplementar, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2013), publicados no Jornal Gazeta do Povo, em 2014, o número de usuários de plano de saúde no Brasil chegou a 49 milhões e gerou uma receita de 79,9 bilhões de reais às quase 1.500 operadoras em funcionamento no país. Desde 2004, o crescimento acumulado de usuários foi da ordem de 45%, o que demonstra que esse setor vem em franca ampliação.

7 Só com relação à contratação de laboratórios privados pelo SUS, por exemplo, segundo trabalho de tese de Santos (2013), em 2009, 43,7% dos laboratórios privados prestavam serviço para o SUS. De 2002 a 2009, o número de laboratórios privados que prestam serviço ao SUS cresceu 39,1%. "Em 2002, laboratórios privados tinham 9,5% mais oferta de subespecialidades de exames ao SUS do que os públicos; a diferença aumentou para 28,8%, em 2009." (SANTOS, 2012, p. 72)

8 Segundo dados do IBGE (2013), 17 unidades da federação contrataram organizações sociais a para gestão na área de saúde. São eles: Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Pará, Amazonas e Roraima. Particularmente, em Pernambuco, há uma expressiva expansão de organizações sociais na saúde, num total de nove com atuação no estado e em diversos municípios.

• Precarização, com ênfase nas práticas assistenciais/emergenciais. Uma das importantes características do desenho da política de saúde brasileira nas últimas décadas tem sido seu intenso processo de precarização, seja em termos da estrutura física, da falta de recursos pelo subfinanciamento histórico da política, déficit de recursos humanos, com predomínio de práticas emergenciais e assistenciais em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Particularmente em relação ao HIV/Aids, vamos identificar dificuldades, inclusive, de realizar o diagnóstico precoce da infecção.

• Ampliação restrita: a rede de serviços tende a ser ampliada, mas sem condições de atendimento de toda a demanda reprimida do setor, tendo em vista o subfinanciamento e a existência de um modo de vida – relacionado ao modelo de desenvolvimento econômico e social – que produz altos níveis de adoecimento, e morbimortalidade[9].

• Promoção à saúde restrita, com ênfase na responsabilização dos sujeitos e com práticas comportamentalistas, sem levar em consideração a determinação social do processo saúde-doença e a relevância de uma ação integral e intersetorial das diversas políticas sociais. (SOARES, 2010). Ressignificando a perspectiva de promoção da saúde presente na Carta de Ottawa e adotada pelo projeto de Reforma Sanitária brasileira, por uma concepção liberal de saúde, ahistórica, centrada em comportamentos e estilos de vida individuais.

De fato, os serviços de referência em HIV/Aids foram se estruturando e

9 Apesar das quedas nas taxas de mortalidade infantil, por exemplo, elas ainda permanecem altas se comparadas com países de capitalismo central, e outros indicadores, como os de doenças cardiovasculares tornaram-se a primeira causa morte no Brasil e no mundo.

organizando em meio às contradições da política e, mesmo sendo reconhecido ao nível internacional como um dos programas de controle da epidemia mais eficazes do mundo, ele se materializa em meio às fragmentações, deficiências e tendências perversas da contrarreforma neoliberal na saúde pública.

Assim, como analisaremos a seguir, muitas das dificuldades identificadas com relação aos SAEs são expressões de velhas tendências da política de saúde brasileira, evidenciadas bem antes da constituição do Sistema Único de Saúde – o que denuncia o momento de retrocesso que estamos vivendo. Parte desse recuo na política, é expresso, inclusive, pelo aumento dos níveis de infecção pelo HIV/Aids nos últimos anos[10].

Particularmente em relação ao programa de DST/Aids, a contrarreforma e os retrocessos e perdas a ela relacionados ganham contornos ainda mais perversos. Influenciada diretamente pelas orientações do Banco Mundial e agências internacionais/multilaterais, a política de combate ao HIV/Aids no Brasil historicamente privilegiou o financiamento de projetos de prevenção e até socioassistenciais executados por Organizações Não Governamentais (ONGs). A maior parte dessas ONGs surgiu do ativismo e mobilização pela luta contra a epidemia e a favor dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids. Essa estratégia, ao mesmo tempo em que trouxe para o debate, e transformou em aliados na execução da política, os até então ativistas autônomos, expressou bem a tendência de desresponsabilização do Estado

10 "Segundo o Boletim Epidemiológico em HIV/Aids de 2013 divulgado pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2012 a incidência de casos de Aids no Norte brasileiro apresentou um aumento de 92,7%; no Nordeste, foi de 62,6%." Ademais, entre os homens jovens que fazem sexo com homens a prevalência da infecção subiu de 0,56%, em 2002, para 1,2%, em 2007; e é considerada alta entre"usuários de drogas (5,9%), homens que fazem sexo com homens (10,5%) e profissionais do sexo (4,9%)". (http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/aids-no-brasil-infeccao-pelo-hiv-avanca-no-norte-e-nordeste-e-jovens-sao-os-mais-atingidos, acessado em 08/10/2015)

e responsabilização da sociedade civil[11], tão cara ao ideário neoliberal e aos padrões de resposta à questão social que lhe são característicos, como o apelo às organizações do chamado terceiro setor (MONTAÑO, 2010). Atualmente, muitas dessas organizações fecharam as portas e outras sobrevivem de recursos de instituições doadoras internacionais ou mesmo de atividades de captação locais de recursos, tendo em vista que o Estado vem se retirando cada vez mais do financiamento dessas ações.

Em entrevista, Mário Scheffer afirmou que a atual condução da política de combate ao HIV/Aids

> é conservadora, defasada. A criatividade, a ousadia e o diálogo permanente com a sociedade civil cederam lugar à arrogância... os programas de Aids — o nacional e vários estaduais e municipais — estão isolados e enfraquecidos politicamente dentro dos governos... Em São Paulo, por exemplo, muitos serviços municipais de Aids estão sem médicos, os estaduais, superlotados, sendo privatizados, fechando leitos, e os programas de Aids sem nenhuma governabilidade sobre isso... O Ministério da Saúde não dá um passo sem o amém da Casa Civil e dos fundamentalistas religiosos que integram a base governista, o que emperra programas de prevenção de Aids (LEMES, 2012).

Em artigo recentemente publicado, o mesmo autor ratifica os graves problemas da condução da política de enfrentamento ao HIV/Aids

> A reemergência da epidemia da aids no Brasil (Grangeiro, Castanheira, Nemes) e a vergonhosa omissão, anos a fio, dos programas governamentais em relação à concentração da infecção pelo HIV entre jovens gays e outras populações requerem medidas sérias, abrangentes, sustentadas e baseadas nas mais atuais evidências científicas[12] (SCHEFFER, 2015).

11 Sobre a categoria sociedade civil, ver o ensaio de Amaral (2008).

12 Citação de matéria redigida por SCHEFFER, 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/02/prevencao-em-aids-no-brasil-depois-do-terror-a-trapaca/>. Acesso em: 08, out., 2015.

Na verdade, o que se apresenta é expressão particular de um processo de desestruturação da rede pública de saúde, impetrado pela contrarreforma segundo os interesses do mercado privado nacional e internacional, em que, como já afirmamos, a intensa privatização de serviços se coaduna com a precarização, e o alto investimento tecnológico com o sucateamento de serviços.

Segundo Menezes (2014), ao analisar a política social nos governos Lula e Dilma, evidencia-se a persistência de subordinação da política à lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro, a invibialização da concepção de seguridade social, o subfinanciamento, avanços e recuos no controle social e participação popular e avanço dos processos de privatização. As conseqüências dessas configurações da política materializam-se no âmbito da rede de serviços de saúde nas mais diversas formas de contradições e conflitos.

Assim, apesar da ampliação da rede de serviços tanto em âmbito geral quanto da rede de referência à HIV/Aids, no Brasil e, particularmente, em Pernambuco, o estado também vem enfrentando os reveses da privatização e precarização, com repercussão na qualidade de atendimento.

3. CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Até junho de 2014, todas as informações disponíveis pelo Ministério da Saúde (MS) e, consequentemente, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, da maioria dos estados e municípios do Brasil, refletiam apenas o

número de casos confirmados, o padrão de transmissão e comportamento da Aids. Assim, os casos de infecção pelo vírus HIV que ainda não eram considerados casos de Aids, com exceção dos casos de infecção em gestantes e crianças por transmissão vertical, não eram notificados.

O acompanhamento da tendência da infecção pelo HIV é um elemento fundamental para viabilizar o planejamento para adoção de medidas de prevenção e de controle da doença. Além de potencializar os programas educativos, bem como as ações de monitoramento e de avaliação, principalmente nos aspectos relacionados às pessoas soropositivas para que iniciem precocemente o tratamento com antirretrovirais (ARVs), visando, entre outros benefícios, à redução da tendência ao desenvolvimento da doença e a possibilidade de transmissão.

Sobre Pernambuco, diversas formas de exposição de dados e informações são necessárias para que se estabeleça um quadro, o mais aproximado possível da realidade. Mas, por enquanto, abordaremos a situação epidemiológica do HIV/Aids em Pernambuco[13] entre os anos de 2003 e 2013, segundo informações oficiais baseadas nas listagens de notificações compulsórias anteriores (com ênfase a Portaria nº 141/2011, vigente até maio de 2014)[14].

13 De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, no ano de 2014, o estado de Pernambuco tinha uma população estimada em 9.277.727 hab.; com um território de 98.149,119 km², sua densidade demográfica era, no mesmo ano, 89,62 hab/km². Possuía ainda, no ano de 2014, o rendimento nominal mensal domiciliar per capita de R$ 802,00. De acordo com o censo 2010, o seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal/IDH-M era de 0,673, ocupando a 19ª posição no ranking dos estados brasileiros. Dados obtidos em www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe. Acesso em: dd, mm, aa.

14 A Portaria Nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que dispõe sobre a nova definição da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, em todo o território nacional, ainda não fundamentará os dados deste artigo. Essa Portaria é um documento importante na história da epidemia da AIDS, pois marca a introdução da notificação compulsória dos casos de Infecção pelo Vírus

A Tabela 1 apresenta uma série histórica de 10 anos da situação epidemiológica dos casos de AIDS em Pernambuco. Observa-se que a epidemia da Aids em Pernambuco, no período de 2003 a 2013, manteve-se estabilizada, com uma taxa de incidência média de mais ou menos 13,4 casos por 100,000 habitantes. Na razão por sexo demonstra-se que há uma tendência crescente da feminização da epidemia. E um aspecto importante que se destaca é a elevação da taxa de mortalidade em ambos os sexos.

Neste sentido, os dados expressam a necessidade dos serviços de referência em HIV/Aids se estruturarem de modo a enfrentar a problemática do aumento de mortalidade e da feminização, além, claro, de responder às demandas dos diversos usuários que vivem com HIV/Aids.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2013), as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram as que apresentaram crescimento da epidemia com aumento na detecção (6%; 62,3%; e 92,7%, respectivamente) e também da taxa de mortalidade (4,4%; 33,3%; e 60%, respectivamente).

da Imunodeficiência Humana (HIV), além das notificações de HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e da Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014). As análises epidemiológicas baseadas na Portaria nº 1.271 de 2014, só poderão ser realizadas quando da aplicação da mesma em um período de no mínimo dois anos.

Tabela 1 - Casos de AIDS, taxa de incidência (p/ 100.000 habitantes), nº de óbitos, taxa de mortalidade, segundo sexo e ano de diagnóstico. Pernambuco, 2003-2013*

Ano	Masculino			Feminino			Razão	Total		Óbitos								
										Masculino			Feminino			Total		
	Nº	%	TM	Nº	%	TM	M/F	Nº	TM	Nº	%	TM	Nº	%	TM	Nº	%	TM
2003	698	62,0	17,9	414	39,4	9,8	1,5/1	1052	12,9	260	40,8	6,6	118	28,5	2,8	378	35,9	4,6
2004	645	61,5	16,2	403	38,5	9,5	1,6/1	1048	12,7	255	39,5	6,4	124	30,8	2,9	379	36,2	4,6
2005	702	59,7	17,3	474	40,3	10,9	1,5/1	1176	14,0	250	35,6	6,2	156	32,9	3,6	406	34,5	4,8
2006	608	58,8	14,8	426	41,2	9,7	1,4/1	1034	12,2	288	47,4	7,0	160	37,6	3,6	448	43,3	5,3
2007	595	61,7	14,3	370	38,3	8,4	1,6/1	965	11,2	284	47,7	6,8	148	40,0	3,3	432	44,8	5,0
2008	637	60,8	15,1	410	39,2	9,1	1,6/1	1047	12,0	283	44,4	6,7	161	39,3	3,6	444	42,4	5,1
2009	701	63,3	16,4	407	36,7	9,0	1,7/1	1108	12,6	365	52,1	8,6	159	39,1	3,5	524	47,3	6,0
2010	825	60,4	19,5	540	39,6	11,8	1,5/1	1394	15,5	342	41,5	8,1	182	33,7	3,9	524	38,4	6,0
2011	795	62,0	18,7	488	38,0	10,6	1,6/1	1283	14,5	338	42,5	7,9	166	34,0	3,6	504	39,3	5,7
2012	874	60,3	20,5	575	39,7	12,6	1,5/1	1449	16,4	380	43,5	8,9	206	35,8	4,5	586	40,4	6,6
2013	651	61,4	14,7	410	38,6	8,6	1,6/1	1061	11,5	337	51,8	7,6	164	40,0	3,4	501	47,2	5,4
TOTAL	12893	65,1	–	6913	34,9	–	1,9/1	19811	–	6038	46,8	–	2521	36,5	–	8559	43,2	–

Fonte: SES/SINAN/Programa Estadual DST/Aids/HV

Nota: *Notificações até janeiro/2014. Obs.: A apresentação da TM (Taxa de Mortalidade) com três (3) dígitos foi calculada por aproximação decimal.

De fato, há evidências concretas de que a epidemia vem crescendo e aumentando a mortalidade entre as regiões mais pobres do país e, sendo assim, há a necessidade preemente de que os serviços de saúde e, dentre eles, os de referência em HIV/Aids tenham as condições necessárias de assistência à população que vive com Hiv/Aids que vivem nessas localidades. Ressaltamos, no entanto, que as informações do boletim também expressam, indiretamente, que houve falhas do sistema de saúde na prevenção e promoção da saúde junto a esse segmento populacional. Assim, é urgente a

necessidade de analisarmos os serviços de saúde de referência em HIV/Aids e como vêm atendendo as necessidades relacionadas ao acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids em Recife, Pernambuco.

4. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA HIV/AIDS EM PERNAMBUCO

A rede de atenção às DST/HIV/Aids é formada por serviços situados em diferentes âmbitos da atuação do SUS, quais sejam: "os ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST, HIV/Aids." (BRASIL, 2014)

A Portaria Conjunta nº01/2013 estabelece a classificação dos serviços de atenção às DSTs e HIV/Aids, que compreende além do Serviço de Atenção Especializada (SAE), os Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA), os Centros de Referência e Treinamento (CRT), a Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT) e a Unidade Dispensadora de Medicamentos – UDM. Para efeitos de análise deste artigo, iremos focar nossa discussão nos SAEs, particularmente naqueles que foram objeto da pesquisa em Recife.

A rede de atenção no campo de HIV/Aids do estado de Pernambuco é composta por 26 Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA) e 24 Serviços de Assistência Especializada (SAE) (PERNAMBUCO, 2014).

Dentre as principais atividades desenvolvidas nos SAEs para as pessoas vivendo com HIV/Aids, vale destacar: as ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas aos pacientes e seus parceiros, a assistência clínica e psicossocial individual e/ou coletiva, as referências para serviços de apoio

ao diagnóstico e laboratoriais, assegurando a realização de contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral, exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes à assistência: a assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou a referência estabelecida para os mesmos, a assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo às referências e contra referências, organizada pela Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Considerando que o objeto de nosso estudo foram os três principais SAEs em HIV/Aids do Recife, faz-se necessário melhor caracterizá-los. Nesse sentido, a composição da equipe multiprofissional mínima recomendada para os SAEs, conforme Portaria Conjunta nº1, de 16 de janeiro de 2013 (Brasil, 2013), é de médico clínico treinado e/ou infectologista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo. Tais serviços possuem como atribuição "prestar atenção integral, com uma equipe multiprofissional, voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, às pessoas com DST/HIV/Aids". Vale salientar que esses serviços podem ser administrados por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS.

A pesquisa foi realizada em três dos principais SAEs da capital, situados em três hospitais de Recife, quais sejam:

• **Hospital Correia Picanço – HCP:** hospital público sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde. Situado na capital do estado, é referência para o tratamento de HIV/Aids em pessoas adultas. Atualmente, o hospital é

responsável pelo atendimento de 60% da demanda estadual de pacientes adultos com HIV/Aids. É também referência para acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Seu quadro é composto de 448 funcionários e 75 médicos. Conta com 70 leitos, e realiza cerca de 30 mil exames por mês. O Serviço de Atendimento Especializado (SAE-HCP) é um ambulatório climatizado, com 11 consultórios, um consultório odontológico, uma sala da gerente do serviço, uma farmácia, uma recepção e três salas de espera. A equipe multiprofissional é formada por médicos infectologistas e de outras especialidades: neurologista, psiquiatra, cardiologista, dermatologista, ginecologista, pneumologista, proctologista, e odontólogo; enfermeiros/as, farmacêutica, assistentes sociais, psicólogas e nutricionista; técnicos/as de enfermagem, auxiliar de dentista, técnicos/a em farmácia. O ambulatório atende uma média de três mil pessoas por mês, e contempla várias especialidades voltadas para pessoas vivendo com HIV/Aids. No serviço de emergência são atendidas cerca de 800 pessoas por mês.

• **Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC:** hospital universitário público vinculado à Universidade de Pernambuco - UPE, em funcionamento desde a década de 1960, está ligado à Secretaria de Ciência e Tecnologia. Constitui-se como um hospital de grande complexidade, atendendo através do SUS nas mais diversas especialidades de saúde. Possui um Serviço de Assistência Especializada – SAE e é referência para o atendimento de Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP, especialmente o HIV/Aids. Atende adultos e crianças de ambos os sexos, de todo o estado de Pernambuco, bem como de outros estados, com serviços hospitalar e ambulatorial, sendo que este último tem capacidade de atender pessoas vivendo com HIV/Aids, dispondo

de cerca de 500 consultas por mês. O Pavilhão de Doenças Infecciosas Parasitárias – DIP/HUOC conta atualmente com 33 leitos. Neste pavilhão há a atuação de uma equipe multiprofissional que abrange as áreas do serviço social, terapia ocupacional, nutrição, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia e enfermagem.

• **Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP:** fundado em 1960, o IMIP é, atualmente, uma organização social que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. O Complexo Hospitalar do IMIP é hoje considerado uma das maiores estruturas hospitalares do país, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas. Oferece, através do SUS, serviços ambulatoriais e hospitalares. O Hospital-Dia – Centro de Imunologia Clínica Manoel Figueira (SAE) funciona numa área de 320 m² e tem 16 leitos, uma sala de recepção, um consultório para psicologia, um consultório para terapia ocupacional, três consultórios médicos, um consultório de gineco-obstetrícia, um consultório dentário, uma sala de reunião, uma sala de coordenação, banheiros para crianças e adultos, uma área de estar para os funcionários (banheiro, copa, sala de serviço, expurgo) e duas enfermarias com duas camas, oito berços e sete cadeiras reclináveis. O Serviço de Atendimento Especializado – SAE IMIP é formado por uma equipe multidisciplinar composta por infectologistas, enfermeira, psicóloga, assistente social, pediatras, ginecologistas, dentista, reumatologista, alergologistas, técnicos em enfermagem, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais.

Nos três serviços, foram realizados cinco grupos focais: dois no Hospital Correia

Picanço (um feminino e um masculino), dois no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (um feminino e um masculino) e um grupo focal feminino no IMIP. Para a realização desses grupos focais, o roteiro norteador das atividades consistiu em quatro temáticas, divididas em quatro blocos: **diagnóstico e início do tratamento**, com o objetivo de apreender as primeiras aproximações dos usuários com os serviços de saúde; **tratamento atual**, que visou aprofundar/debater o acesso aos serviços de saúde na atualidade; **apoio ao tratamento**, que objetivou apreender/debater o apoio social ao tratamento - Estado, ONG, movimentos sociais, família; **viver com HIV/Aids** ,no qual se abriu espaço para que os/as participantes expressassem alguma questão não contemplada no roteiro e como avaliavam a participação no grupo focal.

A análise dos depoimentos nos grupos focais revelou que os/as participantes souberam da sua condição de soropositivo predominantemente de forma tardia, ou seja, a partir do aparecimento de sintomas da Aids (do/a próprio participante, companheiro/a ou filhos/as).

> Descobri através dos sintomas, começou a aparecer tuberculose. Quando eu estava na marcação do exame, vi um papel falando sobre DST/Aids, teste rápido, que era em 15 minutos que pegava o resultado. Fui fazer o exame de DST/Aids. (participante Y) [15].

O diagnóstico tardio revela a necessidade de disseminação precoce da testagem sorológica. Descobrir o diagnóstico para HIV já na manifestação da Aids aponta para falha do diagnóstico precoce, o que exige repensar as práticas de atenção primária no enfrentamento da Aids.

15 Fala de participante do grupo focal realizado durante o processo de pesquisa.

O acolhimento e esclarecimentos sobre a doença são apontados como fundamentais. Receber orientação e apoio da equipe de saúde contribui para melhor compreensão e aceitação da doença, pois o momento do diagnóstico é muito difícil (segundo relato dos participantes) e produz desespero, tristeza, desejo de suicídio, incertezas, medo e revolta. Alguns usuários tiveram experiência muito negativa em relação ao acolhimento no momento do diagnóstico:

> Aí eu fui, saí da fila de marcação, pedi pra moça guardar minha vez, e fui fazer o exame de DST/Aids. Aí cheguei lá em 15 minutos. Ela mandou repetir de novo, me chamou na sala e disse que deu positivo, que eu era reagente. Agora não teve orientação nenhuma antes, não teve preparação nenhuma, psicológica. Ela chegou logo pra mim, não esperou nem eu sentar, quando eu entrei na sala, ela disse: "você é reagente viu?". Já peguei a cadeira, quase que eu caía da cadeira!... (participante X) [16].

Mesmo que tais situações não se constituam maioria dos casos, o fato de ainda ocorrerem nos serviços expressa bem que há falhas graves no fluxo de atendimento, nas rotinas e nas práticas em saúde e, portanto, é fundamental a sua reestruturação e reorganização, de modo que tais problemas não sejam repetidos.

Relacionada com essa questão está a importância da assistência qualificada por parte da equipe de saúde, fato esse ressaltado pelos participantes e pelos estudos sobre adesão ao tratamento. Há um relato de uma participante que abandonou o tratamento porque não se sentiu acolhida pela equipe, posteriormente mudou de serviço de saúde e ao ter o apoio, retornou ao tratamento. Em outros relatos, os participantes ressaltam de forma muito

16 Fala de participante do grupo focal realizado durante o processo de pesquisa.

positiva o acolhimento, resolutividade e atendimento de médicos, assistentes sociais e psicólogos. Tal apoio tem sido um elo que fortalece a continuidade do tratamento.

Receber o apoio da família também se constitui como fundamental para se enfrentar o diagnóstico. A questão do preconceito ou apoio da família esteve presente nos relatos de todos os grupos focais. É consenso, entre os soropositivos participantes da pesquisa, a importância da família, como aponta um dos entrevistados: "Não tive apoio nenhum, principalmente da família, que era o que eu mais deveria ter". (participante B)[17]

Porém, não foram identificadas nos serviços de saúde analisados ações de apoio e assistência, com práticas socioeducativas para o fortalecimento das famílias com relação a esclarecimentos e orientações quanto ao HIV, o que possivelmente tem contribuído para que pessoas com pouca informação reproduzam o preconceito e a estigmatização social, procedendo, inclusive, com a separação de utensílios como copos, talheres, pratos, entre outras práticas. Tal questão, ao contrário de ser simplesmente relativa à relação das pessoas que vivem com HIV/Aids e suas famílias, deve ser objeto de intervenção por parte dos serviços e suas respectivas equipes multiprofissionais.

A pesquisa revelou um divisor no acesso aos serviços de saúde para as pessoas vivendo com HIV/Aids. Quando somente tratam o HIV, sem ter o quadro sintomático da Aids, precisando, em geral, apenas da consulta com infectologista, alguns exames de rotina e somente fazem uso de antirretrovirais, há uma certa dificuldade de acesso – em alguns casos há demora nas consultas

17 Fala de participante do grupo focal realizado durante o processo de pesquisa.

e resultados de exames. No entanto, quando ocorrem doenças oportunistas, já com um quadro sintomático de Aids, existe a necessidade de médicos e exames especializados e medicação para as doenças oportunistas. Neste último caso, ocorrem mais problemas ainda de acesso, pois não se consegue marcar exames com especialistas de outras áreas e/ou outros serviços, e nem sempre se tem acesso à medicação complementar prescrita pelo médico.

> Eu to há seis meses "na fila pra marcar um ortopedista, e não consigo marcar. A dificuldade é essa, porque pensa que a gente que tem HIV vai viver só de antirretrovirais, e não é isso". (Participante C) [18].

Medicação para doenças oportunistas e medicação controlada (psiquiátrica) são apontadas como mais ausentes na farmácia, os participantes relataram que quando não há medicação no serviço, precisam comprar, e quando não tem condições para comprar ficam sem fazer uso da medicação.

> Faltou várias vezes, até os antirretrovirais. Chega no hospital, as vezes não tem o antirretrovirais, e isso não pode faltar de jeito nenhum... A gente depende dessa medicação, e às vezes falta nos hospitais de referência. Isso que revolta a gente, um dipirona, às vezes não tem na farmácia, só tem os antirretrovirais, e assim mesmo, os antirretrovirais tem faltado em muitas farmácias nos hospitais de referência. (Participante D).

A compra dos antirretrovirais é realizada pelo Programa Nacional DST/Aids e Hepatites Virais, de acordo com as solicitações das coordenações estaduais ou municipais. As unidades dispensadoras dos ARVs (SAEs) informam a quantidade de medicações necessárias. Para doenças oportunistas[19] foi

18 Fala de participante do grupo focal realizado durante o processo de pesquisa.

19 As infecções oportunistas são doenças que se aproveitam da fraqueza do sistema imunológico, que cuida da defesa do organismo. Como os principais alvos do HIV , vírus causador da Aids , são essas células de defesa, é importante estar sempre de olho na saúde. Para manter uma vida saudável e evitar que o organismo baixe ainda mais suas defesas, é necessário cuidar da alimentação, fazer exercícios físicos e estar bem emocionalmente.

realizada uma pactuação na Comissão Intergestora Bipartite, na qual se designou que os estados e municípios têm a responsabilidade na compra das medicações para doenças oportunistas e o nível federal tem a responsabilidade pelos antirretrovirais. Sendo assim, a falta de medicação para doenças oportunistas revela a desorganização e/ou descaso dos estados e municípios em garantir as medicações que pactuaram fornecer. Além disso, também expressa a desresponsabilização sistemática e paulatina da União com relação ao financiamento da política de saúde e a sobrecarga cada vez maior para os municípios. De fato, "os gastos municipais com saúde foram incrementados em 265% entre 2000 e 2007, enquanto o investimento é baixo nos âmbitos federal e estaduais"[20].

Os Serviços de Atendimento Especializado (SAE), em geral possuem uma equipe mínima (médico infectologista, enfermagem, serviço social e psicologia), farmácia e laboratório (colher sangue e encaminhar para análise em outro laboratório). Em caso de necessidade de outros especialistas e exames, os usuários devem procurar outros serviços da rede do SUS, daí a grande dificuldade de acesso e resolutividade.

No entanto, alguns SAEs, como o do HCP, HUOC e IMIP, são estruturados dentro de hospitais, o que amplia as chances de se conseguir atendimento com outros especialistas e exames. Porém, a dificuldade ainda persiste,

---

Com esses cuidados diários, será mais difícil que seu corpo fique vulnerável a resfriados, gripes ou problemas gastrointestinais, que podem evoluir para doenças mais graves. Em pessoas com Aids, o estágio mais avançado da doença, essas infecções muitas vezes são graves e podem ser fatais, pois o sistema imunológico do indivíduo pode estar danificado pelo HIV. As mais comuns são: neurotoxoplasmose; pneumonia, diarreia crônica; tuberculose disseminada; neurocriptococose; citomegalovirose, pneumocistose.

20 Citado em: Presidentes de conselhos de saúde criticam União e Estados por má aplicação de recursos do SUS. Disponível em http://correio-forense.jusbrasil.com.br/noticias/1028285/presidentes-de-conselhos-de-saude-criticam-uniao-e-estados-por-ma-aplicacao-de-recursos-do-sus. Acessdo em: 17, mai., 2015.

excetuando-se o HCP, que é Hospital de referência para HIV/Aids, cujo ambulatório é exclusivo para soropositivos e concentra outros especialistas. No HUOC e IMIP os serviços para soropositivos estão inseridos em uma estrutura mais ampla que concentra ambulatórios de outras patologias e todos os usuários concorrem para os mesmos especialistas e os mesmos exames de média e alta complexidade.

> A dificuldade que a gente tem é que, desde que botaram na cabeça que o Brasil tem o melhor programa de Aids do mundo, se já era ruim, ficou pior ainda, porque acham que a gente precisa só de medicação, dos antirretrovirais. Mas o corpo da gente não precisa só de medicação, nós temos outras dificuldades, e consequências que até a própria medicação provoca na gente.
>
> E como já se falou, é a dificuldade de marcar um especialista, um infectologista. Tem pessoas aí que conseguem uma consulta com um médico por ano. No Otávio de Freitas, tá tendo uma consulta por ano com o infectologista. Como você vai tomar o remédio sem ter acompanhamento do CD4 e carga viral, esses exames é o que nos encaminha pra tomar a medicação, e isso não tá acontecendo. (Participante C) [21].

Além disso, mesmo no hospital de referência que possui outros especialistas, também há dificuldade, pois nem todas as especialidades estão disponíveis, como por exemplo, gastro e oftalmologia. Quando tem um especialista, não tem o exame de alta complexidade, o que exige buscar a rede de saúde, que já possui uma grande demanda reprimida.

A falta de medicação para tratamento ambulatorial, às vezes, contribui para longos períodos de internação, pois para garantir o tratamento com a medicação necessária, o soropositivo fica internado por longo período. Os participantes relataram também que é mais fácil conseguir exames especializados quando

21 Fala de participante do grupo focal realizado durante o processo de pesquisa.

estão internados do que no ambulatório. Os participantes do grupo relataram que às vezes necessitaram de internação, mas não havia leitos disponíveis. Por outro lado, tem usuários internados em condição de alta, mas não podem deixar o hospital pela falta de medicamento no ambulatório.

Quando atendidos em outros serviços de saúde os participantes relataram que sofreram ou sentem o preconceito por serem HIV positivo, os profissionais com medo de atendê-los ou são os últimos a serem atendidos. Com isso, parte dessas pessoas tem receio de revelar o diagnóstico por medo do preconceito. Outros relatos apontam que não sofreram preconceito e foram bem atendidos.

> [Preconceito] aqui nunca senti não, mas já fui encaminhado pra outro serviço e quando cheguei lá na recepção, a mulher olhou o papel e já foi dizendo que não era lá, era lá atrás e quando fui, a outra já foi dizendo "não, não é aqui não; é ali", e eu disse: "a senhora quer que eu explique como se pega HIV?" E ela: "não precisa". Eu disse: "porque eu vim encaminhado da médica e sou ativista há dez anos e posso lhe explicar... a senhora, uma profissional de saúde, com esse preconceito de me atender"... (Participante E)[22].

Alguns soropositivos residentes no interior preferem realizar o atendimento médico na capital, Recife, mesmo quando em seus municípios ou região próxima há SAEs. Eles referem como justificativa a não resolutividade e a oferta inadequada de serviços de saúde em seus municípios. No entanto, reconhecem que o deslocamento para fazer tratamento no Recife dificulta o acesso, pois existe a dificuldade de se conseguir transporte através das prefeituras, além do fato de que isso acarreta, quase sempre, a necessidade do usuário passar o dia inteiro na unidade de saúde, pois o transporte sai, geralmente, de madrugada e só retorna no final do dia.

22 Fala de participante do grupo focal realizado durante o processo de pesquisa.

De uma forma geral, os relatos dos usuários desses serviços evidenciam que mesmo com os avanços iniciais da política de HIV/Aids no Brasil, há muitas questões que precisam ser melhor trabalhadas, particularmente no que se refere ao acesso: seja à assistência da equipe multiprofissional, incluindo médicos e demais profissionais de saúde, seja a medicamentos, exames especializados e a serviços de referências qualificados próximos à sua residência. Além disso, apesar dos SAEs aqui analisados possuírem equipe mínima de profissionais, é importante ressaltar as limitações dessas equipes para atendimento de toda a demanda dos serviços. As conseqüências desse déficit de profissionais em relação à demanda expressam-se para além do quantitativo de atendimentos realizados e possível retardo no agendamento de consultas, exames etc. Pode acarretar também práticas de saúde mais aligeiradas, tendo em vista a necessidade de dar conta de um volume de demanda crescente, gerando, inclusive, dificuldade de articulação da equipe multiprofissional. Em estudo publicado em 2012 sobre o trabalho e a equipe interdisciplinar em alguns SAEs de Pernambuco, Borges et al. conclui que

> o processo de trabalho ainda está organizado de forma fragmentada, com fragilidade de articulações, seja no seio das equipes, seja na relação com outros serviços e setores. Há uma tendência a se seguir um modelo centrado na individualização das ações, dificultando o reconhecimento do usuário como sujeito de sua própria vida e corresponsável pelo seu tratamento. (BORGES et al, 2012, p 153)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características e contradições da política de enfrentamento ao HIV/Aids materializadas nos serviços de referência, em verdade, expressam tendências

gerais da política de saúde brasileira em tempos de contrarreforma do Estado. Particularmente em Pernambuco, onde, segundo Ximenes (2015), no ano de 2012, aproximadamente 9,5% dos recursos da saúde foram direcionados para pagamento de organizações sociais que gerenciam serviços de emergência e pronto-atendimento, vem sendo evidenciado um intenso processo de precarização dos serviços públicos de saúde, dentre eles os de referência em HIV/Aids.

O subfinanciamento da política de saúde atrelado a um processo contínuo de precarização e privatização dos serviços vem deteriorando cada vez mais os espaços de assistência à população, possibilitando, apesar dos avanços em relação a décadas anteriores, demora de agendamento, dificuldade de acesso a exames e medicamentos. Além disso, há um aumento dos casos de infecção por HIV em determinadas regiões e segmentos populacionais importantes como jovens, idosos e mulheres. Ademais, de acordo com Fattorelli (2015), em 2015, o governo federal impetrou um ajuste fiscal que retirou mais de 42% de recursos orçados para o Ministério da Saúde, o que certamente só agravou a situação já existente de precarização dos serviços.

Além disso, os relatos dos usuários dos serviços expressam que a assistência à saúde em HIV/Aids, nos serviços pesquisados, encontra-se pautada na garantia do acesso à consulta médica, à aquisição de medicação antirretroviral e à realização dos exames de rotina para HIV/Aids, ou seja, CD4 e carga viral, e mesmo assim, com algumas dificuldades de demora no agendamento e até falta de alguns medicamentos. Nesse sentido, o acesso que vem sendo configurando para as pessoas que vivem com HIV/Aids se aproxima do modelo biomédico e curativo, que privilegia o saber médico, intervencionista

e medicalizador, e contrapõe-se à perspectiva de saúde da reforma sanitária brasileira.

A redução da atenção especializada à pessoa que vive com HIV/Aids ao acesso à tríade medicação – consulta médica – exame reflete um distanciamento do que estabelece o marco legal do Sistema Único de Saúde. De fato, os objetivos desses serviços deveriam extrapolar a garantia do tratamento clínico focado na doença e preconizar o trabalho e práticas na perspectiva da prevenção e promoção da saúde das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA), incluindo as práticas interdisciplinares que levam em consideração a multiplicidade das determinações sociais e dimensões do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Ângela Santana do. *A Categoria Sociedade Civil na tradição liberal e marxista*. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 58-92.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde.* Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/colunistas/conteudo.phtml?id=1488033&tit=Crescimento-continuo-no-mercado-de-planos-de-saude>. Acesso em 31 jan. 2015.

BORGES, Maria Jucineide L. et al. *Trabalho em equipe e interdisciplinariedade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco.* In: Revista Ciência e Saúde

Coletiva. 17 (1). p. 147-156, 2012.

DOURADO, Inês et al. *Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado em HIV/Aids em Unidades de Saúde de Salvador-Bahia*. Estudo ATASS. Relatório Final. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/Relatorio%20final%20_ATASS.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2015.

FATTORELLI, Maria L. *O ajuste fiscal alimenta o corrupto sistema da dívida.* In: Dossiê Ajuste Fiscal – Blog Marxismo 21. Outubro de 2015. Disponível em: <www.marxismo21.org>. Acesso em: 20 out. 2015.

LISBOA, Vinícios. *IBGE: 17 estados contrataram organizações para área de saúde em 2013*. In: Agência Brasil. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-03/ibge-17-estados-contrataram-organizacoes-sociais-para-area-de-saude-em-2013>. Acesso em: 06 mar. 2015.

CORREIO FORENSE. *Presidentes de conselhos de saúde criticam União e Estados por má aplicação de recursos do SUS.* In: JusBrasil. Disponível em: <http://correio-forense.jusbrasil.com.br/noticias/1028285/presidentes-de-conselhos-de-saude-criticam-uniao-e-estados-por-ma-aplicacao-de-recursos-do-sus>. Acesso em: 17 mar. 2015.

LEMES, Conceição. Mário Scheffer: *"Vivemos uma crise sem precedentes na resposta à epidemia de HIV/Aids".* In: Blog da Saúde. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/blog-da-saude/mario-scheffer-vivemos-uma-crise-sem-precedentes-na-resposta-a-epidemia-de-hivaids.html>. Acesso em: 14 dez. 2015.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PARKER, Richard (org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; ABIA, 1997.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim Epidemiológico de DST/ Aids.* Recife: SES, 2014.

SANTOS, Maria Angélica B. *Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas. 2012.* 144 pgs. Tese. (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, Giseli Caetano. *A dimensão social da Aids: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco.* 2014. 161 folhas. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

SOARES, Raquel C. *A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.* In: BRAVO, Maria Inês & MENEZES, Juliana (Org.). Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

SCHEFFER, Mário. *Prevenção em Aids no Brasil: depois do terror, a trapaça.* In: ABRASCO Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/2015/02/prevencao-em-aids-no-brasil-depois-do-terror-a-trapaca-por-mario-scheffer/>. Acesso em: 14 dez. 2015.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. *Políticas públicas em Aids.* In: PARKER, Richard (Org.). Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; Jorge Zahar Editor, 1997. p. 43-68.

TRANSIÇÕES E PREVENÇÃO: O CASO DO HIV/SIDA

Ana Piedade Armindo Monteiro

1. INTRODUÇÃO

Moçambique é um dos países da Comunidade da Região da África Austral − Southern Africa Region Community (SADC) − com maiores índices de pobreza, com impacto negativo na qualidade de saúde da população, no acesso ao ensino, aos diversos níveis e ao emprego formal.

As assimetrias no acesso à educação e ao emprego são exacerbadas pelas precárias condições económicas que são também consequência das fragilidades nas estratégias e políticas adoptadas para o ensino e agravadas pelos altos índices de prevalência do HIV e SIDA no pais.

As condições deploráveis da saúde, em particular da população activa, afectando o acesso ao ensino, explicam a escassez do capital humano qualificado no mercado de trabalho.

As consequências funestas do HIV e SIDA são um processo em cadeia, refletindo-se na redução do número de pessoas com formação, experiência profissional e de gestão, dificultando manter o constante fluxo em mão de

obra para o mercado de trabalho.

Os impactos negativos, para além de afectar a população, fragilizam a capacidade das instituições em aumentar a produção e produtividade porque afectadas pela perca da sua mão de obra devido ao HIV e SIDA.

Contudo, no sector educação a situação é ainda inflamada pela situação contraditória, espelhada pelas políticas que, mesmo tendo sido bem desenhadas, não encontram sustentação em ações práticas na sua ligação com a saúde e desta com o mercado de trabalho.

O artigo é desenvolvido com base num estudo etnográfico feito em Dondo e Maringue sob o titulo: HIV e SIDA prevenção intervenção em Moçambique como conflito de culturas: estudo de caso dos distritos de Dondo e Maringue na Província de Sofala assim como a revisão da literatura de pertinência em educação, saúde e mercado de emprego relativo aos processos de transição e desperdícios provocando a exclusão.

Em 2007, a Província de Sofala, na região centro do país, apresentava a percentagem mais alta de prevalência dos índices do HIV e SIDA: 25% para a média de 16.2% ao nível nacional. Ao realizar o estudo, pretendia perceber o por quê dessa tendência, havendo muita intervenção de diferentes actores na área de saúde. Tratava-se de um estudo etnográfico em que observação participante, geração de dados por si própria (implicando inversão de papeis em que o investigador passou a ser questionado pelos participantes na pesquisa), narrativas e grupos focais de discussão foram privilegiados.

As ONGs internacionais, organizações religiosas, líderes comunitários,

pessoas vivendo com o HIV e SIDA, viúvas (os), instituições de saúde e escolas constituíram o grupo-alvo da pesquisa. As teorias de resistência, socioecológica e conhecimento local foram adotadas dentro de um modelo de análise que privilegiava as dimensões social e cultural.

A teoria de resistência tinha pertinência pelo facto de se considerar que as pessoas não eram favoráveis na adoção do modelo de prevenção proposto, ou seja, o uso do preservativo, ser fiel ao parceiro, atrasar o início de relação sexual no caso dos adolescentes e diminuir o número de parceiros sexuais.

No que se refere à teoria socioecológica, esta foi privilegiada para melhor perceber a influência das instituições, do ambiente, e das comunidades no comportamento do indivíduo. Enquanto a teoria sobre o conhecimento local era para perceber as lógicas das comunidades na forma como lidam com as doenças e o HIV e SIDA em particular.

Esta reflexão devia ser percebida no âmbito das abordagens biomédica e cultural. A ideia era de que o modelo de prevenção constituía uma imposição na sua adoção e tinha como consequência o caos cultural.

Era significativo perceber as vivências das comunidades naqueles distritos, incluindo as suas práticas culturais que lhes dava sentido à vida, orientando as suas crenças, formas de ver o mundo, e seus comportamentos. A imperiosidade em perceber as práticas culturais locais era pelo impacto que as mesmas tinham em relação à infecção pelo HIV e SIDA, e na tomada de decisões sobre questões relativas à saúde (MONTEIRO, 2011).

Na pesquisa constatou-se que VIH e SIDA contribuíram para a geração de

conflitos culturais nas comunidades locais no que refere às abordagens biomédica e cultural, onde a opção é ter que aceitar ou rejeitar uma ou ambas culturas em conflito (Monteiro, 2011). A situação requeria uma percepção sobre a teoria da resistência, visto que nos programas de prevenção constantemente se esbarra com o conceito de resistência, em particular, no que diz respeito à adoção das formas de prevenção "universais" como, por exemplo, a resistência no uso do preservativo.

Esta reflexão foi feita num contexto em que a ideologia do Ocidente, embora por muito tempo, tenha tido a pretensão de dominação das culturas africanas, definindo-se a si própria como a civilização do progresso, fracassou na erradicação dessas mesmas práticas.

Assim, durante a pesquisa se evidenciaram as duas abordagens, o reconhecimento e adoção das práticas culturais locais, por um lado, e, por outro lado, a prevenção biomédica. A persistência no uso do conhecimento local transporta as mensagens de manifestação de atuação de forma aberta mas também dissimulada e que, na perspectiva biomédica, percebe-se como forma de 'resistência'. De acordo com a atitude em causa, a resistência podia ser vista e interpretada como de carácter passiva ou ativa.

Do ponto de vista biomédico, as comunidades locais apelavam à teoria da resistência, segundo a qual, expressões como kupitakufa, kupitamadwade, kupitamoto e xitonga - todas significando purificação - e outras práticas culturais eram adotadas em combinação com as práticas biomédicas (resistência passiva).

As comunidades não só reconheciam a abordagem biomédica como

também faziam apelo aos conceitos locais para lidar com HIV – shirombo significa germe minúsculo e invisível sem o auxilio do microscópio. Enquanto phiringanisso - SIDA é caracterizado por manifestações tais como tuberculose, diarreia, falta de apetite, emagrecimento, queda do cabelo, que são similares as manifestações da SIDA e que de acordo com um líder comunitário, participante na pesquisa, cria uma confusão "porque quando vamos para o hospital dizem que é SIDA, mas na comunidade conhecemos por phiringanisso" (líder comunitário, 2008).

Na interpretação das comunidades, phiringanisso é consequência de uma relação sexual em presença de um aborto não revelado, e para sua cura se recorre à prática de relação sexual. Sendo assim, a prática da relação sexual, neste contexto, se encontrava ao mesmo nível das práticas culturais de purificação em caso de morte (o que inclui o aborto) ou outras desgraças que se abatem sobre uma determinada família – kupitakufa, kupitamoto e xitonga.

E, por último, a prática de kupitamadwade é um ritual com múltiplos fins. Trata-se do período em que a parturiente e o seu bebé se isolam dos demais membros da família, porque a criança ainda é vulnerável às doenças que possam ser transmitidas pelos demais, mas também toma características de planeamento familiar, pois durante o período de recolhimento o casal está interdito da prática de relações sexuais, o que se justifica como permitindo o fortalecimento do estado de saúde da criança; a kupitamadwade pode ainda significar a limpeza da morte de recém-nascido antes de completar os 60 dias.

Se um recém- nascido que morre antes de completar os 60 dias, os

progenitores têm que observar o período de madwade. A criança é sepultada somente por mulheres sem a presença do pai porque se acredita que durante esse período a criança pertence à mãe; é como se ela não tivesse existido e o ritual termina também com relações sexuais de purificação. Os rituais são percebidos como indispensáveis para o resgate do bem-estar não só da família, mas também da comunidade circunvizinha.

A teoria socioecológica foi adotada para auxiliar na interpretação da complexidade do meio social sobre o qual os participantes viviam. É importante considerar contextos históricos, culturais e institucionais na procura da percepção de interação das relações indivíduo – ambiente. O uso das teorias de resistência e socioecológica foi crucial no questionamento das formas de prevenção intervenção de HIV e SIDA.

A problematização do quadro teórico que envolve resistência, socioecologia e conhecimento local inspirou a percepção de forma holística na abordagem da temática, dando maior atenção à percepção no contexto interpessoal, organizacional, comunidade e políticas públicas do HIV e SIDA, imprescindíveis para avaliar factores que "apoiam e mantêm comportamentos não saudáveis" (GLANZ et al., 1988, p. 351). A perspectiva ecológica assume que a mudança no ambiente social pode produzir mudanças no indivíduo e este, por sua vez, sentindo-se pressionado, provocar mudanças no ambiente.

Do trabalho foi possível verificar que embora a política de educação, em termos de prevenção, promova o uso do preservativo, os jovens - em particular, as raparigas - continuavam a envolver-se em comportamentos

sexuais de risco, resultando em gravidezes indesejadas, quando na prática podiam ser prevenidas com o preservativo. O que quer dizer que, embora houvesse um conhecimento sobre as formas de prevenção do HIV e SIDA, as evidências sobre mudança de comportamento ainda não eram satisfatórias.

A interpretação local era de que a multiplicidade de atores intervindo na área de prevenção e a facilidade com que os mesmos tinham acesso às instituições de ensino permeavam a multiplicidade das abordagens em conflito, tornando ainda mais complexa a prevenção do HIV e SIDA (MONTEIRO, 2012).

Em Moçambique, SIDA é um problema de desenvolvimento, porque afeta a sociedade com maior incidência nas camadas com menos de 25 anos de idade (MONTEIRO, 2011). A população da faixa etária indicada é a que exerce maior pressão tanto no acesso à educação como à saúde e, por outro, lado porque sendo sexualmente mais ativa, resulta ser a mais infectada pela pandemia (INSIDA, 2010).

Pode se inferir que o incipiente acesso aos serviços de educação e saúde constitui uma privação a um direito básico para a sobrevivência do homem. Assim, ao se pensar na transição do ensino para o mercado de emprego é prioritário que se tenha em conta que os desperdícios devem ser mínimos e que as taxas de retorno devem ser altas. A presença das temáticas de inclusão e exclusão social, entre outros, na compreensão do social, tem em vista a diminuição dos conflitos que se manifestam entre o individuo e a sociedade (WILTON, 2010), o que sempre constituirá preocupação dos fóruns académicos.

2. DEFININDO OS CONCEITOS DE TRANSIÇÃO E PREVENÇÃO

A apresentação discute as transições e prevenção com base no caso do HIV e SIDA. A definição do conceito transição obedece a diferentes perspectivas de sua percepção e abordagem de acordo com a área científica em questão. A problematização do conceito transição no âmbito das dimensões social e económica para a sustentação da reflexão permite melhor entendimento dos desafios que o país enfrenta no âmbito de educação (secundário e superior), mercado de trabalho e saúde (HIV e SIDA). No contexto desta apresentação, os desafios referem-se aos desperdícios na transição de um nível de ensino para o outro como consequência das doenças e fragilidade na cobertura nacional em infraestruturas no setor educação, que ainda não é satisfatória para maior inclusão dos candidatos ao ensino.

Em termos conceptuais, transição pode significar mudança de um estado para o outro. A sua definição se apresenta complexa devido aos diferentes significados, podendo as mudanças ter um cariz1 político, económico, social, de estado de tempo, de criança para puberdade, de aspecto físico, de caracter entre outras. O mais importante na transição é que os seus efeitos sejam benéficos para o desenvolvimento (económico, social, intelectual e daí por diante). Neste contexto, discuto o conceito de transição no âmbito do processo educativo, concretamente da passagem de um grau para o outro, podendo este ser de maior inclusão ou não.

Contudo, dos conceitos arrolados neste artigo, maior atenção vai para o conceito de prevenção, pela sua aproximação com o HIV e SIDA, que é o

1 Expressão moçambicana que designa um conjunto de atributos ou das propriedades que definem algo. Cfe. Dicionário Priberam. Disponível em: http://www.priberam.pt/dlpo/cariz . Acessado em 21, fev., 2016. (N.R.)

cerne da discussão. O conceito de prevenção, como todos os outros, tem também significados diferenciados, dependendo do objecto em causa. Assim, o conceito pode significar prevenir a eclosão guerras, prevenção de calamidades naturais em função das mudanças climáticas que ameaçam o mundo. Podendo ainda significar ações para o controle das pragas, ações de contrariar o desenvolvimento de uma patologia (ROMANHA, 2012), ação antecipada para tornar improvável o processo posterior da doença. Este raciocínio desemboca na percepção sobre formas de se evitar que indivíduos saudáveis se tornem doentes (EGGER, 2012).

Em saúde, prevenção compreende três fases e destas fases a única que visa ato de evitar é a prevenção primária. Porém, a fase secundária indica que o indivíduo, tendo a infecção, deve-se prevenir para que não atinja o estágio de doente e a terciária, em que o indivíduo tendo atingido o estágio de doente, procede ao tratamento para a prevenção de doenças oportunísticas (MONTEIRO, 2011). E para que a prevenção seja possível é necessário a aplicação de várias estratégias. As estratégias passam pela realização de várias ações tais como o diagnóstico, o tratamento precoce da patologia, criação de condições sociais adequadas, o ambiente ajustado de acordo com as necessidades, o apoio e disponibilização das informações à comunidade em tempo útil, e identificação de ações de risco.

Portanto, uma prevenção correta exige o estudo da história da doença, os lugares de possíveis riscos, as taxas e os índices da doença em presença. Isto porque as mudanças das condições naturais ou provocadas pelo próprio homem levam à ocorrência de mudanças na sociedade. No caso concreto da saúde, só para dar exemplo, a definição do conceito saúde foi

redimensionada, o que culminou com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo objetivo centrava-se na melhoria da qualidade de vida da população mundial − o que, com o tempo, ficou conhecido por "promoção da saúde". É assim que na Conferência Internacional de Alma-Ata2, a OMS teve que reconhecer que saúde é um direito do cidadão e, por isso mesmo, constitui um dever do Estado.

Nessa conferência também foi salientado o interrelacionamento entre a saúde e o desenvolvimento socioeconómico, permitindo assim um ambiente favorável para todos os homens no mundo. Deste modo, mesmo sendo a saúde um direito, há uma necessidade de todos lutarmos por ela no nosso dia-a-dia pelo fato de estar presa ao modo como o homem se apropria da natureza e a transforma de acordo com os seus interesses, tendo em conta o momento histórico que esse homem vive. De forma resumida, pode-se afirmar que o conceito de prevenção está diretamente relacionado e interligado com o conceito de saúde que, de acordo com a OMS, vai muito mais para além do simples bem-estar físico de uma pessoa. E retomando a ideia de risco, taxas e índices, importa então elaborar sobre a chamada doença do século, que assola o mundo inteiro, que levou a que se tomassem medidas de prevenção "universais": o caso do HIV e SIDA, cujas consequências são tais que em todo o mundo esta doença tem um significado próprio nas línguas locais.

Em Moçambique, dependendo da língua localmente falada, HIV pode significar guivessane (bitonga), xirombo (sena), xibolani (cishangane), só para dar alguns exemplos. E porque se trata de doença e o ser humano procura

2 A Conferência Internacional decorrida na USSR - Almaty, Kazakhstan, em setembro de 1978

formas de se proteger da mesma, aqui também encontramos as diferentes formas ou estratégias locais de sua prevenção. No caso de Moçambique, o fato de se perceber que esta doença se transmite, principalmente, por via relação sexual e havendo nas comunidades práticas culturais que estão fundamentalmente ligadas à sexualidade, a doença provocou mudanças que culminaram com o surgimento de formas locais de prevenção. Estas formas de prevenção, embora semelhantes, a sua realização ou execução é diferenciada e toma diferentes nomes.

Por exemplo, no sul se chama kutsinga, no centro é conhecida por kupitakufa. Mesmo em países fronteiriços, como por exemplo o Malawi, as práticas não só são similares, como também a raiz da sua existência é a mesma que é a purificação, a qual é concretizada através da relação sexual. Mas como o ser humano procura acomodar as suas preocupações e, no âmbito do conhecimento local da percepção das doenças suas formas de prevenção, estudou como continuar a realizar a purificação sem por em causa a saúde dos outros e assim, surgiram as chamadas estratégias locais de prevenção.

É o que ocorre com o xitonga, que se traduz no uso de raízes e folhas para a realização dos banhos de purificação cerimônia dirigida e acompanhada por um praticante da medicina tradicional. E para os que continuam a recorrer à relação sexual, socorrem-se aos casais da família, ou seja, o irmão do falecido, que com a sua esposa pratica as relações sexuais purificadoras na casa onde ocorreu a morte (MONTEIRO, 2011). Estes comportamentos revelam o quanto os cidadãos, sejam eles iletrados ou não no esforço de preservação de suas práticas culturais, lutam também por preservar o seu bom estado de saúde. Pois, o desenvolvimento social e económico só pode

ser satisfeito por uma população sã.

3. O ESTADO ACTUAL DO HIV E SIDA NO PAÍS

Para reflexão sobre o estado actual do HIV e SIDA no país, socorri-me do estudo do INSIDA, tendo sido bastante esclarecedor ao indicar que a prevalência da infeção por HIV na população moçambicana nas idades compreendidas entre os 15 a 49 anos é de 11.5%. Ainda, de acordo com a fonte, a prevalência do HIV é mais elevada nas áreas urbanas, chegando a atingir os 15.9% e nas zonas rurais é de apenas 9.2%. Paradoxalmente, as pessoas com o nível de escolaridade e económica mais elevados são também os mais infectados pelo vírus do HIV e SIDª

Em termos regionais, o sul de Moçambique tem uma prevalência de 17.8%, seguido pela região centro, com 12.5%, sendo a região norte a que apresenta a prevalência mais baixa, somente de 5.6%. O estudo indica que, por províncias, Gaza é a que atualmente lidera os índices de prevalência ao nível do país, atingindo 25.1%, enquanto a do Niassa apresenta os índices de prevalência mais baixos, atingindo apenas 3.7%. Olhando para as estatísticas de acordo com o sexo, verifica-se que as mulheres são infectadas de forma mais marcante, atingindo 13.1%, sendo que a prevalência dos homens atinge 9.2%. INSIDA indica ainda que as raparigas são infectadas mais cedo que os rapazes, e para os adolescentes, jovens e adultos a prevalência de HIV é mais alta nas mulheres (INSIDA, 2010, pp.xvi)

No que respeita ao nível de escolaridade, a prevalência atinge 9.8% nas

mulheres sem qualquer nível de escolaridade contra 15.0% nas mulheres de nível secundário e superior; para homens, a prevalência varia de 7.2% para 10.1% para os mesmos níveis de escolaridade. O estudo indica ainda que a prevalência de HIV está igualmente associada ao níveis de riqueza, com 6.0% de adultos que vivem em agregados do nível de riqueza mais baixo infectados por HIV, comparativamente a 17.4% dos indivíduos do nível de riqueza mais elevado. No entanto, a situação do HIV e SIDA no país é tao desafiadora que pelo menosum em cada sete casais moçambicanos (15.2%) tem um dos parceiros ou ambos com infecção por HIV. Em 5% dos casais a mulher está infectada (INSIDA, 2010). Portanto, daqui se conclui que o HIV e SIDA têm um impacto diferenciado nas três regiões do país, que a doença afeta a população mais jovem e, por sinal, a que está abrangida pela idade escolar do nível secundário e do nível superior. E que as mulheres são também as mais afetadas, o que piora a situação destas quando se encontram a frequentar os níveis de educação mais altos.

Assim sendo, as comunidades de Dondo e Maringue, mesmo reconhecendo o modelo de prevenção biomédico, de forma persistente apelam ao conhecimento local para se prevenirem das doenças incluindo HIV e SIDA. Dos resultados de pesquisa foi possível concluir que no contexto de prevenção as comunidades faziam apelo a ambas abordagens como estratégia para prevenção e intervenção no HIV e SIDA. A aceitação e o uso das práticas de prevenção biomédicas, na verdade, não significava desistência das práticas culturais locais.

A realidade espelhava a necessidade de preservação do conhecimento cultural local na relação entre as comunidades e as doenças. Porque como afirma

Czeresnia (2003, p. 2) o discurso biomédico não contempla a significação mais ampla de saúde e do adoecer. Daí que no contexto da abordagem biomédica as práticas culturais locais que eram continuamente adotadas na prevenção não eram consideradas e, por consequência, eram também excluídas nas mensagens concebidas para o HIV e SIDA. E partindo do pressuposto de que a maioria da população em Moçambique se socorre do conhecimento local para a prevenção ou na cura das doenças, o estudo sugeria a inclusão da abordagem cultural local nas estratégias globais/universais de prevenção como vantagem para a efetividade do processo de redução das percas humanas. A relutância na adocão do conhecimento local exacerba os índices de prevalência da doença tendo como consequência os desperdícios em recursos humanos nos processos de transição nas diferentes áreas como sejam educação, saúde e mercado de trabalho e entre elas.

4. ESTADO ATUAL DOS SUBSISTEMAS DE ENSINO DE ACORDO COM AS ESTATÍSTICAS

O Plano de governo para o sector de Educação 1995/1999 (MOÇAMBIQUE, 1995) definia como prioridade do governo concentrar esforços na realização de ações que resultam na garantia da Paz, estabilidade e unidade nacional, na erradicação da pobreza a médio prazo e na melhoria de vida do povo, com incidência na educação, saúde, desenvolvimento rural e emprego. O mesmo documento indica que a paz e a estabilidade são as condições básicas para a reativação da atividade económica e social. Aponta ainda que a Lei nº. 6/92 define os princípios, funções e objetivos de cada subsistema de

ensino. O sistema geral de ensino em Moçambique está dividido em quatro subsistemas:

- O ensino Primário (EP) com os níveis EP1 (1ª a 5ª) e EP2 (6ª e 7ª classe);

- O Ensino Secundário Geral (ESG) com níveis ESG1 (8ª a 10ª) e ESG2 (11ª e 12ª);no ESG2 existe a especialização em ciências e letras;

- O Ensino Técnico (ET) com os níveis Elementar (ETE), Básico (ETB) e Médio (ETM) com as especializações comércio, indústria e agricultura

- O Ensino Superior (ES) composto pelas Universidades, escolas superiores e politécnicos, com uma vasta gama de especializações definido pelos eixos aplicado-teórico e ciências naturais-artes (MENETE, ZELIA; BRITO, LÍDIA & BROUWER, ROLAND, 2010).

Destes subsistemas, vou dedicar-me ao ensino secundário − o nível que permite a transição para o ensino superior e deste para o mercado de emprego, embora não esquecendo que o ensino primário é que alimenta o ensino secundário. A referencia ao ensino secundário aponta para a fase de ensino, que abarca cinco anos de escolaridade, também dividido em 2 níveis. O primeiro nível inclui as classes da 8ª a 10ª o chamado ensino secundário geral do primeiro grau ou ESG1 e o segundo que compreende a 11ª e a 12ª classes.

O Primeiro deve ser frequentado por crianças de 13 a 15 anos de idade e o segundo por crianças de entre 16 e 17 anos de idade (UNICEF, 2010,), e o Ensino Superior que também em Moçambique contempla

três fases: a licenciatura, o mestrado e o doutoramento (MENETE et. al., 2010). Com a conclusão da primeira fase do Ensino Superior, o individuo está minimamente habilitado para o desenvolvimento de uma atividade especializada em qualquer sector de actividade da área de sua formação. No entanto, a conclusão do grau acima indicado foi uma longa caminhada, como se afirma em Antropologia Freudiana "a passagem da natureza à cultura é constitutivamente trágica e dramática" (BARBOSA, 2000,89). Portanto, este drama de aculturação é o drama da educação. Em que o inevitável entre a natureza e a cultura faz do homem um ser de tragédia e da educação, uma agonia (BARBOSA, 2000). O que quer dizer que o processo educativo é penoso e moroso e que a disciplina intelectual se transforma em repressão e a aculturação num processo dramático. E este drama se não é acompanhado pela disponibilização de recursos tais como materiais, humanos, incluindo infraestruturas adequadas, ou seja, uma relação intrínseca com outros sectores sociais e fundamentalmente com a saúde, o risco de perdas humanas no processo de transição torna-se maior.

4.1 O HIV e SIDA nos diferentes subsistemas de ensino

As condições estruturais em Moçambique contribuem para que a pandemia do HIV e SIDA seja aparentemente relegada a segundo plano, embora continue sendo a doença que contribui para um número significativo de mortes no país. Doenças tais como a malaria e a tuberculose são vistas como as doenças que maiores mortes provocam em Moçambique. Daí que estudos para monitorização das consequências do HIV e SIDA no sector

de educação aos diversos níveis não sejam realizadas com a pertinência necessária. O que aparentemente pode se justificar pela tendência de se interpretar a situação do HIV e SIDA no país como sendo a menos grave no âmbito da região.

A forma indicativa desse impacto se reflete na procura do ensino pelos candidatos a alunos, em particular, no que diz respeito ao número de ingresso, das presenças nas salas de aulas, das desistências que daí advêm, das taxas de reprovações e do crescente número de órfãos. O impacto estende à oferta de educadores (professores, gestores e planificadores de políticas) e ainda na qualidade da educação que se oferece, para além das implicações nos custos para o sector de educação, pois enquanto os custos sobem, a eficiência dos gastos baixa.

Os dados gerais sobre HIV e SIDA indicam serem mais afectado os estudantes do ensino secundário com 13.1% para as jovens raparigas e 10.1% para os rapazes, e sendo estes soropositivos, a sua continuidade na escola torna-se cara para os encarregados de educação, sendo pior para os que pertencem às famílias mais pobres, e provenientes das zonas rurais. Estes praticamente se encontram na condição de impedidos de garantir a sua continuidade na escola, dada a incapacidade financeira dos seus encarregados de educação. Esta situação é ainda agravada pela fraca cobertura escolar, principalmente para o nível secundário em todo o país, como indica o plano estratégico (2012-2016) que aponta para uma escola secundaria em cada distrito agravando a situação de exclusão (MOÇAMBIQUE, 2013)3.

3 Disponível em: www.mined.gov.mz.

5. OS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E APOIO INSTITUCIONAL EM PESSOAS INFECTADAS PELO HIV

Não se pode negar que no sector de educação existe a percepção sobre a gravidade e o impacto devastador da pandemia do HIV e SIDA para o sector. Ações desenvolvidas e em progresso são um exemplo dessa preocupação. O sector de educação sempre coloca a prevenção e a mitigação do HIV e SIDA como uma das suas prioridades, em todos os programas do governo. Daí que no sector estão estabelecidos quatro níveis de atuação para o combate à pandemia, a saber: como empregador; como educador; como sistema e como parte da resposta nacional (PEES, 2012-2016) a estratégia é de se definir ações de prevenção e tem por finalidade a redução do impacto de HIV e SIDA no âmbito dos gestores, professores e funcionários de educação, que são os que asseguram o processo educativo.

Contudo, esta ação tem também por objetivo a redução do impacto da doença nos alunos através de atividades de formação, o desenvolvimento de um quadro institucional para se evitar colocar em causa as missões do sector e, por último, o desenvolvimento de parcerias para assegurar o apoio no combate ao HIV e SIDA. No entanto, estas ações são em relação ao grupo populacional que se encontra dentro do sistema e sendo assim, há, contudo, a necessidade de se fazer um constante controlo sobre os possíveis desperdícios ao longo do processo.

6. AS ANÁLISES SOBRE A SITUAÇÃO

6.1 Os desperdícios produzidos no processo de transição como resultado da infecção

Em Moçambique, por várias razões, as crianças começam a frequentar a escola em idade avançada, sendo assim um número significativo de estudantes que frequentam o ensino secundário, em particular, nas zonas rurais numa idade igual ou acima dos 15 anos de idade. Se de acordo com as estatísticas os jovens entram na idade sexual ativa a partir dos 16 anos, isto significa que a prevalência dos índices do HIV e SIDA começa a ser significativa neste subsistema de ensino.

As instituições tais como educação perdem parte do seu grupo-alvo, por diferentes razões, por um lado por motivos idade, o fraco aproveitamento e a situação financeira dos progenitores. Por outro lado, porque o sector saúde está incapaz de cumprir com a sua missão, que é de evitar mortes com impacto nas instituições empregadoras, que se ressentem pela diminuição do seu rendimento (produtividade). A infecção pelo HIV e SIDA coloca desafios aos próprios infectados pelo processo de debilitação que a doença provoca neles e aos afetados porque são eles que devem assegurar o tratamento dos doentes.

6.2 Transitando entre o secundário, superior e mercado de trabalho em contexto do HIV e SIDA

O fato da idade sexualmente ativa em Moçambique ser reconhecida como sendo a partir dos 16 anos, a situação afeta em grande medida tanto os que transitam para o ensino superior como para os que vão para o mercado de

trabalho. Isto acontece porque se durante a frequência de ensino superior se encontram num estágio de infecção, já ao ingressarem no mercado de trabalho se encontram em fase de desenvolvimento da doença.

Portanto, em termos de impacto, afeta fundamentalmente os jovens profissionais que vão constituir, em parte, o grupo dos professores, gestores, planificadores de políticas e os restantes funcionários do sector da educação, entre outros sectores de atividade laboral. O impacto ao nível de educação, reflete-se na redução da qualidade de ensino ministrado, causado pelo absentismo dos professores e por sua vez causado pelo HIV e SIDA.

No entanto, quando falamos do mercado de trabalho não nos referimos somente ao sector educação, como também a todos os sectores económicos, sociais e politico. O HIV e SIDA nunca deixarão de constituir um desafio para o desenvolvimento do país se não forem desenvolvidas ações de constante vigilância da saúde da população, em particular, os formandos aos diversos níveis. O que coloca o sector de educação numa situação de fragilidade pelo fato de remeter para o mercado de trabalho, profissionais infectados pelo vírus do HIV ou já doentes do SIDA.

7. POTENCIAL INTELECTUAL COMPROMETENDO AS EXPECTATIVAS DO MERCADO DE TRABALHO PELO IMPACTO DO HIV E SIDA

Ao se definir o HIV, diz-se que é um vírus de imunodeficiência adquirida, enquanto que SIDA é definida como a síndrome de imunodeficiência adquirida, o que significa que atua de modo a corroer o sistema

imunológico, enfraquecendo o organismo do individuo e deixando-o a descoberto para qualquer tipo de doença. Significa que esse individuo vai perdendo paulatinamente as suas forças físicas e mentais, com o HIV-SIDA debilitando-o da capacidade de garantir uma boa prestação em termos trabalho na sua instituição tornando-se isso mais grave quando se refere ao professor. A diminuição de sua capacidade de prestação vai ter impacto nos seus estudantes que por falta de um acompanhamento constante ficam prejudicados em termos de desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, e logicamente, esses estudantes saem dos bancos da escola com um défice de conhecimento.

Por esta razão, o HIV e SIDA são percebidos como doença de entrave ao desenvolvimento, o que acontece por várias razões: I) ao infectar o individuo, incapacitam-no na sua atividade e responsabilidade perante o sector do trabalho e a sociedade; II) o duplo sentido de incapacidade de intervenção, tanto do individuo como dos familiares, que desviam parte do orçamento familiar que era destinada a manutenção da família para garantir a medicação ao doente; III) a sua ausência no seu sector de trabalho diminui a produtividade desse sector e, no caso dos professores, não garantem o desenvolvimento cognitivo dos seus estudantes. A incapacidade do professor cria em cadeia a incapacidade dos seus estudantes, colocando-os numa situação de exclusão. A exclusão cria frustrações nos indivíduos por se reconhecerem incapazes de participar no processo de desenvolvimento não por culpa própria. De certa forma, são estes indivíduos que vão adensar o mercado informal que as vezes nem encontram a inserção no meio porque não era isso que ele tinha idealizado para sua vida.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os investimentos no contexto do desenvolvimento do país só poderão surtir efeitos se forem acompanhados pela capacidade de intervenção dos seus cidadãos. A capitalização desta intervenção só poderá acontecer se a relação entre os sectores socias − tais como educação, saúde e acesso massivo ao mercado formal de trabalho − for concretizado. A colaboração entre educação, mercado de trabalho, saúde e saberes locais poderiam contribuir para que as transições aconteçam sem exclusão de um número significativo dos cidadãos. A ausência de interação entre os diferentes sectores com os saberes locais não permite o aprofundamento sobre a importância das práticas culturais como parte das vivências e crenças míticas que validam o sentido holístico da sociedade. Dos dados obtidos, tanto da revisão bibliográfica leituras como do trabalho de campo, conclui-se que a possibilidade de interação das diferentes abordagens é uma mais-valia para o fortalecimento de intervenção aos níveis individual, colectivo dos homens e melhora também a capacidade de crescimentos das instituições sejam estas públicas como privadas.

Quando os processos de transição são inclusivos porque sempre atentos às ações de risco, a paz e a estabilidade como condições básicas para a reativação da atividade económica e social estarão asseguradas. O que significa que o modelo intelectual ajuizado no pensamento crítico, na análise das várias interdependências exige maior esforço em realização de pesquisas mais aprofundadas e redimensionamento na aproximação de diferentes instituições afins tornará mais preparado o país para fazer face aos desafios provocados pelo desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.. *Antropologia e pedagogia em Freud* - Contribuição para o estudo da concepção freudiana de educação. Braga: Edições APPACDM, 2000.

CHEVALIER, Sophie. Uma sociedade em mudança: antropologia de uma "transição" na Bulgária. *Horizonte Antropológico*, Porto Alegre, v. 7, nº. 15, p. 37-55, Julho, 2001. Disponível em: < http://bit.ly/1Rgqs2k>.

CZERESNIA, D. . *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. Disponível em: <https://www.scribd.com/doc/47159092/Czeresnia-O-CONCEITO-DE-SAUDE-E-A-DIFERENCA-ENTRE-PREVENCAO-E-PROMOCAO>. Acesso em 10 ago. 2014.

DAWSEY, John. Victor Turner e antropologia da experiencia. In C*adernos de Campo*, ano 14, nº 13, 2005, pp. 163-176.

GEERT, Clifford. Transição para Humanidade. In: ENGELS, F. et. al. *O papel da cultura nas ciências sociais.* Porto Alegre: Editorial Villa Martha, 1980, pp.21-36.

GLANZ, K. et al.. *Health Education & Behaviour*. USA: Minnesota University, 1988.

INSIDA *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique*. Relatório Preliminar sobre a Prevalência da Infecção por HIV 2009. Moçambique: Ministério de Saúde. Instituto Nacional de Saúde de Maputo, 2010.

MENETE, Zélia; BRAWER, Roland, & BRITO, Lídia.. Educação, formação profissional e poder. In: BRITO, Luís et. al.(Org.) *Desafios para Moçambique* 2010. Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos,

2010, pp. 273-296.

ONU. *Relatório sobre os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio* 2008. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Educação. Política nacional de educação e estratégias de implementação. In: MINED. *Programa do Governo para 1995/1999* (Extrato relativo ao sector da Educação). Maputo: República de Moçambique – Conselho de Ministros; MINED – Ministério da Educação, 1995. Disponível em: < http://www.mec.gov.mz/Legislacao/Legislacao/politica%20nacional%20da%20educacao.pdf>. Acesso em 10 set. 2014.

MONTEIRO, Ana Piedade. M. HIV/SIDA Prevention Interventions in *Mozambique as Conflict of Cultures:* the case of Dongo and Maringue Districts in Sofala Province. 2011. 318 pages. Tesis (Doctor Degree on Philosophy). Department of Social Anthropology – University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa, 2011.

_____. Dondo e Maringue: Realidades contextuais de prevenção Intervenção do HIV/SIDA. *Estudos Moçambicanos.* Revista de Ciências Sociais e Humanas. Maputo: Centro de Estudos Africanos/ Universidade Eduardo Mondlane, 2011, pp.9-22. ROMANHA, Waldemiro. Prevenção: discussão da turma da manhã. Disponível em: http://educacaoemsaudeuva.blogspot.com.br/2012/03/conceito-de-prevencao.html. Acesso em 1 out. 2014.

VIEIRA, Maria Manuel.; ALMEIDA, Ana Nunes de. Insucesso escolar: o caso das transições para o ensino superior. *Actas* III Congresso Português de Demografia. Lisboa: Associação Portuguêsa de Demografia, 2008.

SOUSA, M. W.. O pertencimento do comum mediático: a identidade em tempos de transição. *Significação*: Revista de Cultura Audiovisual, v. 34, p. 60-68, 2010.

SANDE, E.. *Mercados de emprego em Moçambique:* possíveis alternativas (2ª. Ed.). Disponível em: < http://eliassantaylor85.blogspot.com/2010/11/mercado-de-emprego-em-mocambique.html>. Acesso em 1 out. 2014.

UNICEF. *Pobreza infantil e disparidades em Moçambique.* Maputo: UNICEF, 2011.

Saminha Jahali[1]

Entrevista por Joana Ou-chim

Chamo-me Saminha Jahali, tenho 57 anos, sou casada e sou camponesa. Tenho quatro filhos: três meninas e um rapaz. Perdi cinco filhos/as. Nasci em Tutua (uma aldeia perto de Katapua). Vim viver para Katapua há sete anos. Casei em Tutua, mas o meu marido é de Katupua. O meu pai já faleceu, mas a minha mãe está viva. Tenho três irmãs e dois irmãos. Perdi três irmãos/ãs. Eu sou a segunda filha dos meus pais. Vivo com o meu marido e o meu filho.

O meu pai era miliciano e a minha mãe era camponesa. Eu não estudei, porque nasci no tempo de guerra e mandavam-nos à machamba. Nenhuma das minhas irmãs estudou. Um irmão é que estudou, mas é camponês. Eu, quando era criança, ia à machamba e ajudava a minha mãe com as tarefas da casa: lavar louça, cozinhar, varrer, etc. Os meus pais eram religiosos, muçulmanos, iam à igreja. Eles não faziam parte de um grupo

1 **Trechos da história de vida de Saminha Jahali no Projeto de pesquisas sobre o uso da enxada e as condições de genero da Oxfam Solidarité Belgica em Moçambique.** Data da entrevista: 4 de Março de 2014. Localidade de Katapua sede, Distrito de Chiúre, província de Cabo Delgado. Entrevista feita em Macua por Joana Ou-chim com tradução de Vestina Florêncio Vololia.

de trabalho comunitário. Na minha casa, era a minha mãe quem guardava o dinheiro, mas era o meu pai quem vendia os produtos da machamba. Quando eu era criança, era feliz, porque tratavam-me bem; não zangavam muito comigo. Uma coisa de que me lembro é que o meu pai punha-me sempre no colo, e eu sentia-me muito feliz e amada.

Casei-me muito jovem, não me lembro quando. Eu é que escolhi, gostávamos um do outro. O meu marido é camponês. Lembro-me que para me casar o meu marido foi à casa dos meus pais com o tio. Pediu a minha mão ao meu pai e pagou 150,00 Escudos (Lobolo). Porque éramos muito jovens quando casamos, tivemos de passar por ritos de iniciação juntos, eu e o meu marido, durante dois anos. Quem fez os ritos foi a minha avó materna e foram feitos em casa, no quintal.

As minhas três filhas já estão casadas e têm filhos/as. O rapaz vive comigo e estuda. As minhas três filhas passaram pelos ritos de iniciação. Quando as filhas tiveram a primeira menstruação, eu fui falar com a minha mãe, que organizou os ritos com as matronas da localidade. Os rapazes fazem dois tipos de ritos: um quando adolescente e o segundo quando têm o primeiro filho. Neste segundo rito, o rapaz passa a ter um outro nome por passar a ser pai. O meu filho também já fez o primeiro, mas ainda não fez o segundo porque ainda não é pai.
As minhas três filhas já estão casadas e têm filhos/as. O rapaz

vive comigo e estuda. As minhas três filhas passaram pelos ritos de iniciação. Quando as filhas tiveram a primeira menstruação, eu fui falar com a minha mãe, que organizou os ritos com as matronas da localidade. Os rapazes fazem dois tipos de ritos: um quando adolescente e o segundo quando têm o primeiro filho. Neste segundo rito, o rapaz passa a ter um outro nome por passar a ser pai. O meu filho também já fez o primeiro, mas ainda não fez o segundo porque ainda não é pai.

Eu não me lembro quantos anos tinha quando recebi a minha primeira enxada. Sei que era da minha mãe e estava gasta. Foi comprada no ferreiro (de bico). Eu usei essa enxada até se gastar toda. Eu usava a enxada, na machamba, para sachar[2], fazer a lavoura, colher, e, também carregava os produtos para casa. Enquanto eu vivi com os meus pais e era criança, não tive enxadas novas: diziam que era muito pesada para mim. Quando cresci, antes de me casar, a minha mãe comprou-me uma enxada nova. Depois de casar-me, passou a ser o meu marido a comprar. Antes das minhas filhas se casarem eu dei enxadas novas do ferreiro (bico) que o meu marido comprava, mas para o rapaz foi sempre da loja (argola), porque a enxada da loja exige força e o homem tem mais força. Para mim a melhor enxada é a do ferreiro porque pesa menos. Há outros trabalhos que faço com essa enxada, como tirar areia a abrir cova. Para cortar capim,

2 Cavar a terra usando sacho; mondar (arrancar ervas daninhas de uma plantação ou de um jardim; desbastar árvore; limpar retirando o que é prejudicial). Disponível em: www.priberam.pt/sanchar e www.priberam.pt/mondar. Acesso em 20, julho., 2015.

para cobrir a casa, uso a foice, que também serve para colher arroz.

Foi o meu marido que escolheu e colocou o cabo da minha enxada; também é ele quem afia porque eu não sei fazer. O cabo da minha enxada é curvo enquanto o do meu filho e marido é direito, porque o homem abaixa pouco e a mulher abaixa muito. A mulher abaixa muito porque tem menos força, enquanto o homem tem mais força e não precisa se abaixar muito. Podemos ver que a mulher envelhece mais cedo, porque tem menos força.

Eu sou feliz por ser casada, não sofro muito, isto é, o meu marido não zanga comigo. Gosto muito do meu marido, por isso estou com ele até agora. Nunca me bateu, como à vontade sem que ele controle qualquer comida.

Nunca pensei numa enxada diferente para mim, prefiro a do ferreiro, mas agora os ferreiros não têm material para fazer. Gostaria de ter uma enxada diferente, sim, com cabo direito ou curvo. Não uso cabo direito porque acostumei-me, aprendi a pegar na parte de baixo, por isso não consigo mudar agora, e eu também ensinei as minhas filhas assim. Aquilo que eu aprendi com a minha mãe, ensinei às minhas filhas.

PARTE III

HIV E AIDS - ESTUDOS E VIVÊNCIAS DE MULHERES NO CONTEXTO DE DESIGUALDADES DE GÊNERO

MULHERES, HIV e AIDS: OS SILÊNCIOS E AS VOZES NO BRASIL, ÁFRICA DO SUL E MOÇAMBIQUE

Solange Rocha

Ana Cristina de Souza Vieira

Isabel Maria A. P. Cortesão Casimiro

Jorge Lyra

1. INTRODUÇÃO

> Se eu tivesse liberdade para aplaudí-los [os ARVs] eu iria fazê-lo. Se eles não estivessem disponíveis eu acho que eu teria sido enterrada. Os ARV me trouxeram de volta do sono, ressuscitaram-me. (Entrevista de usuária, nº 01, Setembro 2011, Cape Town).

Problematizar as vulnerabilidades das mulheres frente à magnitude da epidemia da Aids no âmbito da luta por saúde pública no Brasil, na África do Sul e em Moçambique é o foco desse artigo. A *pesquisa Acesso aos Serviços de Saúde de Referencia para HIV e Aids no Brasil, África do Sul e Moçambique* foi realizada respectivamente em Recife, Cidade do Cabo (Cape Town) e Maputo entre 2011-2013[1]. Por meio dela, aprofundou-se o conhecimento sobre esses

1 A pesquisa está baseada em estudos documentais, entrevistas semiestruturadas, grupos focais e histórias de vida. Analisou os limites e as possibilidades das políticas de saúde e o acesso aos serviços de referência para pessoas vivendo com HIV/Aids desde a prevenção até o tratamento nos três países, com o apoio dos editais Ciências Sociais e Universal do CNPq. O estudo é seguimento da pesquisa desenvolvida nos dois primeiros países (2008-2012), em 2011 envolveu Moçambique, onde a epidemia tem alta incidência na população.

países para se compreender a relação entre as diversas iniqüidades sociais e as relações de poder consubstanciadas na pauperização, no sexismo, racismo, homofobia integradas na dinâmica de reprodução social do Estado e da sociedade de classes.

Desde o início da epidemia, nos anos 1980, o aumento do número de casos de Aids em mulheres, em especial, entre mulheres pobres, permitiu observar que tais inequidades incidem sobre a sexualidade e modos de vida. Tais interações estão implicadas no avanço da epidemia no Brasil, África do Sul e Moçambique e revelam a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, de ser negra e de ser pobre (WERNECK, 2010).

Em todas as etapas da pesquisa, observaram-se as falas e os silêncios das pessoas que vivem com HIV e Aids. Assim como foram analisadas as ações governamentais, através das políticas de saúde para HIV e Aids nos três países, que têm assumido diferentes estratégias para coibir a magnitude da epidemia que difere em cada região. Tais ações, muitas vezes ocorreram em resposta à mobilização da sociedade civil, que faz um diferencial para a estabilização da epidemia ou para seu crescimento, quando essa atitude é inexistente ou débil.

2. UM OLHAR SOBRE AS MULHERES

Tem hora que você tá bem e tem hora que tá estressada, angustiada, não pode compartilhar a sua dor, seu sofrimento. Tem hora que perguntam a mim quando vou poder namorar [...] Tem que trabalhar, estudar, tomar remédio. O convívio social tá muito difícil. Hoje em dia não é todo mundo que aceita

você ter HIV. (Entrevista de usuária, nº 01, Maio 2011, Recife) [2].

Nas três regiões da pesquisa – Recife, Maputo, Cidade do Cabo –, em proporções diferentes, a infecção pelo HIV avança entre as mulheres. No Brasil, apesar de o início da epidemia ter se caracterizado como marcadamente homossexual, ao longo das décadas as mulheres foram sendo infectadas em relações heterossexuais. Na África do Sul e em Moçambique, desde seu início, o crescimento da infecção pelo HIV foi avassalador e a epidemia caracteriza-se por atingir, em sua maioria, pessoas com comportamento heterossexual. (ROCHA & VIERA, 2013).

No Brasil, já foram registrados no país 798 366 casos de Aids (Boletim Epidemiológico, 2015). Apesar dos dados indicarem que o Brasil apresenta estabilização nas taxas de detecção as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativo, no último ano a taxa foi de 25,7 (N), 15,2 (NE) e 18,4 (CO), representando um aumento de 79,7% (N), 30,0% (NE) e 6,4% (CO). A razão de sexos apresenta diferenças regionais importantes, no Sudeste e Centro-Oeste há um predomínio de homens, enquanto que no Norte, Nordeste e Sul há uma participação maior das mulheres nos casos de Aids.

Em 2014, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento estatisticamente significativa nos últimos dez anos, indicando um aumento de 25,0% (BRASIL, 2014). Observa-se uma queda na mortalidade nos últimos dez anos para o Brasil, no entanto, essa redução não é observada no Norte e Nordeste do país. No Nordeste, o coeficiente

2 As citações nesse artigo serão apresentadas omitindo o nome das pessoas entrevistadas. A referência será se são usuárias ou profissionais de saúde.

aumentou 34,3%, passando de 3,2 para 4,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. Nacionalmente, entre a população negra aponta uma diferença expressiva, mostrando que a proporção de óbitos em mulheres negras é maior que a de óbitos em homens. Em 2014, 14,0% dos óbitos ocorreram em homens negros, enquanto que essa taxa foi de 15,7% em mulheres negras. O que confirma, que embora o Brasil tenha um dos melhores programas de prevenção e tratamento de HIV/Aids do mundo, como afirma Werneck (2010), este nível de excelência — que, diga-se de passagem, foi em grande parte construído pelas organizações não governamentais — não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a sua chegada às mulheres negras.

Na África do Sul, em 2012, para cada três mulheres infectadas pelo HIV correspondiam dois homens infectados. Na faixa etária de 15-24 anos essa diferença aumenta: para cada três jovens mulheres há um homem infectado, perfazendo 11,9%, em comparação a 5,3% de homens na África do Sul. Tal fato tem contribuído para a transmissão vertical, considerada como umas das consequências mais dramáticas do envolvimento das mulheres na epidemia (HSRC, 2013). Segundo a Campanha *One in Nine* (2012)[3], uma em cada três mulheres entre as idades de 25 e 29 anos na África do Sul é HIV positiva. Cerca de 30% das mulheres grávidas que acessam clínicas públicas são HIV positiva. Entre 1997 e 2004, a taxa de mortalidade entre os homens com idades entre 30 e 39 anos duplicou; a taxa de mortalidade entre as mulheres com idades de 25 a 34 anos no mesmo período quadruplicou.

Em Moçambique, a taxa de infecção é de 8,3% de mulheres jovens para 2,8%

3 http://oneinnine.org.za/ A campanha defende os direitos das mulheres contra a violência sexual.

de homens jovens atingidos. Em adolescentes dos 12-14 anos a prevalência é estimada em 1,8%, sem grandes diferenças entre raparigas e rapazes. A prevalência em jovens mulheres dos 15-24 anos é de 11.1% - três vezes maior que a prevalência entre os homens jovens da mesma faixa etária (3,7%). Na província de Gaza, sul do país, por exemplo, há seis jovens mulheres para cada rapaz infectado e em Sofala, região centro, cinco raparigas para cada rapaz infectado. O Primeiro Ministro de Moçambique, Dr. Pascoal Mocumbi[4], declara:

> Não é porque elas sejam mais promíscuas que os rapazes. O facto é que, aos 18 anos, três em cinco dessas jovens mulheres já são casadas, 40% delas com homens muito mais velhos e sexualmente experientes, que podem expor as suas esposas ao HIV e doenças sexualmente transmissíveis (CNCS, 2014).

Muitos fatores contribuem para o avanço da epidemia nos três países que intercruzam: pobreza fruto das desigualdades sociopolíticas e econômicas, através da manutenção da desigualdade de género vivenciadas pelas mulheres e expressas na baixa escolaridade, desigual poder de decisão, desigual controle sobre suas vidas e desigual acesso a recursos e serviços.

O patriarcado impacta negativamente a condição das mulheres e é alta a violência baseada em gênero num contexto de conservadorismo, intervenção religiosa e estatal. Hábitos culturais, costumes locais, tabus, desinformação, opressão, submissão, baixo acesso a recursos e controle dos bens materiais, conformam uma desigual condição da mulher, especialmente nos países africanos, onde são fortes as heranças culturais e étnicas que subordinam as mulheres (WLSA, 2014).

4 Intervenção publicada na imprensa de Nova York em 20/06/01, repercutindo encontro das Nações Unidas para o HIV/ Aids.

Em Moçambique e na África do Sul, apesar das pesquisas demostrarem que é alto o conhecimento sobre a prevenção, esse saber não tem sido suficiente para impedir o crescimento da epidemia. Como exemplo, uma entrevista de profissional de saúde (01 Junho 2011, Maputo) diz que "o homem, quando sabe que é soropositivo, engravida a mulher para que ela vá fazer o teste e lhe atribui a culpa do estado dos dois".

Tais condições limitam as ações de prevenção não permitindo campanhas e processos educativos que falem abertamente sobre sexo e sexualidade; bloqueando acesso a serviços sociais e de saúde como resultado das políticas neoliberais e/ou neodesenvolvimentistas, fruto dos contínuos processos de contrarreforma do Estado, desde 2000.

Nos países africanos estudados, particularmente, agregam-se a esse panorama: instabilidade social e política; altos índices de doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose; alta mobilidade com migração de trabalho, a exemplos das minas na África do Sul; limitada estrutura de serviços de saúde, heranças do apartheid e das guerras – de independência e civil – em Moçambique e o baixo grau de liderança de seus líderes para coibir o avanço da epidemia nos anos 1980 a 2010 (AFSA, 2015).

Rocha (2012) afirma que apesar dos três países terem estratégias específicas para enfrentar as vulnerabilidades das mulheres, os reais impactos dos programas e projetos para mudanças nas relações de gênero para fortalecer as mulheres contra a submissão patriarcal não produzem impactos de fato. A autora analisa que são insuficientes as estratégias para mudanças de consciência voltadas para a prevenção, considerando a frágil implementação

de serviços para os direitos reprodutivos e sexuais em contextos conservadores e explicitamente sexistas e racistas, nos quais as regras/normas formais (leis e políticas) e informais (práticas culturais) constituem uma complexa teia de estigmas, discriminações e preconceitos.

Para a maioria das mulheres ouvidas na pesquisa, ter acesso aos serviços de saúde e controlar suas próprias vidas, vivendo com HIV/Aids, não é tarefa fácil. Na trajetória de implementação das políticas públicas encontram-se discursos vazios de práticas, ou seja, os três países têm estratégias de enfrentamento da epidemia, têm avanços nas leis para avanço de direitos das mulheres, entretanto, encontram-se profundas barreiras e desafios para a implementação.

Os planos de enfrentamento da epidemia têm similares perspectivas: todos enfocam o tripé prevenção, assistência e tratamento. Apesar de haver diferenças entre os países, relativas aos recursos financeiros, integralidade e universalidade do sistema de saúde, em todos os três articula-se a prevenção em parceria com organizações da sociedade civil (OSC).

Diferente do Brasil, na África do Sul e Moçambique, as OSCs também realizam assistência com fornecimento de antirretrovirais e prestam serviços para acesso a direitos sociais. A revisão de literatura demonstra que apenas o Brasil aproxima-se mais da implementação planejada. O Departamento Nacional de HIV/Aids e Hepatites no Brasil, é reconhecido pela sua excelência nas tecnologias de prevenção e assistência, além de fornecer ARV para todas as pessoas que o necessitem. Na África do Sul, mais de 2,7 milhões de pessoas estão a receber o tratamento antirretroviral mas, o número de novas

infecções segue elevado (TIMESLIVE, 2014). Dado a magnitude da epidemia é o país com maior fornecimento de ARV no mundo. Em Moçambique, a cobertura total de tratamento antirretroviral é de 48% (WHO, 2012), contudo, todos esses países vivem com profundos desafios para coibir o avanço da epidemia. Como exemplo:

• No Brasil, apesar do avanço da implantação da política contra a transmissão vertical, encontramos nas entrevistas realizadas exemplos de pessoas que engravidaram sem saber sua condição sorológica, mesmo tendo feito o pré-natal e parto numa instituição de saúde, em um caso específico a criança foi infectada. Em Moçambique e na África do Sul, a mortalidade materna é alta, os serviços de saúde, nominados materno-infantis têm limitada cobertura nacional, e a cobertura do pré-natal e testagem para HIV segue como um dos grandes desafios do sistema de saúde.

• Nos três países, especialmente nos países africanos, a quebra do sigilo sobre o status sorológico é uma barreira para a confiança das usuárias. Nas maternidades e casas de parto, escutaram-se exemplos de enfermeiras que desvelam a sorologia das usuárias abertamente, seja no contexto da amamentação, seja no contexto do cuidado com as mulheres em trabalho de parto, onde se expressam preconceitos.

• Em Moçambique e África do Sul, apesar do segundo país, ter uma política nacional de saúde com uma rede de serviços mais estruturada, o sistema de saúde não consegue dar cobertura a todas/os as/os cidadãs/ãos. Na África do Sul a combinação de sexo desprotegido, baixo acesso à educação e à informação, baixa percepção de risco, resistência dos homens no uso do

preservativo masculino, faz com que as mulheres negras estejam altamente infectadas, com 4,5% a mais de chance de se infectar do que os homens (HSRC, 2013).

• O espraiamento da epidemia da Aids para populações mais pobres em Moçambique revela a dramática falta de serviços de saúde, especialmente, nas províncias longe da sede político-econômica do país, Maputo. Um técnico do Centro de Colaboração em Saúde, CSJM, confirma a frágil resposta do Estado:

> A entrega do Estado na questão da doença? É muito fraca, muito fraca. A verdade é que se não fossem estas organizações [ONG] a situação estaria muito pior. O Estado praticamente não faz nada... Quando tínhamos os HDD [Hospital de Dia], eram 17 médicos de várias disciplinas, tínhamos farmacêuticos.... Esses médicos eram do Sistema Nacional de Saúde, e o ICAP[5] pagava, para além do salário que tinham do Estado. Quando extinguiu-se o HDD, de 17 ficamos só com dois. Com a descentralização, esta unidade sanitária só tem uma médica para atender tudo. Estamos a falar de uma médica que se tem uma formação, se fica doente, há um nó de estrangulamento − é uma coisa que não tem cabimento −; estamos a falar de uma médica que atende pacientes com HIV e os restantes pacientes.... O Estado não faz nada (Entrevista com profissional de saúde, nº 02, Junho 2011, Maputo).

> O governo somente aparece quando se aproxima o 1 de Dezembro. Não há auscultação na base por parte do governo (Entrevista com profissional de saúde, nº 01 Junho 2011, Maputo).

Nos aspectos decorrentes das relações de gênero, os três países aproximam-se. A epidemia segue crescendo entre as mulheres, e elas têm rosto: são jovens, negras e pobres. A grande maioria é mulher usuária das unidades sanitárias, havendo resistência por parte dos parceiros de conhecer a sua situação de saúde, de acompanhar as parceiras às consultas, de apoiar as

5 Global Health Programm of the Columbia University.

mulheres grávidas que estão no programa de transmissão vertical e que têm de seguir determinadas orientações em relação à amamentação.

> Não há envolvimento dos parceiros na testagem, porque quando o teste dá negativo eles ficam felizes e quando é positivo, a soropositividade é da mulher, ou estas ocultam o resultado aos maridos, por medo, porque correm o risco de serem escorraçadas de casa (Entrevista de profissional de saúde, 03 Junho 2011, Maputo).

A vulnerabilidade das mulheres à infecção do HIV − em que pesem determinações biológicas – agrava-se em situações de desigualdade de gênero, quando as negociações para prevenção tornam-se mais difíceis. Além do sexo não consensual (violações, estupros, coitos forçados), Villela (2003) afirma que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV aumenta em relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo apesar dos comportamentos de risco adotados por seus parceiros.

Observam-se agravantes na situação das mulheres negras no âmbito geral da saúde e da saúde reprodutiva, em particular, e Bastos, (2001) ressalta que estas estão mais sujeitas às consequências adversas da violência estrutural, e cita que tal realidade é mais presente nas comunidades mais pobres e/ou faveladas, com consequências negativas sobre a continuidade de projetos de prevenção nessas comunidades (BASTOS, 2001).

No Brasil, tanto no Programa Nacional de DST e Aids, como na Política Nacional para a Saúde das Mulheres, a aplicação da diretriz de gênero nas ações de prevenção segue restritiva, dirigida ao controle da transmissão vertical (TV) do HIV e a grupos 'de maior vulnerabilidade', a exemplo das trabalhadoras do sexo. Ao mesmo tempo, as ações educativas estão voltadas para o

fornecimento de informação e preservativo, sem avançar em campanhas educativas que enfoquem sem conservadorismo a sexualidade, os direitos sexuais e direitos reprodutivos (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013).

Para exemplificar a 'cegueira' de gênero nas políticas de enfrentamento à Aids e os limites das respostas do Estado para a saúde sexual e reprodutiva, observa-se que no Brasil segue alta a esterilização das mulheres, fruto de anos de política de controle de natalidade, assim como é massivo o uso de injeções hormonais em Moçambique e África do Sul, sendo essas situações que dificultam a prevenção do HIV entre as mulheres. Sabe-se que nessas condições, as mulheres têm muito mais dificuldades de exigir o uso do preservativo em suas relações sexuais, o que exige desenvolver ações educativas voltadas a este público feminino (ROCHA, 2011).

Na África do Sul, a ONG Oxfam apresentou uma queixa formal para a Comissão para a Igualdade de Gênero, em março de 2015, relacionada a um grupo de mulheres positivas para o HIV que foram coagidas ou forçadas a serem esterilizadas, essas estão buscando reparação para o que aconteceu com elas e estão pedindo que a lei seja alterada para impedir essa discriminação (SERRAO, 2015).

A Campanha *One in Nine* (SHELVER, 2012) informa que o Plano Nacional Estratégico da África do Sul sobre HIV, DSTs e TB 2012-2016 não desagrega a prevalência por classificação racial, embora seja claro em definir que suas "populações-chave" são as comunidades negras pobres. A Campanha analisa que as pesquisas nacionais sobre pré-natal indicam que a prevalência do HIV incide em 7% da população branca/ asiática/ "*coloured*" (grifo nosso), as

demais infectadas são mulheres negras que carregam o peso da epidemia, são mulheres que estão carregando um fardo desproporcionadamente pesado.

As dificuldades da mulher de negociar sexo protegido, nos três países, em especial nos africanos, que convivem com práticas culturais de maior submissão da mulher, expõe as fortes raízes patriarcais. Nos dois países africanos, a defesa das tradições culturais aparece como um argumento forte para contrapor as dimensões de igualdade de gênero que incidem em transformações de aspectos culturais que oprimem ou violentam as mulheres. Foi frequente ouvir ”essa é nossa cultura”, numa referência ao papel subordinado das mulheres, ao não uso do preservativo ou à negação da homossexualidade.

Dessa forma, as respostas até então elaboradas para coibir o avanço da Aids são insuficientes e limitadas; a prevenção ainda está centrada no corpo dos homens, o que deixa as mulheres em desvantagem para usar o preservativo. Salientando que é difícil a negociação da prevenção em situações de desigualdades, expressas por meio de sexismo, racismo, diferenças geracionais e diferenças de classes sociais. Essas situações combinadas geram violência e impossibilitam a negociação (ROCHA, 2011).

Nos três países, acentuadamente em Moçambique e na África do Sul, na maioria das famílias, comunidades e escolas, sexo e sexualidade ainda são temas tabus. Falar sobre esses assuntos e exercitar a vivência plena dos direitos reprodutivos e direitos sexuais não se tornaram realidade para todas as pessoas. As mulheres têm dificuldades de acesso a medidas de proteção

controláveis por elas mesmas. Ainda não se tornou realidade o microbicida[6] anti-HIV.

No Brasil, preservativo feminino é caro, tornando-se pouco acessível para a população e a distribuição pública na maior parte das vezes, não é para todas as mulheres, apenas para aquelas consideradas mais vulneráveis, como por exemplo, profissionais do sexo, usuárias de drogas ou parceiras de usuários, mulheres com HIV ou DSTs ou parceiras de homens com HIV. Já na África do Sul, sua distribuição gratuita é massiva nos serviços de saúde e espaços públicos de recreação; em Moçambique, a distribuição não é tão ampla, mas encontra-se preservativo feminino com facilidade nos serviços de saúde. Entretanto, nos três países há relatos de que as mulheres resistem ao uso do preservativo feminino; o discurso dominante é que o preservativo feminino é feio, faz barulhos. Diante do contexto de limitada autonomia sexual para as mulheres e sociedades conservadoras, tal resistência pode estar a encobrir a norma patriarcal de que as mulheres não devem controlar seu corpo com barreiras não hormonais.

Relacionada à sexualidade, a epidemia de Aids desafia todos/as – sejam mulheres e homens nas suas vidas cotidianas, sejam movimentos sociais e tomadores de decisões nos espaços das políticas governamentais - a debater sobre a autonomia das mulheres com o seu corpo, prazer, escolhas afetivas e sexuais. Tais temas ainda são tabus e fortemente controlados pela cultura, tradições e religiões.

6 Microbicida é qualquer substância que pode reduzir consideravelmente a transmissão por infecções sexualmente transmissíveis (DST) quando aplicada na vagina ou no reto. Como os espermicidas de hoje, um microbicida pode ser produzido de várias formas, incluindo gel, creme, supositório, filme -, ou na forma de esponja e de anel vaginal que liberam lentamente e a todo o momento os ingredientes ativos. (www.uff.br/dst acesso dia 12/01/2011, 11:20)

Outro exemplo é o emblemático silêncio, no campo das políticas de saúde, acerca das mulheres lésbicas e Aids. A transmissão do HIV/Aids é baixa entre esse segmento. Contudo, é sabido que sexo entre mulheres ainda é tratado com muito preconceito pela medicina e, portanto, a ausência de dados pode estar relacionada a uma falta de conhecimento sobre as formas de risco e prevenção do HIV/Aids entre lésbicas. Consequentemente, tal situação pode levar a uma limitação do acesso dessas mulheres a uma assistência adequada (ROCHA, 2011).

O estudo F*orced Sexual Experiences as Risk Factor for Self-Reported HIV Infection among Southern African Lesbian and Bisexual Women*, apresentado pelo periódico PLOS ONE[7] e divulgado pelo Instituto Nacional de Saúde (2013), afirma que a África do Sul é o país no mundo onde mais mulheres são agredidas sexualmente. Dentre elas, as lésbicas sofrem os 'estupros corretivos', que são ataques para "curá-las" da homossexualidade. Segundo o estudo, as autoridades não dão respostas efetivas para essa situação, razão pela qual a maioria das lésbicas não procura testes ou tratamentos para o HIV/ Aids.

A pesquisa da Campanha *One in Nine* (SHELVER, 2012) afirma que todas as formas de violência contra as mulheres continuam a ser exorbitante na África do Sul. Uma em cada três mulheres é estuprada, ou sofre agressões emocionais, coerções ou trapaças pelos seus parceiros domésticos. Ressalta que quase metade das mulheres com idades de 14 a 24 anos reportam que seus primeiros encontros afetivo-sexuais envolveram violência baseada em gênero.

7 Sítio eletrônico: http://journals.plos.org/plosone/s/journal-information

3. VULNERABILIDADES E POLÍTICAS NEOLIBERAIS

Nos países pesquisados, pode-se afirmar que a política para enfrentamento à Aids que está orientada pelo conceito de vulnerabilidade, mesmo tendo avançado em relação à concepção original de risco associado a atitudes individuais, não estabelece relações entre o problema e as causas sociais, estruturais e culturais da infecção.

Como exemplo, as políticas de combate à violência de gênero, nem sempre estão convergindo com os programas nas áreas de saúde, educação e políticas contra o HIV/Aids. Nos três países, as políticas são fragmentadas e as iniciativas exitosas, por vezes, são finalizadas por corte de recursos. Nesse campo, falta investigação e integração de ações relacionadas à prevenção e tratamento do HIV/Aids – o acesso e os efeitos dos antirretrovirais – a violência baseada em gênero (VBG) – sexualidade – mortalidade materna – tuberculose – malária, dentre outros.

Dessa forma, não se assegura uma visão de totalidade de determinação social, que analisa os processos de saúde-doença inseridos nas relações capitalistas de produção, desigualdades oriundas do patriarcado e suas contradições e repercussões na construção das relações sociais.

No contexto de políticas neoliberais, há mais vulnerabilidades sociais e econômicas para as mulheres na esfera pública e privada. Segundo o Banco Mundial (2014), na África do Sul, 41.4% estão abaixo da linha de pobreza no país. Desde 2009, na África do Sul, o governo de Jacob Zuma ampliou os serviços sociais (moradia, água potável, eletricidade, comida saúde primaria e educação), aumentou o montante de subvenções sociais para portadores

de deficiência de 12.7% em 2003 para 30.2% em 2013 (SASSA, 2014). Chegam a mais de 16 milhões de sul-africanos. Porém, mais de 10 milhões de sul-africanos pobres não têm acesso às bolsas de transferência de renda e nem a trabalho. Número que tenderia a piorar, especialmente entre as mulheres, se fosse observada a fragilidade com que pobreza e desemprego são medidas na África do Sul (DAVIE, 2015).

> Me dizem: Você é tão linda. Por que você quer uma bolsa-auxílio? Às vezes, eu durmo sem comida na minha casa. Eu sou forte, porque me criei para ser forte. Então, eu não posso fingir que não seja forte (e fingir estar doente), mas eu quero começar no auxílio (Entrevista com usuária, nº 01, Agosto 2011, Cape Town).

Para as pessoas que vivem com HIV/Aids são garantidas subvenções da assistência social para as/os que estão nas clínicas que distribuem ARV. No caso de Moçambique, justo pela ausência de universalidade de políticas sociais a situação é agravada.

> Precisa de um estudo aprofundado, mas pelas visitas ao médico, os que têm problemas sociais adicionais são apresentados à acção social. Nos agregados elevados mas que não têm condições de sobrevivência, são encaminhados para acção social que infelizmente também não faz nada[...] há sítios em que você não encontra apoio nenhum, levanta comprimidos vai para casa. Sai de manhã até às 12 enquanto tomou comprimido, leva um pão com badjia[8], pessoas muito doentes não conseguem nada, nem trabalho têm. É preciso que o governo apoie as pessoas mais doentes (Entrevista de profissional de saúde, nº 03, Julho 2011, Maputo).

Resultado dessa não universalização das políticas sociais, as mulheres que vivem com HIV/Aids enfrentam muito sofrimento, especialmente se têm

8 Tipo local de sanduíche.

filhos também infectados, pois têm que cuidar deles, do esposo/companheiro quando ele permanece na família e, muitas vezes sós, sem poder contar efetivamente com apoio governamental através de políticas públicas, além de sofrer múltiplas discriminações (ROCHA, VIEIRA, 2012).

Em Moçambique, a pobreza atinge 54,7%, cerca de 36,2% vivem com menos de um dólar por dia (BOOM, 2011). A Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), a organização Fórum Mulher, em parceria com a associação Hixikanwe[9], e com apoio do Fundo Global distribuía, em 2012, uma cesta básica para pacientes membros da referida associação em Tratamento Antirretroviral (TARV). Ações dessa natureza são descontinuadas a depender dos projetos da cooperação internacional.

> Nos dias de distribuição da cesta básica era possível comprovar a dura realidade do HIV e Aids, mulheres e crianças são o maior grupo. Há pessoas que ficaram cegas, pessoas que deixaram de andar. Num dos dias estiveram presentes cerca de 400 pessoas. E ainda, no decorrer da distribuição, foi possível perceber um número significativo de mulheres na faixa etária dos 60 anos de idade. Muitas vezes, as estatísticas nacionais deixam de lado este grupo, e esta exclusão também acontece nos processos educativos das campanhas publicitárias (Entrevista de educadora, nº 01, Junho 2011, Maputo).

Outro elemento são as crianças que nasceram soropositivas, e hoje têm 16 anos de idade. Segundo a educadora entrevistada, (nº 01, Junho 2011, Maputo), a maior parte da informação produzida e divulgada não toma em atenção este grupo: "A maior parte das crianças presentes sabiam que estão doentes, algumas não conseguiam explicar muito bem do que se trata, umas estavam acompanhadas pelas avós e traziam consigo os comprimidos". Há

9 A Hixikanwe é uma associação que apoia pessoas soropositivas, contando com cerca de 1.000 membros, todos em TARV entre adultos e jovens.

também membros desta associação que são estudantes universitários e que tiveram de parar de estudar por não conseguirem suportar o tratamento sem uma boa alimentação.

> Houve um dia em que membros da associação, com a sua responsável, se deslocaram a um supermercado para adquirir a sua cesta básica. Em sinal de respeito, algumas mulheres tiraram os seus sapatos antes de entrar no supermercado. Era a primeira vez que tinham a possibilidade de entrar numa loja de tal dimensão, já que viviam afastadas, praticamente, do mundo (Entrevista de educadora, nº 01, Junho 2011, Maputo).

Tanto Moçambique como África do Sul adotaram versões ortodoxas do neoliberalismo, com maior aprofundamento que o Brasil, o que gera falta de redes de apoio e solidariedade, como creches e serviços de assistência social para as mulheres terem mobilidade para se tratar, estudar e trabalhar. Redes de proteção e seguridade como políticas de Estado, realmente efetivas e descentralizadas e equipamentos públicos de proteção às mulheres. Sobretudo, em Moçambique e África do Sul, falta uma política adequada para acabar com a miséria e a fome. Numa analise de classe, a superação dessa pobreza é impossível, já que esses problemas são inerentes ao acúmulo de capital.

No Brasil, a implementação de políticas de transferência de renda, a exemplo do Bolsa Família iniciado em 2003, provocou uma melhora nos indicadores sociais. O índice de Gini apresentou uma redução contínua de cerca de sete pontos percentuais entre o período de 2001 a 2013. No mesmo período, segundo o IPEA (2014), 3,5 milhões de pessoas saíram da pobreza em 2012, a diminuição foi de 55% em uma década.

4. VIVER COM HIV/ AIDS

> Não é que não recebemos medicamentos, mas devia haver uma forma de facilitar quem não aguenta tomar. Por exemplo, há alguém que chega aqui [centro de saúde] cansado, mesmo jovens − têm vindo aqui jovens mesmo super doentes −, que haja um rápido atendimento. (Entrevista profissional de saúde, nº 02, Julho 2011, Maputo).

O conhecimento e a luta por direitos são fundamentais para as pessoas no enfrentamento ao HIV e Aids. Esse trabalho vem sendo feito atualmente por poucas ONGs, que não conseguem atingir todos os que precisam; os recursos do governo e da cooperação internacional diminuíram consideravelmente nas últimas décadas no Brasil, e são insuficientes na África do Sul e Moçambique diante dos impactos da epidemia nesses dois países.

Para as pessoas que têm acesso ao tratamento, observa-se nas entrevistas que uma das dificuldades é lidar com os efeitos colaterais do tratamento antirretroviral – falta dieta adequada e boas condições de moradia, trabalho, transporte e a lipodistrofia traz fortes distúrbios na saúde e no aspecto físico, podendo gerar mais estigma e preconceitos, principalmente no Brasil, já que em muitos casos em Moçambique e na África do Sul, a lipodistrofia ainda não é percebida porque o tratamento com ARV é recente.

> Há mudanças no comportamento, no físico, depende do organismo, da reacção ao ARV. Devido ao Doriven, cresce a barriga, há borbulhas e manchas na pele (Entrevista com profissional de saúde, nº 03, Julho 2011, Maputo).

A lipodistrofia altera a distribuição de gordura no corpo, afeta a autoestima e, particularmente, impacta a autoimagem das mulheres, que são bombardeadas todos os dias pela ideia consumista do corpo esculpido dos

modelos publicitários. Os medicamentos também trazem outros efeitos colaterais, tais como aumento de colesterol, diabetes, osteoporose, distúrbios hormonais e vasculares, dramáticos para as mulheres com HIV/Aids. Esses vários fatores contribuem para que usuários/as abandonem o tratamento (ROCHA, 2011).

A adesão ao tratamento também é reveladora de desigualdades. Manter o tratamento é um desafio, pois significa tomar regularmente os comprimidos, que devem ser ingeridos com líquidos ou comidas específicas. Alguns desses medicamentos devem ser preservados em geladeiras, o que encontra limitações em situação de extrema pobreza. Manter essa rotina, muitas vezes, requer privacidade. Isto se torna tanto mais difícil se no local do trabalho - em empresas ou no trabalho doméstico – onde não se sabe da condição do/a empregado/a (ROCHA 2011).

No Brasil, ao falar de como é viver com HIV/ Aids, parte dos participantes afirma que passaram a valorizar mais a vida, antes não tinham tanta preocupação com sua vida ou com sua saúde, querem viver felizes, independentemente do HIV, e que são conscientes de sua sorologia, sabem que tem que se prevenir para se proteger e proteger as pessoas que com eles se relacionam. Refletem que se o acesso à saúde fosse mais fácil e devidamente garantido pelo governo, "seria muito bom, já que as pessoas, quando têm acesso à informação, mudam sua autoestima" (Entrevista de usuária, nº 1, Maio 2011, Recife).

Observa-se que quando as pessoas que vivem com HIV/Aids, não estão articuladas em organizações e redes, tendem a se isolar, pois têm medo do

preconceito. Destacam a necessidade de mais informações sobre a doença, através da mídia, nas escolas, como forma de diminuir o preconceito também. E, por fim, apontam que as pessoas que não estão com mais frequência no hospital, têm menos acesso às informações.

> Sofri preconceito da prefeitura, da assistente social de onde eu moro, em Escada , pela Secretaria de Saúde, até um dia em que eu cansei, porque eu queria só me informar do que eu tinha direito porque, até então, eu não tinha direito a nada. Na época, depois de um ano, eu descobri que eu e minha menina tinha direito a remédio, alimentação, transporte, e eu briguei muito com o promotor, até coloquei ele na justiça (Entrevista de usuário nº 2, Maio 2011, Recife).

O afastamento dos amigos e familiares é outro fator muito relevante no que diz respeito às possibilidades de sucesso ou fracasso do tratamento. Fica evidente que a solidão e os sofrimentos devido a estigmas são algumas das dificuldades para manter o tratamento e ter uma vida saudável após o conhecimento da sorologia.

> A condição de vida é má porque não tem uma alimentação de qualidade; quando está no hospital, chama a ação social para poder ter ajuda. A vida é precária, não tem condições. Não há garantias de transporte ao centro de saúde. Alguns negam fazer o teste com medo do preconceito. Há pessoas que fazem o teste aqui e depois negam o resultado, dizendo que não podem ter a doença e vão fazer de novo o teste em outra unidade, mas o resultado é o mesmo. Os que negam que estão infectados, dizem que são coisas de feitiçaria ou alegam que os vizinhos é que fizeram com que estejam infectados (Entrevista de profissional de saúde, nº 1, Junho 2011, Maputo).

Nos três países, enquanto alguns participantes procuram ser felizes, lutar e se fortalecer na participação em movimentos, na construção de novas amizades, outros/as afirmam que convivem com a doença, mas há uma luta

para conviver e aceitar a vivencia com o HIV/Aids.

> Eu não sou feliz, porque essa doença muita gente tem preconceito, porque quando a gente vem pra cá [hospital], o povo pensa que é meningite ou aidético. A gente já fica com aquele peso, porque quando eu entro, fico com vergonha e quando saio, fico com vergonha. Então, fico muito triste, já tive vontade de abandonar o tratamento, vontade de me suicidar [...] eu me sinto muito só, fico dentro de casa, porque no bairro onde eu moro todo mundo sabe que eu tenho essa doença. Mas não foi porque eu quis dizer; foi a mãe da minha comadre que espalhou que eu tinha HIV. Quando eu cheguei do hospital, foi muito difícil" (Entrevista de usuária, nº 3, Maio 2011, Recife).

> Viver com HIV/Aids só é manter-se num único caminho, ouvir tudo aquilo que é explicado pelo médico e ir seguindo, seguindo aquele caminho que ele indica e a pessoa vive livremente. Viver livremente é para ser, viver, viver como aquele outro que não tem esta doença, ser livre faz de conta que você que está aqui, que tem [HIV/Aids], e aquele outro são iguais, sendo iguais. Não estando você sempre recuando para trás porque você está com aquela doença; sempre tem que estar juntos, todos juntos, você vive livre, não se sentido descriminado (Entrevista de usuário, nº 2, Maio 2011, Recife).

Aponta-se a necessidade de desenvolver ações preventivas, intensificar o processo informativo/ educativo e, principalmente, advogar por políticas e programas sociais de apoio às pessoas com HIV e Aids que ultrapassem o horizonte do atendimento específico da testagem para o HIV, do antirretroviral. Como disse uma das pessoas entrevistadas no grupo focal de Recife, "pensam que a gente, que tem HIV, vai viver só de antirretrovirais e não é isso". Como foi dito, a existência de um programa de acesso a medicamentos não ocasiona automaticamente a integralidade da atenção à saúde das pessoas que vivem com HIV.

> Eu participo do projeto Horas Femininas, do GTP+, vai fazer um ano. Me ajudou

> muito a aprender a lidar com a doença, descobrir mais e passar para as outras pessoas como é que pega a doença. E se você tomar remédio direitinho e estiver grávida, seu bebê não pega, que hoje em dia, a medicina está muito avançada. A minha filha só pegou porque eu não tinha feito o teste de HIV, e se na época eu tivesse feito, ela não teria (Entrevista de usuária, nº 5, Maio 2011, Recife).

Nos três países, a grande maioria de usuários das unidades sanitárias são mulheres. E a força de trabalho em saúde é majoritariamente composta por mulheres − tanto no setor público estatal como no privado e nas organizações da sociedade civil. Encontramos resistência, por parte dos parceiros das mulheres usuárias dos serviços, de conhecer a sua situação de saúde, de acompanhar as parceiras às consultas, de apoiar as mulheres grávidas que estão em atendimento à prevenção de transmissão vertical (PTV) e que têm de seguir determinadas orientações em relação à amamentação. Contudo, é no acesso aos serviços de saúde que agudizam os sentimentos de discriminação:

> No hospital a enfermeira perguntava em público: "Por que você não está amamentando?" Ela não podia fazer essa pergunta na frente de todo mundo. Assim, gostaria de ter respondido: 'Sisi[10], procure na pasta'. Eu costumava correr do lado de fora [da clinica], mas ela [a enfermeira] humilhava especialmente a mim. Então, essa situação fez com que eu levasse muito tempo para usar os ARVs, o hospital levou dois anos para divulgar o meu status (Entrevista de usuária nº 2, Agosto 2011, Cidade do Cabo).

Outros aspectos que dificultam o desafio contra a epidemia de Aids no Brasil, em Moçambique e na África do Sul estão relacionados à baixa ou irregular cobertura das ações de prevenção e as dificuldades relacionadas ao conhecimento e acesso a direitos; principalmente em Moçambique, mas sempre referidas pelas entrevistadas brasileiras e sul-africanas. Nos dois

10 Sisi = irmã.

países da África, agrega-se a dificuldade do acesso à informação relacionada a diversidade de línguas locais e alto nível de analfabetismo. Em Moçambique são 20 línguas nacionais, a língua portuguesa é considerada a oficial. A taxa de analfabetismo é de 50,3% (CENSO, 2007), sendo 64,1% a taxa de analfabetismo das mulheres e 34,5% a dos homens.

Na África do Sul são 11 línguas, apesar da taxa oficial de analfabetismo indicar 7.1%, reconhece-se que o alfabetismo funcional não favorece essa população a ter mais acesso a informação. A má qualidade da educação ofertada aos negros foi um componente fundamental do apartheid; era um mecanismo ideológico de manter o sistema de *unfree labour force*, e essa medida teve continuidade com as orientações neoliberais do GEAR[11], nas décadas de democracia. Nos países africanos nem sempre os profissionais de saúde conseguem falar com o paciente sem intérprete, como por exemplo, um residente do Groote Schur Hospital, na Cidade do Cabo, que criou um aplicativo digital para falar com pessoas de outras línguas.

No Brasil, dados do Censo 2010, apontam que 13 milhões de brasileiros ainda não sabem ler e escrever. O país tem o português como língua oficial, apesar das inúmeras línguas indígenas vigentes. Dados do Censo de 2010 revelam que a taxa de analfabetismo entre os índios com 15 anos ou mais de idade (em português ou em algum idioma indígena) passou de 26,1% para 23,3%, de 2000 a 2010, acompanhando a redução da taxa entre a população brasileira (de 12,9% para 9,6%). Na área rural, porém, dentro das aldeias, três em cada dez índios são analfabetos (32,4%). Fora delas, o percentual é 15%.

11 GEAR Growth Employment and Redistribution Program – programa econômico do governo do African National Congress (ANC) pós-apartheid.

No caso da África do Sul, a organização do sistema de atendimento mantém uma espécie de *apartheid* para as pessoas que vivem com HIV/ Aids. Em clínicas de atenção básica na Cidade do Cabo persistem estratégias de organizar filas diferenciadas para quem vai fazer teste, quem tem HIV/ Aids e quem tem tuberculose. Tal regra institucionaliza a discriminação e estigma. Nas entrevistas feitas no Recife, destacam-se narrativas sobre discriminação para fazer cirurgia numa cidade pólo para atendimento de complexidade, havendo registro de que médicos negaram-se a operar um usuário com HIV.

> Aqui na clínica, é 'assim – assim'. Tem uma fila, o que significa que você é HIV positivo, porque você está na fila para pessoas soropositivas. Outra fila é para as pessoas que vieram para testar, e a outra é para pacientes com diabetes. Então, nós nos acostumamos em ser divididos (Entrevista de usuária, nº 3, Agosto 2011, Cidade do Cabo).

É profunda a dificuldade de acesso a medicamentos de doenças oportunistas[12]. Mais grave do que no Brasil, na África do Sul e em Moçambique é baixa a cobertura do pré-natal e não há universalização da política para coibir a transmissão vertical, sendo ainda frequente o atendimento acontecer apenas na hora ou depois do parto. No Brasil os serviços específicos para pessoas com HIV/Aids, fazem com que algumas pessoas não queiram se consultar perto de suas casas. Por outro lado, como registrado em depoimentos, dizem que nos serviços não específicos as pessoas sofrem discriminação: "quem tem HIV fica para ser atendido por último, fazer os exames por ultimo, com medo de contaminação de outros pacientes" (Entrevista de usuária, nº 6, Maio, 2011, Recife).

12 As infecções oportunistas são doenças que se aproveitam da fraqueza do sistema imunológico, que cuida da defesa do organismo. Infecções recorrentes ocasionadas por fungos (na pele, boca e garganta); diarreia crônica por mais de 30 dias, com perda de peso; pneumonia; tuberculose disseminada; neurotoxoplasmose; citomegalovirose; dentre outras. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/infeccoes-oportunistas>. Acessado em 22/05/2013

Moçambique e África do Sul diferem do Brasil, diante da dimensão da epidemia: não há médicos(as) suficientes e o tratamento é ministrado por enfermeira/os. Nos países africanos, constata-se a precarização do trabalho na área da saúde: são baixos os salários dos profissionais de saúde, que preferem trabalhar nos serviços privados. Em Moçambique, por exemplo, os hospitais-dia trabalhavam associados com ONG, a sua extinção não foi acompanhada por uma preparação das unidades sanitárias, e não se resolveram os problemas de discriminação, estigma e preconceito (em nome dos quais a extinção foi feita) e não humanizou o atendimento.

> Quando extinguiram o hospital-dia ficamos gelados. Todos, inclusive a diretora. Todos ficamos para baixo, sem forças, ficamos desmoralizados, porque começamos a ver que muitos pacientes vão morrer por causa do fraco empenho do Estado. O hospital-dia significava que tudo era da responsabilidade das ONGs − estamos a falar de incentivos para o próprio profissional trabalhar. Então, com a extinção do hospital acabou tudo isso. Extinguir significa que as ONGs já não vão pagar mais médicos, já não vão pagar o enfermeiro, já não vão pagar a recepcionista; muita gente foi para rua, muita gente pediu demissão. Ficamos sem farmacêutico nenhum logo a partida. Estamos a falar que os cuidados com os pacientes vão reduzir bastante, agora estamos numa situação em que um paciente que esta a fazer TARV fica um ano, um ano e meio sem ver médico. O normal seria de três em três meses, um ano ou um ano e meio sem nenhum controle de CD4, a viver só, qual é a esperança que nos vamos ter para um paciente assim? Não é possível. O paciente vai à consulta, a médica não está. Vai para casa, marca-se próxima semana, a médica não está porque saiu de férias, porque está doente ou porque teve uma formação....Os pacientes na sua maioria estão ao deus-dará (Entrevista de profissional de saúde, nº 5, Junho, 2011, Maputo).

5. OS TEMAS SENSÍVEIS

As experiências das mulheres HIV positivas revelam trajetórias de

discriminação, abandono e violência. Em Moçambique e na África do Sul, as mulheres cujos parceiros ficam doentes ou morrem devido a doenças oportunistas relacionadas à Aids, sofrem perdas simbólicas e materiais. Em Moçambique, baseado nas tradições, elas perdem seus lares, herança, posses, meios de subsistência e mesmo suas crianças, e nesse caso não são protegidas por um sistema institucional de garantias de direitos.

O silêncio é a realidade de muitas mulheres nesses trinta anos de epidemia, um dos reflexos da frágil resposta governamental relacionada às políticas com abordagem de gênero. Pode-se aferir que as respostas institucionais para enfrentar a epidemia da Aids em mulheres priorizaram estratégias para prevenção e assistência seguindo dois rumos: primeiro, voltavam-se para prevenção e fornecimento de preservativo para mulheres consideradas como portadoras de comportamento de risco ou em maior vulnerabilidade social - o que também pode ser interpretado como grupos focalizados. Segundo, priorizaram a prevenção da transmissão vertical. Embora o tratamento fosse dirigido às mulheres, o objetivo era diminuir a infecção nas crianças, com efetivos resultados, pois, a exemplo do Brasil, já em 2006, o Brasil havia reduzido em mais de 40% o número de casos de transmissão vertical (ROCHA, 2011).

No Brasil, África do Sul e Moçambique, as políticas de saúde seguem a priorização do binômio materno-infantil, sendo que na África do Sul e em Moçambique, este é o termo utilizado para identificar políticas e programas. No Brasil, apesar de três décadas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ter avançado em respostas a muitas demandas das mulheres no âmbito da saúde reprodutiva e saúde sexual, tal política não rompeu com a ideia da "natureza humana" do ser mulher vinculada ao papel

biológico de reproduzir. O PAISM inaugurou, em 1984, um novo paradigma com o princípio de integralidade de saúde para as mulheres para além da reprodução biológica. Todavia, a institucionalização do enfoque de igualdade gênero, desde a década de 1990, segue com limites na sua implementação.

Frente a essas questões, tanto as políticas nacionais quanto a agenda de proposições das mulheres com lutas no âmbito da saúde reafirmam uma estratégia voltada para a reprodução. A exemplo, dos enfoques à contracepção, gravidez e parto, mortalidade materna, descriminalização e legalização do aborto, gravidez em mulheres soropositivas, testagem e prevenção da transmissão vertical, nesse 'pacote' à exceção é a inclusão de estratégias contra violência baseada em gênero. Nota-se a ausência de ações voltadas aos temas que permeiam a Aids frente às sexualidades e conjugalidades (ROCHA, 2011).

Em Moçambique, 50% das mulheres que vivem com HIV/Aids recebem TARV no programa de transmissão vertical. O percentual aumentou nos últimos dois anos (2012-13), depois de um período relativamente estacionário de três anos, alcançando uma cobertura populacional de 92% em 2013 (CNCS, 2013: 15).

> As mães seropositivas, que os maridos não sabem, têm receio de informar e ser expulsas de casa. As mulheres dizem 'Meu marido é confuso'. Elas devem ter seis meses de amamentação exclusiva, mas a sogra diz que tem de dar remédio da lua. E elas não querem revelar o seu estado sorológico. Como lidar com isto se não querem contar, às vezes, nem ao marido, nem à sogra? Mentem que o remédio pode causar lesões ao bebé (Entrevista de profissional de saúde, nº 6, Junho 2011, Maputo).

> Antes as mulheres seropositivas deviam amamentar somente até seis meses e depois suspender. No entanto, por esconderem o estado (na tentativa de

> salvar o lar) a nova abordagem permite que a mulher continue a amamentar até aos dois anos. Os problemas familiares também impõem esta abordagem porque era frequente os membros da família, por não terem nada com que se alimentar, usarem o suplemento que era dado para criança e como resultado já não cobria os dias definidos quando da distribuição. Acabam amamentando por dois anos, mas antes de desamamentar, a criança deve tomar os ARV até uma semana antes do desmame (Entrevista de enfermeira, nº 4, Junho 2011, Maputo).

A abordagem dos direitos reprodutivos e direitos sexuais é um caminho para ampliar o enfoque da política de saúde integral das mulheres. É relevante na ampliação do pré-natal, no incremento de diagnósticos como ultrassonografia, exames imunológicos e exames Papanicolaou, assistência às mulheres com aborto incompleto e às mulheres vítimas de violência. Assim como incorpora as ações de informação, educação e assistência relacionadas à sexualidade e à vida sexual sem "vínculo" reprodutivo. Essa perspectiva integra-se à prevenção e ao tratamento de DST/Aids, propicia as iniciativas para avaliar a relação entre sexualidade, prazer, orientação sexual, como também VBG, aborto, mortalidade materna, câncer de colo do útero e HIV/Aids (ROCHA, 2011).

Ressalta-se nesse sentido, que é comum que mulheres sintomáticas infectadas pelo HIV apresentem associação com a infecção pelo papiloma vírus humano/HPV. O diagnóstico precoce do câncer de colo uterino é uma estratégia importante para a prevenção primária e secundária do vírus da Aids. O câncer de colo uterino passou a definir casos de Aids pelo Consenso Brasileiro para Aids desde meados dos anos 2000.

Ainda no campo da reprodução, as mulheres que vivem com HIV/Aids têm seus corpos regulados e seu desejo de maternidade criticado, apesar de

existirem no Brasil técnicas para que a gravidez de mulher com HIV/Aids aconteça com baixo risco de infecção para o filho, tais como o manejo de lavagem de sêmen e o monitoramento e uso de antirretrovirais (ARVs). Ao mesmo tempo, as mulheres que querem fazer aborto são impedidas moral e criminalmente.

Na África do Sul, a legalização do aborto, desde o fim do apartheid, garante mais direitos para as mulheres. No entanto, as barreiras para o acesso aos serviços levam muitas mulheres a arriscar suas vidas em abortos clandestinos. Em Moçambique, o aborto foi descriminalizado em 2014, uma vitória da lutas das mulheres, que aguardam os processos de regulamentação para universalizar o acesso.

6. RESPOSTA DA SOCIEDADE CIVIL

> Yah! Yah! Em termos de comunidade, posso dizer que me sinto como se eu fosse uma heroína, porque todo mundo que quer falar sobre HIV, vem para mim, porque eles sabem que eu sempre terei uma resposta para eles (Entrevista de usuária, nº 4, Agosto 2011, Cidade do Cabo).

No Brasil, a prática da sociedade civil organizada na pressão por ações públicas e, no caso da Aids, a atuação do movimento feminista, foram os principais meios político-organizativos para dar visibilidade e pressionar pela incorporação da relação Aids/Saúde/Mulheres na agenda pública e política do Estado (ROCHA, 2011). É perceptível a contribuição feminista na produção de conhecimento nesse campo e na disputa de agenda no campo das políticas públicas. Contudo, nos três países pesquisados as organizações feministas, ou pelos direitos das

mulheres, não se definem como um sujeito estratégico nesse campo.

A análise histórica das respostas da sociedade civil frente à epidemia da Aids indica que a urgência da Aids mobilizou inicialmente a organização de grupos gays. A agenda e orientação política das mulheres e do feminismo estavam voltadas até então para outros desafios, como por exemplo, enfrentar as políticas controlistas ou natalistas populacionais que incidiam sobre os corpos das mulheres (LYRA, 2008).

Somaram-se às organizações e redes na luta contra Aids grupos que não exclusivamente trabalhavam com a epidemia mas, que passaram a incorporar ações de prevenção e comunicação em suas estratégias, e que levaram o tema para a agenda de outros movimentos sociais, como os partidos e sindicatos. Nos anos 1990, as organizações feministas adotaram a perspectiva de gênero nos processos de lutas sobre políticas públicas e em sua ação educativa com o propósito de fortalecer as mulheres como sujeitos políticos. Tal perspectiva visava mudanças de atitude das mulheres diante das relações de poder na vida privada e pública, assim como incentivava a atuação das mulheres na vida política (ROCHA, 2011).

Nesse contexto, a epidemia da Aids traz para as redes e organizações da sociedade civil, na área da saúde, uma cultura de diálogos e enfrentamentos, fruto da relação estreita e permanente entre ativistas e gestores da saúde. Essa forma de atuação possibilita também um acompanhamento minucioso da execução dessa política, se comparado aos modelos vigentes nas outras áreas da saúde. Entretanto, a proximidade colaborativa e construtora dos programas de luta contra a Aids por vezes anula ou minimiza a crítica

fiscalizadora (ROCHA, 2011).

Assim como acontece no Brasil e na África do Sul, Bastos (2006) analisa que nos Estados Unidos e Europa o protagonismo contra a Aids coube às comunidades afetadas pelo HIV, que formularam respostas vigorosas e bem sucedidas, utilizando mobilização social, mídia, pressão sobre fontes de financiamento e governos.

O que se seguiu foi uma combinação de diálogo e confronto, sempre caminhando no fio da navalha entre a incorporação das iniciativas à agenda das agências de fomento e governos, e os riscos, por um lado, de quebra de diálogo e, por outro, de cooptação de ativistas pelos governos e agências (BASTOS, 2006).

A experiência da África do Sul, particularmente e com as campanhas da TAC[13] pelo acesso aos ARV, e as ações dos movimentos sociais no Brasil, foram responsáveis pela ampliação dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids, assim como pelas agendas que se referem às ações judiciais contra o Estado e o setor privado, com o objetivo de garantir o tratamento e benefícios sociais para as pessoas vivendo com HIV ou para os/as doentes com Aids.

As ações funcionaram como pressão para assegurar a provisão dos antirretrovirais, garantia de assistência e eliminação de práticas discriminatórias. Ao longo da história, os governos criaram estruturas especificas para avançar nas políticas e programas. No Brasil a Comissão Nacional de DST/Aids (CNAIDS), instituída em 1986, objetivou assessorar o Ministério da Saúde/Programa de Combate das DST/HIV/Aids na formulação

13 TAC - Treatment Action Campaign

de políticas de promoção e de assistência à saúde, prevenção e fomento dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Na África do Sul, o South African National Aids Council (SANAC) foi criado em 2000 para construir consensos entre governo, sociedade civil e outras partes interessadas para conduzir uma resposta para o HIV/AIDS/TB e IST no pais.

Em Moçambique, o Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA (CNCS) é criado também em 2000 como uma instituição do Estado. Convém, entretanto, referir que em agosto de 1986 já havia sido criada a primeira entidade responsável pela coordenação da resposta nacional contra a epidemia, denominada Comissão Nacional do SIDA, bem nos moldes propostos pelas orientações da Organização Mundial da Saúde. Além da Comissão Nacional da SIDA, criada pelo Ministro da Saúde, que deveria atuar como órgão de aconselhamento ao Ministério da Saúde (MISAU) na condução dos programas de combate a SIDA, também foi criado o Centro de Coordenação do SIDA (CCS) como órgão que deveria gerir a implementação quotidiana do programa, no mesmo ano. O trabalho desta comissão foi dificultado pela guerra civil que assolou o país até o acordo de paz em 1992.

Os movimentos sociais e organizações não governamentais que lutam pelo direito à saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids e por prevenção, têm se articulado em protestos com ênfase na defesa do acesso aos ARV e, em particular, enfocam as flexibilidades dos Tratados Relativos aos Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS, sigla inglesa), nos quais as patentes de medicamentos são contestadas em nome dos direitos humanos.

Isto se dá pelo fato de que os tratados de patentes privatizam a produção de

medicamentos antirretrovirais, já que os direitos de propriedade intelectual estão concentrados em multinacionais de interesse privado (ROCHA, 2011). Desta forma, o uso de medicamentos que salva vidas de pessoas com Aids é submetido à lógica do capital, e a gestão da política pública torna-se refém dos laboratórios e indústria farmacêutica. Como afirma Bastos (2006, p. 83), "a Aids segue em expansão, com marcadas assimetrias regionais e populacionais. Os padrões de disseminação da epidemia conformariam hoje uma espécie de espelho invertido das riquezas do mundo".

De acordo com Rocha (2011), o acesso a medicamentos e o desenvolvimento de vacinas ou microbicidas estão permeados de interesses econômicos nas dinâmicas do sistema capitalista, que atingem o cotidiano da atenção à saúde e precarizam o acesso universal a um sistema de saúde, que é um preceito constitucional no Brasil. Nesse sentido, outras dimensões de iniqüidades também podem ser percebidas, desde a contenção e regulação de financiamento para saúde − passando pelo apoio às empresas privadas de seguro ou saúde complementar − até um discurso de promoção de saúde centrado no combate à pobreza, a exemplo daquele propagado por Instituições Financeiras Multilaterais (IFMs)[14].

Pode-se afirmar que o êxito dos avanços científicos e das lutas sociais travadas nesse campo possibilitou a universalização do acesso aos medicamentos no Brasil através do SUS, o que significou diminuir a morbimortalidade e

14 Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (posteriormente Banco Mundial – BM) – Criados em 1944, na Conferência de Bretton Woods, como resultado de um acordo de cooperação e de negociação da dívida de guerra entre a Inglaterra e os Estados Unidos. Inicialmente, atuam no pós-guerra, depois dirigem sua estrutura e seu ideário para custear o "desenvolvimento" dos países do Sul — o FMI, com o papel de custear a recuperação econômica; e o BM, enfrentando a pobreza com estratégias de implantar planejamento familiar, serviços sociais básicos, separando saúde/previdência/assistência e apoiando as privatizações (JAKOBSEN, 2005).

transformar a Aids numa doença crônica. O caso do Brasil é um exemplo seguido em Moçambique e África do Sul, cujos programas têm como forte referencia as políticas e programas brasileiros.

Outra agenda de destaque é a mobilização em torno do monitoramento da UN General Assembly Special Session (UNGASS) 2001, que estabelece metas para o avanço no combate às desigualdades de gênero e à pobreza que são acompanhadas pelas organizações da sociedade civil através de pesquisas e fóruns regulares.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dimensões da epidemia são distintas na África do Sul, Brasil e Moçambique. Contudo, a expressão da vivência com HIV/Aids aponta similaridades nesses diferentes contextos. São realidades inseridas numa conjuntura internacional de acirramento do capitalismo financeiro mundializado, que mercantiliza as esferas da vida social com incidência de políticas de ajuste estrutural sobre as políticas sociais, como as políticas de saúde e educação.

O enfrentamento à epidemia de Aids, feito através de políticas públicas, consolida a garantia de direitos, avança na redução de desigualdades sociais e econômicas, mas necessariamente não se projeta nessa direção ao privilegiar interesses transnacionais oriundos de organismos internacionais e mercantis, sobrepondo-se aos interesses dos cidadãos.

A feminização da epidemia, sua interiorização e pauperização são

tendências construídas a partir da priorização ou negligência em relação ao desenvolvimento da epidemia. A construção de respostas para o enfrentamento de uma doença como a Aids, a configuração das políticas de saúde, os recursos públicos alocados para o enfrentamento nesses países atestam a importância da atuação do Estado, em tempos em que a orientação neoliberal ainda tem força, levando a uma redução da intervenção do Estado, especialmente em relação às políticas sociais, levando a sua focalização nos segmentos mais pauperizados (VIEIRA 2013).

A morbimortalidade por HIV/Aids no Brasil, Moçambique e África do Sul avança entre as mulheres e, particularmente, mulheres em situações de vulnerabilidades em regiões marcadas por determinações impostas pelas desigualdades de gênero, sociais e econômicas (ROCHA, 2011). No tocante à vivência da sexualidade, tais determinações apontam limites para o enfrentamento da epidemia da Aids circunscrevendo os limites das estratégias de prevenção e de promoção de vida saudável para as pessoas vivendo com HIV e Aids.

Tais relações de poder repercutem nos processos saúde-doença. Rocha (2011), concordando com Freire Costa (2004), afirma que as doenças são resultado das doenças da sociedade. Quando o Estado é subordinado ao sistema capitalista-racista-sexista-patriarcal, os problemas sociais se complexificam, agudizando as expressões da questão social – violência, fome, desemprego, relações de poder desiguais entre homens e mulheres, adoecimentos e mortes evitáveis.

A Aids torna-se um exemplo de como essa racionalidade é disputada

por família, igreja, governo, escolas, movimentos sociais. Nesse campo reproduz, à semelhança de outras dinâmicas da sociedade, a disputa que incide na racionalidade dos projetos, programas e convênios, limitando as possibilidades de respostas institucionais ou de mobilizações sociais mais complexas (ROCHA, 2011).

Enfrentar a feminização da epidemia da Aids se apresenta como um desafio de grande complexidade. Alguns entraves são apontados na pesquisa, com diferentes dimensões e impactos entre o Brasil, África do Sul e Moçambique: a) falta universalidade no acesso a preservativos, principal insumo de prevenção de gravidez e das DST/HIV; b) baixa cobertura de ações educativas que relacionem saúde da mulher, planejamento familiar (África do Sul e Moçambique) e educação sexual. Percebe-se que persiste a desintegração dessas ações com a prevenção das DST/Aids; c) permanece como uma lacuna a falta de integração de políticas contra a Aids e Violência Baseada em Gênero; d) ausência de estratégias que relacionem as desigualdades econômicas e sociais, sexismo, homofobia, racismo, classismo, vivência da sexualidade para além da área da saúde; e) o acesso à saúde segue limitado, ainda persistem silêncios das mulheres que ainda estão no espaço de subalternidade e não fazem valer suas vozes para exigir e tomar decisões sobre seu corpo e saúde. f) fragilidade de articulação, ações e estratégias coletivas entre as OSC, redes e movimentos de direitos humanos/ HIV/Aids/ Mulheres/ LGBTI. g) é um desafio a universalidade do ARV com o devido suporte para combater os efeitos colaterais e estudos sobre esses efeitos sobre as mulheres. h) também é desafiador transformar as recomendações internacionais no âmbito dos direitos humanos, direitos reprodutivos, direitos

sexuais, direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids em implementação de politicas e procedimentos que elevem a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids e população em geral.

Contudo, o contexto de expansão do neoliberalismo é adverso, os países mais pobres são submetidos a orientações internacionais, no sentido de reduzir a ação estatal, cortar políticas e programas sociais, para serem apoiados pelas nações mais desenvolvidas. A pesquisa mostra ainda a importância de pensar numa atenção ampliada para as pessoas infectadas pelo HIV - não bastam antirretrovirais, mas as pessoas precisam de cuidados, inseridos no conceito de acesso a serviços e políticas de saúde, e como assistência social, educação, acesso a trabalho e espaços de fortalecimento pessoal e político. Precisam da integralidade do cuidado dentro de toda uma rede intra e intersetorial de proteção social. Mas também respeito às limitações que a doença traz, assim como o uso dos medicamentos específicos. É necessário pensar em ações de apoio que representem direitos para garantir qualidade de vida e de participação desses sujeitos nos espaços de decisão sobre as politicas sociais.

Entretanto, ressaltam-se inúmeros avanços nas políticas públicas e nos serviços de saúde nos três países: melhorou a cobertura de oferta dos ARV, o Brasil tem acesso universal, os outros dois países ampliaram consideravelmente a cobertura; a África do Sul, pelo contingente da epidemia, é o país do mundo com maior fornecimento de ARV; ampliaram-se as políticas de saúde em locais de trabalho, assim como, leis e normas contra preconceitos e discriminação. Em Moçambique foram descriminalizados o aborto e a homossexualidade em 2014; foram ampliados serviços de atendimento a violência baseada em

gênero, e demais serviços de saúde, principalmente, destaca-se a ampliação de serviços de saúde e de acesso a ARV no país. Mas, principalmente, cresceu o reconhecimento de que viver digna e saudavelmente com Aids é possível. Ativistas no campo da saúde reconhecem que os avanços nesse campo e nos direitos sociais estão propiciando que, 30 anos depois do início da epidemia, seja possível falar da Aids como uma doença crônica.

Nesse contexto de avanços, barreiras e limites, observa-se que apesar do exitoso programa nacional de combate ao HIV/Aids no Brasil, e dos avanços nas experiências de África do Sul e Moçambique, convive-se com o pragmatismo das políticas nacionais, movidas pela escassez de recursos ou pela falta de estudos sobre o impacto da epidemia nas mulheres.

As expectativas das mulheres com HIV/Aids, de profissionais de saúde e de gestoras(es) entrevistadas(os) clamam por respostas que podem ajudar a olhar o desconhecido e ouvir os silêncios do conservadorismo sobre sexualidade; do heterossexismo que permeia as políticas de saúde; do enfraquecimento dos movimentos que lutam contra a Aids e direitos humanos das mulheres; da conveniente convivência do sistema capitalista, sexista, racista e patriarcal. Romper com tais determinações pode ressignificar os sentidos da Aids na vida prática-cotidiana das mulheres e só assim é possível frear o avanço dessa epidemia.

Na pesquisa, positivamente ouvimos vozes de cidadania, de esperança, de oportunidades de recuperar vínculos afetivos, de melhoria da vida sexual, e do respeito na comunidade. Porque viver com HIV/Aids também trouxe a possibilidade a portadores/as de se reconhecerem cidadãos e cidadãs.

Pessoas vivendo com Aids que estão vinculadas a serviços ou a ONGs, que trazem a possibilidade de ampliar seus conhecimentos, de saber sobre os direitos, de construir autoestima. Os silêncios nem sempre falam de opressão, também dizem que é preciso tempo para aprender a viver com HIV e Aids.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Francisco Inácio. *Aids na terceira década.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

_____. *A feminização da epidemia da Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento.* Rio de Janeiro: nº 3: ABIA, 2001.

BRASIL. Departamento de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico*. Brasília. PN DST Aids/MS, 2013.

BOOM, Bart van den. *Analise da pobreza em Moçambique. República de Moçambique: G19*, Embaixada do Reino Unido, 2011.

Censo 2010 – *Características gerais dos indígenas – Resultados do universo – IBGE, 2012.* Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm

CORDOVA, Fernanda Peixoto; LUZ, Anna Maria Hecker; INNOCENTE, Agnes Peruzzo and SILVA, Eveline Franco da. *Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação.* Revista Brasileira de Enfermagem. [online]. 2013, vol.66, n.1, pp. 97-102. ISSN 0034-7167. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100015.

CNCS, Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA. *Situação do HIV e SIDA*

em Moçambique: Factores de Risco e Vulnerabilidade da Rapariga e Mulher Jovem. Comunicação pelo 1º de Dezembro 2014, Dia Mundial de Luta Contra o HIV e SIDA. República de Moçambique: Secretariado Executivo do CNCS, Maputo, 2014.

_____. *Relatório anual de progresso das actividades de combate ao HIV e SIDA – 2013.* República de Moçambique, Maputo: Secretariado Executivo do CNCS, 2013.

_____. *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*, Maputo: Presidência da República. Abril 2012.

DAVIE, Grace. *Poverty Knowledge in South Africa. UK: Cambridge University Press*. Disponível em: <www.cambridge.org/9780521198752, 2015>.

FREIRE COSTA, Jurandir. *Ordem médica e norma familiar.* Rio de Janeiro: Graal. 2004.

HUMAN SCIENCES RESEARCH COUNCIL *(HSRC), South Africa,* 2013 Disponível em: <http://www.hsrc.ac.za/en/>.

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. *Recenseamento Geral da População 2007.* Disponível em: <www.ine.gov.mz>.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. I*nquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH e SIDA em Moçambique* - INSIDA 2010, República de Moçambique: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde, Julho, 2010.

JAKOBSEN, Kjeld. *Comércio Internacional e Desenvolvimento. Do Gatt à OMC: Discurso e prática.* São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005.

LYRA, Jorge. *Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise*

de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006). 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. *Plano Estratégico Nacional de Cuidados Integrados.* Maputo: Ministério da Saúde, outubro, 2011.

_____. *Plano de Acção Nacional Multi-sectoral sobre Género e VIH e SIDA, 2010-2015*. Maputo: Governo de Moçambique, 2009.

_____. *Plano de Acção para Redução da Pobreza (PARP) 2011-2014.* Aprovado na 15ª Sessão Ordinária do Conselho de Ministros, 03 de Maio de 2011, Maputo: Governo de Moçambique, 2011.

_____. *Lei nº 5/2002 de 5 de Fevereiro, Lei de Protecção de Pessoas que vivem com VIH/SIDA.* Boletim da República, 13 de Fevereiro de 2002. Maputo: Governo de Moçambique, 2002.

_____. *Conselho Nacional de Combate ao SIDA*. Plano Estratégico Nacional de Resposta Nacional ao VIH e SIDA 2010-2014 (PEN III), Maputo: Conselho Nacional de Combate ao Sida, 2010.

MONTEIRO, Ana Piedade Armindo. *HIV/AIDS Prevention Intervention in Moçambique as Conflict of Cultures: The Case of Dondo and Maringue districts of Sofala Province*. 2011. 318 pages. Tesis (Doctor Degree on Philosophy). Department of Social Anthropology – University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa, 2011.

MONTEJO, Alda Facio. C*uando el género suena cambios trae (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*. 1ª ed., San José, Costa Rica:

ILANUD, 1992.

ROCHA, Solange. *Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil.* 2011. 237 f. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2011.

ROCHA, Solange, VIEIRA, Ana e SOARES, Raquel. *Desafios à Vida. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul*. Recife: Ed. Universitária/UFPE, 2011.

ROCHA, Solange, VIEIRA, Ana, LYRA, Jorge. S*ilenciosa conveniência: mulheres e Aids.* Revista Brasileira de Ciência Política. nº 11, p. 119-141,Aug. 2013. Brasília: 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n11/05.pdf.

SAMO, Graça, MILAGRE, Diogo, ROCHA, Solange, MEQUE, Percina. *Monitoring Aid Effectiveness in a Gender Perspective.* Final Report. Maputo: UN Women, 2011

SANDFORT, Theo G.M. et all. *Forced Sexual Experiences as Risk Factor for Self-Reported HIV Infection among Southern African Lesbian and Bisexual Women*. PLOS ONE, January, 9, 2013. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0053552>.

SHELVER, Carrie. *We Were Never Meant to Survive. Violence in the Lives of HIV Positive Women in South Africa.* One in Nine Campaign. South Africa: 2012

SERRAO Angelique. *Forced Sterilisation Complaint Lodge. Gauteng: IOL, 2015.* Disponível em http://www.iol.co.za/news/south-africa/gauteng/forced-sterilisation-complaint-lodged-1834141.

SOUTH AFRICA. *National Strategic Plan for VIH and AIDS, STIs and TB*, 2012-

2016. Draft Zero for Consultation – NSP 2012-2016. 5 August 2011, South Africa, 2011.

VILLELA, Wilza Vieira e SANEMATSU, Marisa. *Mulheres com HIV/ Aids, elementos para a construção de direitos e qualidade de vida.* Dossiê Instituto Patrícia Galvão. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2003.

TVEDTEN, Inge; Margarida Paulo e TUOMINEN, Minna. *Género e Pobreza no Norte de Moçambique.* CMI Relatório. Maputo, 2009.

UNAIDS. UNAIDS *Report on the Global AIDS epidemic 2010*. Disponível em: www.avert.org/africa-hiv-aids-statistics.htm,

WERNECK, Jurema. *Da Diáspora Globalizada: Notas sobre os afrodescendentes no Brasil e o início do século XXI* . Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2003. Disponível em <www.criola.org.br>. Acesso em: 18 ago. 2010.

_____. *A Vulnerabilidade das Mulheres Negras.* Disponível em:

http://movimentonegroms.blogspot.co.za/2010/04/vulnerabilidade-das-mulheres-negras-por.html. Acesso em: 10 jul. 2014.

Principais sítios eletrônicos consultados:

AIDS Foundation of South Africa - http://www.aids.org.za/

Health System Trust - http://www.hst.org.za/

HIV Plus Magazine - http://www.hivplusmag.com/case-studies/world-news/2013/07/17/1-10-south-african-lesbians-are-hiv-positive.

Organização Mundial da Saúde – Escritório Regional Africano - http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3133&Itemid=2865

Racism Stops with Me - http://www.iol.co.za/news/south-africa/gauteng/forced-sterilisation-complaint-lodged-1.1834141

South African Social Security Agency - http://www.sassa.gov.za/Times Magazine Live - http://www.timeslive.co.za/politics/2014/10/27/over-2.7-million-south-africans-on-antiretrovirals-ramaphosa

Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust - http://www.wlsa.org.mz/

World Bank - https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16091/9780821399422PT.pdf?sequence=5

CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS DE NEGOCIAÇÃO: dialogando com o feminismo no contexto do HIV e SIDA[1]

Talita Rodrigues

Jorge Lyra

> [...] Nossa voz lua cheia em noite escura de desesperança nossa voz farol em mar de tempestade nossa voz limando grades, grades seculares nossa voz, irmão! nossa voz milhares nossa voz milhões de vozes clamando! [...]Noémia de Souza

1. INTRODUÇÃO

Com o feminismo, percebi que meu lugar era situado no mundo e que esse lugar implicava experiências possibilitadas a partir de um conjunto de fatores articulados entre si: pude me perceber como mulher jovem, negra, pobre, moradora da periferia do Recife, capital do Estado de Pernambuco, que fica na região Nordeste do Brasil. Compreendendo que falamos de

1 Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do projeto de mobilidade internacional de discentes e/ou docentes da CAPES, intitulado "HIV/AIDS no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação". Este projeto deu oportunidade de intercâmbio entre os dois países, sendo este trabalho fruto das experiências vividas em Maputo, Moçambique, e do contato com sua população, cultura e cotidiano durante quatro meses (de julho a novembro). O referido projeto abrangeu aulas na Universidade Eduardo Mondlane, visitas e participação em atividades e ações das organizações da sociedade civil, leituras e discussões de documentos e textos acadêmicos.

um lugar situado, este texto está desenhado em três eixos principais: primeiramente, abordo sobre o meu contato com o feminismo, considerando que é importante para o leitor saber quem fala e a partir de que lugar se fala. No segundo momento, abordarei um pouco da construção do movimento feminista em Moçambique e os caminhos que este vai percorrendo ao longo da história até a construção do MovFem - Movimento das Jovens Feministas de Moçambique. Por último, conversaremos[2] sobre a realidade do HIV-SIDA na vida das mulheres em Moçambique e as estratégias de enfrentamento criadas pelas jovens feministas nesse contexto.

O contato com o conceito de gênero me permitiu enxergar o mundo com outras lentes e compreender através do feminismo a história de vida e luta das mulheres e também a minha própria história. Desde então, o feminismo me abriu portas e me possibilitou experiências que viriam colocar em cheque minhas verdades e desconstruir totalmente minha forma de existir no mundo.

O interesse em estudar a temática das mulheres veio desde a inserção no Núcleo Feminista de Pesquisa em Gênero e Masculinidades, da Universidade Federal de Pernambuco (GEMA-UFPE), que me possibilitou compreender inquietações que sempre existiram em mim mas, que não conseguia nomear nem explicar. A partir da vivência diária com este grupo, tenho cada vez mais tomado em conta a experiência de ser mulher jovem, negra e pobre.

Esta experiência e inquietação eu levei em minha bagagem na primeira

2 A escrita do texto alterna entre colocações na primeira pessoa do singular e reflexões na primeira pessoa do plural, tendo em vista que apesar das vivências em Moçambique serem de uma das autoras a reflexão e sistematização em forma de texto foi realizada pelos dois autores.

viagem mais distante que fiz do meu território familiar, da minha comunidade, da minha história e de mim mesma. Distanciamentos e aproximações que me levaram a revisitar o meu próprio corpo e a minha experiência de ser mulher jovem e feminista. Mas, dessa vez, outros marcadores se fizeram presentes, como os de ser mulher estrangeira, brasileira, ocidental e nesse outro país, não negra. Pude sentir na pele o estereótipo que é criado em torno da imagem da mulher brasileira desenhado com a ajuda perversa da mídia brasileira, que através de suas novelas, cria no imaginário de pessoas de diversas partes do mundo um ideário da vida no Brasil e do que vêm a ser mulher e homem nesse país − ideias que estão muito distante da prática cotidiana dos brasileiros e das brasileiras. Esta defrontação com minha imagem no espelho e o espelho em minha imagem me levaram a pensar o que significa(ou) ser mulher em terras africanas, mais especificamente em Maputo, Moçambique. O que significa a experiência de ser mulher nesse país, sentindo, vivendo e observando as dificuldades ali vivenciadas?

A experiência como mulher ressaltou a certeza de que possuímos corpos desprotegidos e violentados por práticas cotidianas, nas quais a sociedade machista e patriarcal nos invade, invalida e destitui de qualquer subjetividade, seja em Maputo ou no Recife. Paralelamente às experiências diárias, o contato com as mulheres do Movimento das Jovens Feministas de Moçambique (MovFem) mostrou as possibilidades de enfrentamento e resistência traçados pelas jovens mulheres que se dedicam a quebrar as barreiras da cultura e da sociedade com questionamentos diários sobre a ordem patriarcal vigente. Essas mulheres mostram a força e garra com as quais podemos lutar em busca de um mundo mais justo e igualitário, onde

homens e mulheres possam alcançar os mesmos direitos e conquistar os mesmos espaços.

Moçambique vive a feminização da SIDA, que tem atingido cada vez mais as mulheres, sendo estas consideradas como o grupo mais vulnerável na sociedade, tendo em vista todas as violações de direitos que sofrem. Diante deste cenário, estas reflexões buscam observar questões relativas à autoproteção das mulheres jovens feministas com relação ao HIV-SIDA, pensando questões de sexo seguro, direitos sexuais e direitos reprodutivos e ainda entender como o feminismo vem auxiliando-as nesse processo. O termo SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é utilizado aqui por ser o termo utilizado em Moçambique, no Brasil utilizamos HIV-Aids.

Quando faço um recorte temporal mais específico e olho os quatro meses que estive em Moçambique, mais especificamente, em Maputo, capital do país, pois não posso falar do país como um todo, por ser este tão diverso e diferente, considero que foram desenvolvidas atividades múltiplas e simultâneas neste período. Primeiramente, foram realizadas visitas a algumas organizações da sociedade civil, buscando compreender melhor como o movimento feminista atua no país, suas histórias de lutas e conquistas para a vida das mulheres. No decorrer dessas visitas, surgiu a possibilidade de participar de alguns encontros e atividades do MovFem, nas quais pude acompanhar mais de perto o trabalho e as discussões do movimento.

Em paralelo, foram realizadas discussões de textos e documentos no âmbito da disciplina de “Gênero e poder político”, que integra a grade curricular do curso de Ciência Política da Universidade Eduardo Mondlane. Também

realizávamos discussões no grupo de estudos formado pelas estudantes brasileiras que integravam o projeto. Éramos quatro, duas da psicologia e duas do serviço social. Também foram construídos diários de bordos semanais, que relatavam as experiências vividas no país com foco na experiência de ser mulher jovem, feminista e brasileira em Moçambique.

Por último, foram realizadas entrevistas com algumas mulheres do movimento das jovens feministas, sobre as temáticas do feminismo e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para a melhor compreensão do material coletado. Tive o cuidado de renomear as referências das falas das mulheres entrevistadas, inspirada nos princípios éticos e no cuidado com o(a) outro(a), que fui aprendendo na relação com as pessoas que tem contribuído com os nossos trabalhos de pesquisa e de intervenção social desenvolvidos no GEMA nestes últimos anos.

Na medida em que os meses passavam e nossa vida se desenrolava em Maputo, nós, as quatro[3] brasileiras, pudemos vivenciar experiências profundas que mexiam conosco e nos faziam refletir profundamente sobre tudo que vivíamos. Eram momentos de afetações, de intensa confrontação cultural e pessoal, nos quais cotidianamente precisávamos revisitar os nossos preconceitos e nos deparar com imagens nossas até então desconhecidas, era um eterno exercício de se despir de tudo o que nos era conhecido ao passo que precisávamos reconhecer e situar nossas histórias e lugares, para assim minimamente nos aproximarmos da experiência do(a) outro(a).

3 Considero de fundamental importância pontuar aqui a experiência coletiva do grupo, pois este texto também é fruto de reflexões coletivas, partilhas e vivências com minhas companheiras de missão: Thais Brito, Carolina Alves e Diogivânia Maria.

As discussões sobre feminismo e resistência estavam sempre presentes em todos os espaços por onde passávamos, quer com homens ou com mulheres. Na mesma medida, o assédio nas ruas era vivido por nós e por muitas mulheres moçambicanas, não sendo as ruas um lugar seguro para nós que tínhamos que conviver com frequentes investidas de desconhecidos. Assunto que era tratado por nós em rodas de conversa com amigos, o que, inicialmente, gerava risos. Porém, com o avançar da reflexão, conseguíamos estabelecer diálogos bastantes críticos sobre esses fatos.

Quando compartilhávamos essas experiências com as mulheres moçambicanas, percebíamos uma grande identificação com as situações vividas; quase todas diziam viver coisas parecidas na sua vida cotidiana. Porém, quando estas mesmas experiências eram relatadas aos homens, estes se espantavam com tudo aquilo que dizíamos, afirmavam desconhecer essa face de sua cidade. O que nos fez perceber que a experiência de ser mulher naquela cidade era completamente diferente da experiência de ser homem, tendo em vista que o nosso corpo era diariamente posto à prova e que as violências chegavam de formas variadas. A esse respeito, Brasil e Moçambique parecem ter muito em comum. Nós, mulheres brasileiras e estrangeiras, vivenciamos experiências similares em nosso país, nas quais a vida e o corpo das mulheres também são violentados diariamente de diversas formas e por variadas instâncias de poder. Tal constatação nos leva a perceber que a luta das mulheres é de fato uma luta global, é uma luta de diversas mulheres com demandas específicas, por um lado, mas, por outro, com experiências aproximadas, principalmente, quando se incluem as questões de raça e classe. Como pontua Matilde Ribeiro (2006) em *O*

Feminismo em novas rotas e visões, é igualmente importante e emergencial a visibilidade do movimento feminista como um movimento de contestação, que sai às ruas demarcando suas posições de rebeldia, ousadia e firmeza na construção da tão almejada justiça social.

2. FEMINISMO EM MOÇAMBIQUE: SUA CONSTRUÇÃO E MOVIMENTOS

Para compreendermos a importância do feminismo no contexto de negociação sexual das jovens mulheres feministas de Moçambique, torna-se indispensável conhecer um pouco de sua história e de sua luta; precisamos compreender os processos de construção deste movimento que se fundamenta na resistência das mulheres e na luta por equidade de direitos. A luta das mulheres em Moçambique é muito anterior à chegada do movimento feminista ao interior de suas fronteiras. As mulheres foram atrizes importantes em diversas lutas, incluindo a luta pela libertação nacional, na qual se juntaram aos homens para por fim ao regime colonial estabelecido por Portugal.

Durante a chamada Luta Armada de Libertação, as mulheres não se limitaram ao lugar de ajuda e servidão que lhes foi ofertado, mas pegaram em armas e foram para a batalha, formando o destacamento feminino da FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique). A professora e feminista moçambicana Isabel Casimiro conta de forma bastante detalhada a história da participação das mulheres nesta luta e os caminhos que as mesmas percorreram nos momentos seguintes em sua tese de doutorado intitulada Paz na terra, guerra em casa – *Feminismo e organizações de mulheres em Moçambique*. Em seu trabalho, Casimiro (2014) mostra que mesmo em meio à desaprovação de alguns

membros do partido e ao desentendimento sobre este ponto por parte dos seus líderes, o Destacamento Feminino se destacou em suas ações, pois estas, além de lutar, faziam a tarefa de conscientizar as pessoas das aldeias por onde passavam, falavam sobre a importância dessa luta e conquistavam a adesão de muitas outras mulheres ao movimento. Com o sucesso do destacamento feminino, mais tarde viria a se criar no âmbito da Frelimo a Organização da Mulher Moçambicana (OMM) um órgão responsável por lidar com as questões relativas à vida das mulheres (CASIMIRO, 2014).

Em 1992, com a assinatura do acordo de paz, após a guerra civil que durou 16 anos, Moçambique se encontrava num cenário propício para se discutir questões relativas às condições de vida das mulheres. Neste momento, o país passa por um processo de surgimento de muitas organizações e institucionalização de muitos grupos, tendo sido criadas diversas organizações para discutir questões relativas à mulher. São elas a MULEID – Associação Mulher e Desenvolvimento, a WLSA – Mulher e Lei na África Austral, o Fórum Mulher, dentre outras (ANDRADE, 2008). Paralelamente ao surgimento das organizações é fundado o Núcleo de Estudos da Mulher no Centro de Estudos Africanos, no âmbito da Universidade Eduardo Mondlane com o intuito de estudar questões relativas à vida das mulheres em África, principalmente, em Moçambique. O núcleo de estudos é oficializado em 1989. (ANDRADE, 2008)

As mulheres, agora organizadas em associações, recebem financiamentos internacionais para trabalhar suas questões, e começam também a fazer controle social do Estado. Articuladas em rede, elas ampliam suas lutas e

iniciam uma reflexão sobre as relações de poder desiguais estabelecidas entre homens e mulheres na sociedade, passando de forma cada vez mais crítica a exercer pressão no Estado em prol de melhorias nas condições de vida das mulheres. É neste cenário de lutas e conquistas que o feminismo, como movimento teórico-político, começa a se mostrar em Moçambique.

O MovFem (Movimento das Jovens Feministas de Moçambique) emerge composto por mulheres que integram as diversas instituições que compõem o Fórum Mulher, e que se aproximam politicamente da causa feminista ou que tiveram a oportunidade de encontrar com alguma feminista mais antiga e foram convidadas a entrar no movimento. Com o apoio do Fórum, as mulheres se encontram regularmente para discutir questões sobre feminismo e refletirem sobre suas próprias experiências de vida, encontrando no grupo apoio e fortalecimento para seguirem lutando pelos direitos humanos das mulheres e igualdade de gênero no país.

Em 2014, Moçambique recebeu a Marcha Mundial de Mulheres, evento que reuniu mulheres do mundo inteiro para discutir sobre as opressões e violências que são vivenciadas diariamente. Os efeitos dessa marcha ainda podem ser vistos nas falas e articulações do grupo, pois, as mulheres têm incorporado outras estratégias às suas lutas. A principal delas é a organização de marchas pelo Fórum Mulher, nas quais grupos de mulheres articuladas saem às ruas para exigir seus direitos ou se juntam a outras marchas, compostas por várias organizações da sociedade civil, representando o Movimento das Jovens Feministas de Moçambique. Estas marchas potencializam a visibilidade do grupo e as reivindicações das mulheres, possibilitando que outras mulheres que não têm contato nem conhecimento sobre feminismo sejam alcançadas, pela

presença das feministas nos eventos ou pelas palavras proferidas por elas.

O processo de assumir a identidade de mulher jovem feminista também é discutido pelo grupo, que considera o feminismo como uma construção e acredita que suas integrantes precisam se afirmar para visibilizar suas lutas. Lilian Celiberti (2009) vai dizer que o feminismo abriu a possibilidade para que nós, mulheres, construamo-nos como sujeitos políticos, que sejamos construtoras de nossa própria trajetória e, nessa perspectiva, abriu também o campo para a diversidade e a pluralidade.

Pensando no movimento feminista que é implicado e que não pode estar dissociado do contexto de vida social e cultural das mulheres, o grupo discute muito sobre como fazer feminismo em Moçambique, seus limites, possibilidades e desafios. Mas, sobretudo, elas discutem a respeito de como fazer o feminismo entrar em suas próprias vidas, dentro de suas casas, com suas famílias.

> A crítica ao feminismo como hegemônico tem sido colocada no debate teórico-político pelos movimentos de mulheres negras, indígenas e lésbicas. Uma ideia forte no debate é a de que o feminismo, estabelecido no interior da cultura européia e norte-americana, teria apenas substituído o sujeito universal da modernidade – masculino, branco, proprietário – pela mulher, assim como o marxismo teria feito com o operário. A esta crítica o feminismo tem historicamente respondido com a noção de 'mulheres', compreendida como grupo social no interior do qual subsistem diferenças e desigualdades. Mas isto parece ser insuficiente, e mais recentemente muitas teóricas feministas têm trabalhado a noção de interseccionalidade e/ou de consubstancialidade entre a categorias de raça, classe, gênero e sexualidade, como construto teórico que possibilita explicar a situação das mulheres. (SILVA, 2012, p.01).

Desta forma, veremos a seguir as experiências de mulheres jovens feministas

de Moçambique, que encontraram no feminismo um caminho para a emancipação e autonomia dos seus corpos. É importante salientar que todas as mulheres que colaboraram com este trabalho são maiores de idade e possuem ensino superior completo, ponto que destoa exponencialmente da realidade da maioria das mulheres do país e fato que as coloca em uma situação de privilégio na sociedade, tendo em vista a dificuldade que é chegar ao ensino superior enfrentada pelos jovens e principalmente pelas mulheres. Foram entrevistadas quatro mulheres com as idades de 23, 28, 33 e 37 anos que tiveram seus nomes substituídos por outros por questões éticas da pesquisa. Dentre elas, temos uma casada, uma divorciada e duas solteiras. Todas se afirmaram mulheres jovens feministas e se declararam negras.

Quando questionada sobre o que seria feminismo para ela, uma das integrantes do grupo fez a seguinte fala sobre o movimento.

> Feminismo é a forma radical de ser mulher, de ser jovem, de ser humano independente do seu sexo, ser olhada sem nenhuma justificação, sem nenhum adjetivo, de eu poder ser eu mesma, ser solteira até a idade que eu quiser, tá no direito de casar com quem eu quiser, poder gostar de uma outra mulher, querer ou não trabalhar, escolher a minha profissão, ser colocada numa posição de chefia sem ser desconfiada que andei com meu chefe, ou por que sou prima da chefe ou do dono da empresa, mas por que eu tenho capacidade, eu tenho competência. Que a minha educação não seja separada da do meu irmão: que, por exemplo no caso de falecimento, eu sou a filha mais velha e tem que perguntar a mim, não perguntar meu irmão que me segue, então por que eu nasci primeira, para ficar no canto a chorar? Não, eu sou mais velha, então eu quero também tomar decisão. (Paula, 28 anos)

Outra integrante dá a seguinte visão sobre o feminismo,

> O Feminismo é um lugar que te põe necessariamente pra agir, que te põe em

> movimento mesmo, pelo qual tu tens que lutar para alcançar os direitos que estais à procura. Te apercebes o que é que está a passar e decides ir à rua lutar para ter os mesmos direitos que os homens, os mesmos direitos que a mulher branca, se pensarmos a questão racial. Muita confrontação, muita força, muito confronto, com as forças políticas também. (Ana, 23 anos)

É perceptível a força e garra que emanam das palavras dessas mulheres, mostrando o lugar que o feminismo tem em suas vidas e a importância que ele vem cada vez mais assumindo diante do seu agir no mundo. Mas, num país com uma herança tradicional forte e que ainda está enraizada na vida das pessoas, estas mulheres assumem que, mesmo diante de tanta paixão e vontade de lutar pela mudança, essa não é uma luta fácil de ser travada na rua nem dentro de casa.

Fazendo referência aos movimentos e marchas que realizam, aos posicionamentos que assumem e aos enfrentamentos que travam, uma das jovens diz que,

> O governo se sente incomodado em qualquer ato público, eles sentem-se incomodados quando vamos à rua, sempre tem um aparato policial muito grande. Mesmo quando não é nada ligado diretamente ao governo, tu sentes que eles não estão satisfeitos com a tua presença na rua. [...] Como há um receio muito grande do político aqui em Moçambique, é muito difícil estar na rua a exigir teus direitos, a tentar acordar a sociedade sobre aquilo que está a passar. Então é um espaço de muito braço de ferro, braço de força, tem um lado a puxar e outro também. (Ana, 23 anos)

Mas, não é só nas ruas que esta luta é difícil, as mulheres também afirmam que sofrem muita pressão dentro de casa e no âmbito da família, e dizem que de fato em casa é muito difícil ser feminista.

> Então dentro da família é complicado e vai ser mais complicado ainda com

> o passar do tempo. Porque eu percebo que as meninas que foram minhas amigas na infância já estão todas casadas, todas têm filhos e a minha mãe não vê isso acontecer comigo, então já há uma cobrança nesse sentido ainda bem de leve e com o passar dos anos isso vai ser mais forte. E eu, infelizmente ou felizmente, não me vejo a responder isso. (Ana, 23 anos)

Mesmo diante de todas as questões que dificultam a prática do feminismo nesse contexto, as mulheres não parecem desanimar; seguem em marcha, lutando sob o lema da Marcha Mundial de Mulheres, "Seguiremos em marcha, até que todas sejamos livres", livres de qualquer tido de violência, discriminação e opressão.

> Eu acredito que as mulheres precisam existir por elas mesmas e não condicionadas a um homem e essa existência precisa fazer delas um novo caminho para que a história das mulheres de hoje seja diferente [da história] das mulheres do passado, mas seja melhor para as mulheres do futuro, no sentido de que a vida das mulheres possa ser diferente no conhecimento da sua própria dignidade, que as raparigas de hoje possam se rever [sic] nas mulheres do passado nas suas lutas, mas com uma nova possibilidade delas viverem uma vida sem violência. Principalmente a violência sexual é uma das mais graves formas de violação que as mulheres sofrem no mundo inteiro, elas além de serem mortas são sexualmente violadas. [...] Ser feminista traduz muita ansiedade de mudar o mundo. Uma ansiedade que procura mover montanhas. É também uma forma de estar, mas ao mesmo tempo uma sensação de que é possível dizer sim e dizer não numa relação. Muitas mulheres morreram por terem dito não. (Joana, 33 anos)

Lilian Celiberti (2009) se refere a um legado que as mulheres deixam umas às outras como parte da memória subjetiva de uma experiência que, na realidade, começou a ser escrita há muito pouco tempo. Essa herança coletiva nos proporcionaria um guia a partir das lutas históricas das mulheres, sendo os frutos destas lutas colhidos por nós hoje e permitindo que construamos a partir deles outros caminhos que são individuais e, ao mesmo tempo,

coletivos e que proporcionarão outra condição de vida as mulheres que virão.

3. HIV-SIDA, MULHERES JOVENS E AS EXPERIÊNCIAS DE NEGOCIAÇÃO DE SEXO SEGURO

A feminização do HIV-SIDA em Moçambique é uma realidade e pode ser observada pelo grande número de mulheres infectadas pelo vírus e pela tendência crescente que este vem assumindo, mostrando ainda um abismo entre a porcentagem de mulheres infectadas e homens infectados, assim como entre o número de novas infecções entre homens e mulheres, estando as mulheres com maiores números de infecção comparado aos homens. Dados do INSIDA em 2009 apontaram para a prevalência do HIV como mais acentuada entre as mulheres (13,1%) do que entre os homens (9,2%). Em 2012, ao apresentar dados sobre a população atingida pelo HIV-SIDA em Moçambique, o UNAIDS mostrou haver no país cerca de 8,3% de mulheres jovens infectadas e 2,8% homens jovens atingidos pelo vírus.. A questão do HIV-SIDA no país se torna mais delicada quando somada a diversos fatores que vulnerabilizam ainda mais essas pessoas: a pobreza, a fome, a dificuldade de acesso à educação formal, ao serviço de saúde e a força da tradição são questões que, de forma direta ou indireta, facilitam o crescimento da epidemia.

Olhando sob esse ângulo, a questão da feminização do HIV-SIDA não pode ser analisada apenas em termos numéricos; é preciso compreender esses dados em termos relacionais e estruturais da sociedade. Faz-se necessária uma maior aproximação com a realidade de vida dessas mulheres, suas

dificuldades e necessidades; é preciso ouvir o silêncio que cria um bloqueio à voz daquelas que têm muito a dizer sob suas condições de vida. Compreender como se estruturam as relações de poder entre homens e mulheres é um grande passo para entender as reais necessidades e dificuldades de muitas dessas mulheres.

> Na maior parte das sociedades, há uma cultura de silêncio em redor da sexualidade, que dita a norma de que as "boas" mulheres devem ser ignorantes sobre sexo e passivas nas relações sexuais. Isto dificulta que estas se informem sobre como reduzir o risco da infecção. Ou, mesmo quando informadas, dificulta-lhes a tomada de iniciativa para negociar o "sexo seguro". Assim a tendência da "tradicional" norma da virgindade para raparigas não casadas, paradoxalmente, aumenta o risco de infecção das raparigas porque limita as suas habilidades de procurar informar-se sobre a sexualidade, para além do medo de que venham a pensar que "ela já faz sexo". Em função das fortes normas de virgindade e da cultura do silêncio que giram em torno da sexualidade, a visita a serviços de saúde para tratamento de infecções de transmissão sexual – ITS, pode ser altamente estigmatizante para as mulheres, ainda que os serviços oferecidos pelo GATV – Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária sejam mais frequentados por mulheres do que por homens. (SILVA, 2007, p.30).

Estas questões mostram que a feminização do HIV-SIDA está diretamente ligada à estrutura machista e patriarcal que vulnerabiliza e violenta meninas[4] e mulheres ao longo de suas vidas em Moçambique e outros países do mundo. Diante de um modelo societário que não prepara as jovens mulheres para a vida adulta com autonomia e liberdade, torna-se difícil – e, praticamente, impossível − que tais mulheres tenham o poder de negociar com seus parceiros em relações sexuais ou mesmo na vida familiar. A mulher é destituída de qualquer poder sobre o seu corpo e sua família diante da

4 Em Moçambique usa-se o termo raparigas para designar as meninas adolescentes.

figura masculina.

Por outro lado, os homens também estão inseridos neste mesmo jogo de poder, porém de forma favorecida, o que não significa que não sejam atingidos negativamente em muitos momentos. Mas este fato igualmente dificulta a quebra do modelo, pois se torna uma correlação de forças entre aqueles que detêm naturalmente um poder outorgado pela sociedade e aquela que luta para sobreviver com algum grau de dignidade.

Em Moçambique, ao se descobrir soropositiva, a mulher muitas vezes sofre castigos, isolamento social e discriminação, resultantes da subalternidade, da pobreza, da falta de habilidade para negociação do preservativo, dentre outros fatores (Mariano, 2010). Dessa maneira, as mulheres passam a ser duplamente afetadas, primeiramente em seus corpos que sentirão os efeitos da doença e, segundo, em sua dignidade, que carregará o peso da culpa sofrendo com estigmas e discriminação.

Em 2006, o Editorial Outras Vozes, produzido pela WLSA Moçambique, escreveu o seguinte texto em resposta a uma declaração estabelecida equivocadamente por jornais locais entre o aumento da epidemia de SIDA e o vestuário das mulheres:

> Entretanto, apesar das várias iniciativas governamentais, no nível nacional e provincial, o problema de feminização do SIDA e a desigualdade do poder entre os gêneros não são sequer abordados. Mesmo com toda a proclamada preocupação com a expansão desta doença, nenhuma intervenção oficial pôs o dedo na ferida, para desvendar uma das razões da sua propagação descontrolada: a estrutura e os valores patriarcais, que valorizam uma masculinidade agressiva e a submissão feminina. Ao invés, nos últimos meses, os órgãos de comunicação social têm passado insistente a mensagem, vinda

> de vários sectores da sociedade, de que as raparigas e as mulheres contribuem para a rápida expansão da epidemia do Sida, por causa da maneira como se vestem. [...]
>
> Não é a primeira vez e provavelmente nem será a última que, em momentos de crise na sociedade, as pessoas busquem culpados a quem atribuir a responsabilidade, ao mesmo tempo que denunciam a "degradação dos valores morais e culturais". [...] E assim, numa altura em que o SIDA mata e afeta cada vez mais as sociedades em Moçambique, encontram-se as culpadas: as mulheres e raparigas que usam roupas que deixam o corpo à mostra, e que por esta via, provocam os homens e fomentam a prostituição. Desta maneira se assiste à feminização da culpa, depois de já se ter consumado feminização do SIDA. E por tanto, mais uma vez as mulheres passam de vítimas a culpadas dos próprios problemas que as afligem. "(WLSA, 2006 apud Silva, 2007, p.14)

A experiência da negociação sexual com parceiros do sexo masculino geralmente é bem difícil e, muitas vezes, se torna impossível para algumas mulheres. A taxa de uso de métodos contraceptivos modernos é de 15% nas áreas urbanas e de apenas 3% nas zonas rurais (CHIRINDZA, 2013). Por outro lado, alguns fatores como o acesso à informação de qualidade, à educação formal e o empoderamento feminino podem ser aliados na luta das mulheres por uma vida digna, autônoma e saudável.

O diálogo que realizamos com as mulheres abordou as negociações de sexo seguro de uma forma mais geral, suas experiências de negociação sexual e também interrogou se o feminismo influenciava essas negociações. As respostas geradas a partir dessas perguntas disparadoras nos permitiram compreender um pouco do universo de significados e experiências vividos pelas mesmas.

3.1 Negociações sobre sexo seguro

Indagadas sobre as negociações de sexo seguro com parceiros e/ou parceiras sexuais, as mulheres concordam que, via de regra, a negociação não é fácil de ser estabelecida, principalmente em relações conjugais onde as duas pessoas já estabelecem um relacionamento duradouro, seja namoro ou casamento. Falam ainda da dificuldade que a maioria das mulheres encontra no seio de casamentos e namoros nos quais elas não têm voz, ficando muitas vezes reféns dos desejos de seus maridos. Podemos observar na fala de Ana (nome fictício) o que geralmente acontece na maioria das relações que ela conhece,

> O uso do preservativo ainda é uma dificuldade muito grande na sociedade moçambicana, ainda há uma dificuldade muito grande para usar o preservativo nas relações conjugais, principalmente quando já se consideram namorados. O homem é percebido como aquele que pode e tem relações extraconjugais, quando ele tá com a namorada percebe-se como um item de fidelidade não usar preservativo. Então, se ele não usa preservativo é por confiarem um no outro e não há outros relacionamentos extraconjugais. Então, existem muitos estereótipos, muitos mitos que acabam dificultando esse uso. (Ana, 23 anos)

Segundo uma das entrevistadas, nas relações casuais a negociação parece ser algo mais fácil e natural, onde muitas vezes o homem já traz o preservativo com ele, e mesmo quando a mulher precisa chamar a atenção para o uso do mesmo, esta se sente mais segura para tal. É importante pontuar que essas mulheres já assumiram em alguma medida autonomia sobre os seus corpos, o que as possibilita estabelecer relacionamentos pontuais com parceiros e/ou parceiras com base em negociações prévias. Porém este fator da autonomia não as isenta de ouvir piadas e desqualificações sobre suas atitudes, havendo sempre uma tentativa da família ou sociedade de enquadrá-las. Paula (nome

fictício) fala um pouco deste assunto quando se interroga:

> Quando uma mulher diz 'não' numa relação? Não quero sem preservativo. Geralmente é no início; ou é amante ou é amigo, numa relação só por prazer sexual ou numa relação só de uma noite. e então, aí, muitas de nós temos força para dizer 'vamos usar o preservativo'. (Paula, 28 anos)

As palavras de Paula e Ana mostram que quando a relação fica mais séria, quando esta passa para outras esferas da vida pessoal e emocional, parece atingir o cerne da dominação, onde se torna mais difícil dizer não, e a confiança no outro está acima de tudo, inclusive da saúde. É nesse cenário também que a violência simbólica habita e as linhas são muito tênues para se caminhar. A este respeito, lembro-me da tese doutoral de Telma Low (2013), na qual a autora trabalhou o conceito de amor romântico e violência de gênero, cabendo aqui pensar até que ponto o mito do amor romântico, difundido pela sociedade ocidental, vem fomentar desigualdades e violências. A ideia de espera pelo amor verdadeiro e de relacionamento perfeito e eterno, muitas vezes, nos aprisiona dentro de relacionamentos e dentro de nós mesmas, dificultando a visualização de violências e abusos por parte da outra pessoa. Desta forma, o amor romântico que nos paralisa e silencia, muitas vezes, pode nos auxiliar na compreensão de escolhas e posicionamentos dentro de uma relação.

3.2 Experiências de negociações sexuais

A respeito de suas experiências em negociações sexuais sobre sexo seguro, as mulheres relatam algumas dificuldades, que são vistas, principalmente, pelo peso da cultura, não necessariamente por má vontade dos homens com quem se relacionam. A questão da negociação do preservativo parece

vir junto a uma maior autonomia e segurança sobre suas decisões.

> Quando eu era mais nova, meu namorado tinha mais experiência que eu. e então, a questão do preservativo sempre foi da responsabilidade dele. E havia também, na época, muito estereótipo da mulher que é prostituta, é fácil porque vai andar com o preservativo na carteira. E na época eu não questionava muito isso, não tentava contrapor essa ideia, eu deixava que ele trouxesse. Então, nunca houve problema com a negociação. Nós usamos o preservativo no início do relacionamento, depois o preservativo ficou de lado e nós usávamos o coito interrompido. Se algum momento eu exigisse que ele usasse, ele usava. Mas, a maior parte das vezes nós não usávamos. Depois eu fui buscando escolher homens menos machistas ou cada vez menos machistas, então eu não tive problema com o uso. (Ana, 23 anos)

Falando de suas experiências de negociação sexual, algumas mulheres levantaram a questão do preservativo feminino e da dificuldade que encontram no uso deste, por ser menos aceito que o masculino. Em contrapartida, as mulheres relataram sobre o poder que o mesmo confere as jovens mulheres, que ao colocarem o preservativo feminino algumas horas antes do encontro com o parceiro já podem chegar para a relação sexual, protegidas. Algumas delas falam da maior autonomia sobre o corpo que o preservativo pode oferecer. Maria nos relata as estratégias que assume para utilizar o preservativo feminino com parceiros que já sinalizaram para ela que não querem usar o preservativo. Desta forma, ela se prepara com antecedência e, algumas vezes, surpreende seus parceiros já com sua proteção. Vejamos:

> O preservativo feminino nos permite não propor, ele já está lá, ele te confere maior poder, maior autonomia. Muitas vezes, eu sei que eu quero utilizar esse preservativo com alguém, com uma pessoa que já estamos a negociar, ou que eu sei que ele não quer usar. Aí sei que já vou usar, porque ele vai me dar maior poder, maior autonomia, então eu ponho quatro horas antes e já vou. Eu preciso fazer alguns malabarismos. Muitos homens se apercebem depois

> ou mesmo não percebem. Eu tenho que confessar que na maioria das vezes utilizo o masculino, então não tenho tido problemas do uso ou não uso, porque é afirmativo que temos que usar, pois previne não só o SIDA. (Maria, 37 anos)

Ainda sobre o preservativo feminino, outra participante fala da resistência masculina sobre o uso e diz que a questão do preservativo feminino ainda não é colocada como pauta de discussão numa relação, que alguns homens ainda tem muita resistência e preconceito, ficam fixados a sua virilidade e colocam em risco sua saúde.

> O que eu sinto que falta a nós, é eu trazer meu preservativo feminino e ele aceitar sem nenhuma dificuldade, sem dizer que há desculpas porque 'eu não consigo ter ereção, desconfiança de que tu estais a usar aquele preservativo por que vais furar e queres ficar grávida'. [...] Uma vez eu quis usar o preservativo feminino e ele simplesmente muchou. E disse 'não consigo'. Eu expliquei pra ele como usar, como funciona. Mas ele não conseguiu usar. (Paula, 28 anos)

Pensando a realidade de vida das mulheres no contexto do HIV-SIDA e nas implicações que isso traz para sua saúde, uma das mulheres faz uma reflexão sobre a importância das negociações e do uso do preservativo nas suas relações com os parceiros íntimos, e nos diz:

> Tenho reparado que a negociação tem sido a chave, inclusive pra esses envolvimentos, mas há muito trabalho ainda a ser feito porque os homens não compreendem, perguntam 'por quê? Tens uma aparência boa'. E eu digo que não é essa a questão, hoje estamos num contexto de HIV-SIDA, já não temos como negociar isso, a única forma de chegarmos a um entendimento seria irmos juntos fazer um teste, que esse é um desafio que muita gente não se propõe a fazer junto. Então, nesse caso, temos que usar o preservativo. (Maria, 37 anos)

Em contrapartida ao discurso das mulheres sobre a dificuldade de negociação do uso do preservativo nas relações conjugais, e consequente

tendência ao abandono do mesmo nestas relações, as mulheres que têm experiências conjugais, afirmam que usam preservativo sempre que precisam, ambas apontam que não é fácil, mas que é possível.

Joana afirma: "Eu uso preservativo como método de escolha, por questão de saúde, mesmo com o meu companheiro." (Joana, 33 anos) ao passo que Maria explica:

> Quando eu comecei a me aperceber que eu estava numa relação em que provavelmente existiam parceiros múltiplos, eu exigi o uso do preservativo dentro do casamento. Nos últimos anos, eu e meu parceiro usamos preservativo, ele não entendia, mas eu não aceitava sem, porque eu não confiava nele, não sabia por onde ele andava, eu desconfiava muito dele pela forma como ele vivia. Então, já dentro do meu próprio relacionamento eu já utilizava. Obviamente que não é um exercício fácil, dentro foi, pra mim, por que eu dizia pra ele é com isso ou nada. (Maria, 37 anos)

As falas dessas duas mulheres, trazem à discussão o lugar em que o homem também é colocado no imaginário social e nas produções acadêmicas sobre o tema. Temos aqui dois homens, fora os tantos outros que estão envolvidos em relações casuais e que aceitaram o acordo e entraram no consenso. Estes homens, de alguma maneira, rompem com a lógica instaurada, mostrando que podem estar abertos a diálogos e outras possibilidades de relação. A negociação sobre o uso do preservativo, de fato, é muito difícil, sendo dessa forma em diversos contextos e países distintos.

3.3 Como o feminismo tem me auxiliado nas negociações com meus parceiros

Diante do contexto de uma sociedade machista e patriarcal, encontramos mulheres fortes que dedicam suas vidas a quebrar as barreiras impostas

pela cultura, religião ou Estado, se afirmam como pessoas e, sobretudo, como mulheres dignas de direitos. Ao final das entrevistas, as mulheres foram questionadas se/como os princípios feministas as influenciavam nas questões de negociação de sexo seguro. Abaixo seguem três respostas que as mulheres deram a esta pergunta:

> Há quem diga que eu sou feminista demais, alguns parceiros já me disseram isso. Mas eu sou de opinião e digo a todas que são feministas que feminismo não pode ser uma capa, que feminismo não pode ser um guarda-chuva que tu andas só quando chove ou faz sol e quando chega em casa tu deixa lá fora pra secar. Não pode ser um sapato, um acessório que tu tiras. Não, é teu, és tu, tá interiorizado. É claro que na vida tu tens que fazer essa ginástica de compreensão, por que nós não podemos ser radicais no sentido de que todo mundo tem que pensar como eu penso. Tu vais mostrando e trabalhando com as pessoas nesse sentido. Pra mim não tá dissociado da minha vida. Eu tento fazer a articulação com os diferentes espaços, na minha vida sexual, familiar, laboral, de amizade. Eu coloco a minha posição de como é que eu sou. (Paula, 28 anos)

> A questão da autonomia é um dos princípios que mais me influencia nesse processo. Porque se eu sou autônoma, consciente dos meus atos, das consequências e do valor da vida, eu acabo sempre reconhecendo que essa é uma arma na mão de uma mulher feminista, é uma estratégia para um gozo saudável dos seus direitos sem culpas, sem medos, mas afirmando que essa é a melhor solução, a melhor estratégia para a vida sexual. (Maria, 37 anos)

Por fim, Joana relata a influência do feminismo na sua vida e nas suas escolhas, apontando a importância da liberdade e responsabilidade, pontuando que suas escolhas são sempre pautadas nesses dois pilares, para que possa seguir uma vida equilibrada.

> O feminismo influenciou a questão da liberdade de escolha para viver uma vida com prazer, porque eu acho que a liberdade nos coloca a fazer escolhas

> responsáveis porque o princípio de liberdade não nos induz a uma liberdade irresponsável, desregulada, mas a uma liberdade que nos possibilite aprofundar as razões da minha escolha, mas com muita responsabilidade. É o principio de que eu tenho liberdade de escolher e escolher com responsabilidade, a cada método que eu vou escolher, eu tenho que saber quais as implicações desse método na minha saúde, porque acima de tudo as implicações que nós fazemos na vida tem a ver com as escolhas que a gente faz. Muitas vezes, a negociação do preservativo numa relação com um parceiro fixo é difícil, mas é preciso fazer perceber que está em causa a minha saúde e a saúde da relação. Se há uma infecção, uma infecção põe em risco a saúde dos dois, então é importante fazer escolhas saudáveis. Então a liberdade e a autonomia são questões centrais. Nós temos que buscar informações sobre os impactos das nossas ações. É preciso discutir e dialogar. (Joana, 33 anos).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é resultado de um grande processo de desconstruções e reconstruções. Se aproximar da realidade vivida no contexto de um país africano, como no caso de Moçambique foi e tem sido a maior experiência da minha vida. A aproximação com a luta e história das mulheres desse lugar me fez refletir o caminho que nós, mulheres vimos percorrendo em todos os lugares do mundo e, principalmente, o caminho que ainda precisamos percorrer; me mostrou como nossas histórias têm pontos comuns e como nossas realidades se aproximam apesar das diferenças entre os países. Diante disso percebo como o feminismo vem mudando a minha vida e a de milhares de mulheres em vários lugares.

A importância dessa experiência está no diálogo com as mulheres feministas de Moçambique que abriram as portas das suas vidas e das suas histórias nos

possibilitando ver a vida das mulheres moçambicanas de uma forma que não é relatada nos documentos internacionais, nem nos documentários de TV.

Diante do contato com as histórias das mulheres, também me indaguei sobre o que é pra mim, ser mulher? Ser jovem? Ser feminista? Ser negra? Questiono-me sobre a liberdade sexual que conseguimos ter, sobre as negociações que tentamos estabelecer, sobre meu corpo, minha vida, minhas histórias, sobre os nossos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Em que medida conseguimos negociar sobre sexo seguro? Em que medida conseguimos negociar numa relação afetivo-sexual? Em que medida o feminismo tem nos auxiliado nessas questões? E como vivem outras mulheres que nunca tiveram contato com o feminismo? Como os nossos ganhos chegam até elas e influenciam seus posicionamentos e suas vidas? Em que medida, nós mulheres podemos auxiliar umas as outras? Estas são questões que se colocam para pensarmos e repensarmos nossas práticas, afinal, este texto fala um pouco da vida das mulheres em Moçambique, mas poderia ser sobre a realidade da mulher brasileira, pois estas questões estão postas para todas nós. De fato, como o feminismo tem influenciado nossas práticas cotidianas?

Ao longo da história, o feminismo nos permitiu sair da invisibilidade e tornou nossas vozes mais fortes: vozes que ecoam pelos diversos continentes, pelos diversos países, pelas diversas histórias e pelas diversas vidas. As vozes colonizadas na África e na América Latina gritaram e gritam por liberdade, por igualdade, por direitos e, sobretudo, por história. Hoje, vamos cada vez mais produzindo nossa própria história, nossa própria resistência e nossos próprios feminismos, feminismo negro, feminismo pós-colonial, feminismo descolonial, feminismo latino-americano, feminismo africano, feminismo

brasileiro, feminismo moçambicano, feminismos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ximena, CASIMIRO, Isabel. *A identidade do feminismo crítico em Moçambique: situando nossa experiência como mulheres, acadêmicas e activista*. Maputo: Centro de Estudos Africanos, Universidade Eduardo Mondlane, 2008.

CASIMIRO, Isabel M. *Paz na terra, guerra em casa: feminismo e organização de mulheres em Moçambique.* Recife: Editora UFPE, 2014. Volume 1. (Brasil & África).

CELIBERTI, Lilian. *Jovens feministas, feministas jovens. In: PAPA, Fernanda de. SOUZA, Raquel (Org.) Jovens Feministas Presentes*. São Paulo: Ação Educativa, Fundação Friedrich Ebert. Brasília: UNIFEM, 2009. pp. 150-155. Disponível: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/07383.pdf. Acesso em: 13 abr. 2015.

CHIRINDZA, Cenilza. *O impacto da cultura no uso de métodos contraceptivos por mulheres moçambicanas.* In: Revista de Direitos Humanos (Direitos Sexuais, Reprodutivos e HIV/SIDA). nº 2, 3ª Edição. Maputo: Centro de Direitos Humanos, Faculdade de Direito, Universidade Eduardo Mondlane, 2013. pp. 203-247.

INSIDA. *Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o VIH e SIDA em Moçambique. Relatório preliminar sobre a prevalência da infecção por VIH*. Maputo: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de

Saúde, 2009.

JUNQUEIRA, Telma Low S. *Hacia la superación de las desigualdades entre las y los adolescentes: proceso de toma de conciencia.* Espanha: Universidade de Valencia, 2013. Disponível: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/25766/Tesis_Telma_Low.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 abr. 2015.

MARIANO, Esmeralda. *A construção do corpo feminino na compreensão do conceito de gênero*. In: Género e Direitos Humanos em Moçambique. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, 2010. pp. 75-86.

SILVA, T. C.; ANDRADE, X.; OSÓRIO, C.; ARTHUR, M. J. *Representações e práticas da sexualidade e a feminização do SIDA em Moçambique.* Relatório de Pesquisa. Maputo: WLSA, 2007.

SILVA, Carmen. *Feminismo e pensamento pós-colonial.* Recife: SOS CORPO, 2012. Disponivel: <http://www.soscorpo.org.br/images/PDFs_do_blog/Feminismo_e_Pos-Colonialidade_CarmenSilvaSOSCorpo22JULHO12.pdf> Acesso em: 02, abr., 2015.

RIBEIRO, Matilde. *O feminismo em novas rotas e visões*. In: Revista de Estudos Feministas. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/S0104-026X2006000300012/7381> Acesso em: 13 abr. 2015.

UNAIDS. *Global report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2012.* Geneva: UNAIDS, 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en_1.pdf . Acesso em: 13 abr. 2015

NARRATIVAS SOBRE O FEMINISMO DE MULHERES NEGRAS EM RECIFE E AFRICANAS EM MAPUTO: aportes iniciais

Diogivânia Maria da Silva

Rosineide de L. Meira Cordeiro

1. INTRODUÇÃO

Este ensaio objetiva promover reflexões teórico-epistemológicas entre os feminismos africano e racial na interface com narrativas de feministas. Os campos de pesquisa estão situados nas cidades de Maputo e Recife e permitem-nos tensionar diferentes categorias analíticas: gênero, classe, raça e sexualidade. Os dois campos mencionados possuem paridades e assimetrias, sejam de pautas, frentes de luta, ou investimentos em categorias, como raça, que aparece no feminismo negro recifense, mas não se expressa no feminismo moçambicano. Diferentes categorias analíticas e de luta despontam com mais força em cada movimento. Se, por um lado, a bandeira de luta do feminismo negro em Recife se baseia numa pauta antirracista e de gênero, em Moçambique, o foco se situa nas lutas por direitos sexuais e direitos reprodutivos, pelo fim: de casamentos prematuros, compensações materiais pelo casamento, ritos de iniciação sexual e mutilação genital

feminina, tráfico de meninas e/ou mulheres para trabalho escravo em países de fronteira. Os movimentos feministas nesses dois contextos integram não apenas um fazer-se a si mesmo, mas também, um fazer-se coletivo que abriga um palco de lutas e engendramentos ideológicos, políticos, econômicos e sociais. São mulheres a assumir, em suas vidas, uma ética do viver. Confrontam em seus cotidianos o status quo das sociedades em que vivem e apesar das especificidades, suas bandeiras de luta contestam o machismo, sexismo, racismo e a violação dos direitos humanos.

> O que me impressionou foi que ela sentiu pena de mim antes mesmo de ter me visto. Sua posição padrão para comigo, como uma africana, era um tipo de arrogância bem intencionada, piedade. Minha colega de quarto tinha uma única história sobre a África. Uma única história de catástrofe. Nessa única história não havia possibilidade de os africanos serem iguais a ela, de jeito nenhum. Nenhuma possibilidade de sentimentos mais complexos do que piedade. Nenhuma possibilidade de conexão como humanos iguais (Chimamanda Adichie).

A escritora nigeriana Chimamanda Adichie ocupa na literatura mundial um lugar de destaque. Um dos usos que se pode observar nas suas narrativas são as problematizações acerca dos estereótipos ou do perigo de uma história única. Em uma de suas palestras feita ao TEDex (citada na epígrafe desse texto) e em obras como *Hibisco roxo* (2011) e *Americanahh* (2014), desmistifica-se uma série de estigmas, preconceitos e imaginários coletivos sobre o continente africano marcadamente miserável e tribal. Ao mesmo tempo, postula o feminismo como uma importante ferramenta para lidar com as injustiças e desigualdades sociais.

Adichie (2015) emigrou para os Estados Unidos em busca de formação universitária e, ao longo de sua experiência como imigrante, vivenciou

inúmeras situações que apontavam para uma frequente cristalização sobre conceitos que figuravam no imaginário dos americanos sobre o continente africano. Na maioria das vezes, ideias estereotipadas quanto à localização geográfica, alimentação, vestimenta e higiene pessoal. Ou mesmo uma confusão habitual: reconhecer África como continente e não como um país.

Em *O perigo de uma história única e Sejamos todos feministas,* respectivamente, escritos em 1995 e 2014, Chimamanda discorre sobre os riscos e ameaças que estão implicados no pensar a história dos lugares, objetos, pessoas e movimentos de modo unilateral. Suas reflexões objetivam oferecer alternativas e compreensões múltiplas sobre as complexas relações humanas, afetivas e sociais. O modo como o Ocidente enxerga o continente africano ainda é muito semelhante às descrições dos historiadores nas primeiras viagens de exploração por volta do século XV. É construído um imaginário relacionado à incultura, exotificação, pobreza, fome, guerra e a conflitos étnicos.

No entanto, é necessário descongelar esses conceitos e alargar os horizontes acadêmicos, artísticos, estéticos, políticos e éticos sobre esses lugares. Apresentar histórias e acontecimentos que escapem de um congelamento imagético pode ser uma alternativa epistemológica para a produção de conhecimentos, engajados no diálogo com diferentes campos de trabalho e pesquisa.

2. EPISTEMOLOGIAS FEMINISTAS

Na ciência não existe um consenso em torno de uma práxis feminista.

Entretanto, compactuamos os preceitos de situalidade e posicionalidade como parte de um dos consensos epistêmicos para uma prática feminista científica (HARAWAY, 1995; SARDENBERG, 2002). Esses princípios norteadores são comprometidos com um fazer ciência feminista que defende a importância de situar e posicionar objetos e sujeitos do conhecimento.

No cumprimento desse esforço, faremos a seguir a descrição dos campos Recife e Maputo, que compuseram o escopo deste trabalho de pesquisa. Objetivamos promover reflexões entre os feminismos locais atuantes nessas duas cidades que configuram o universo de uma pesquisa em andamento intitulada trajetórias biográficas dos feminismos nas cidades de Maputo e Recife. São cidades capitais localizadas na África subsaariana e nordeste do Brasil, respectivamente.

3. DUAS CIDADES, DUAS HISTÓRIAS: MAPUTO E RECIFE

Maputo e Recife são cidades que, apesar de seus contextos geopolíticos e sociais bastante específicos, guardam similitudes entre si. Ambas não chegam a 1,5 milhão de habitantes e atraem, cada uma a seu modo, pessoas interessadas em possibilidades de trabalho, melhores salários, estudos, além de oferecerem uma vida cultural intensa.

A primeira cidade corresponde à capital de Moçambique, localizada à costa sul do continente africano. A segunda cidade se refere à capital de Pernambuco, localizada no hemisfério sul-americano. Cada uma possui um conjunto histórico de lutas e revoluções. Em Moçambique, figuras históricas

como Samora Machel ainda hoje fazem parte das memórias atuais e foi um dos líderes da luta armada por independência[1], há grandiosas estátuas dele inclinadas numa importante praça da cidade, a chamada Praça da Independência.

Pernambuco abrigou importantes revoluções e lutas pela independência dos governos coloniais. As lutas por liberdade forjaram a formação de importantes frentes de resistência no estado. Figuras como Zumbi e Dandara dos Palmares foram responsáveis pela formação político-social, bem como, a consolidação de um dos maiores quilombos no Brasil.

A presença política das mulheres em cada uma dessas lutas e revoluções foi fundamental para o êxito das independências. Em *Paz na Terra e Guerra em Casa*, Casimiro (2014, p.186) dissertou sobre a forte presença das mulheres na luta armada em Moçambique: "os debates sobre as questões de gênero e sobre a emancipação da mulher foram moldados pela participação da mulher na luta armada, e constituíram um ponto de ruptura em relação às características da luta e ao tipo de sociedade a edificar".

4. DIÁLOGOS REGIONAIS COM O FEMINISMO: O SABER LOCAL E SITUADO

Em *Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*, Donna Haraway (1995) promove uma discussão sobre

1 Moçambique, no ano de 1975, e através de uma luta armada que começou em 1962, expulsou o governo colonial Português e deu início a um período de reestruturação ideológica, política e econômica no país. Samora Machel foi o primeiro presidente eleito.

o fazer ciência a partir de perspectivas parciais, situadas e historicamente localizadas. As estratégias de aproximação e conhecimento se alicerçam em alguns pontos, dentre os quais, negar-se a agir em sistemas globais e universalistas.

> Estou argumentando a favor de políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação nas quais parcialidade e não universalidade é a condição de ser ouvido nas propostas a fazer de conhecimento racional. São propostas a respeito da vida das pessoas; a visão desde um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado (HARAWAY, 1995, p. 30).

Mesmo que este saber ocorra entre comunidades muito diferentes e diferenciadas em termos de poder, as apreensões subjetivas do mundo é dada sempre de modo parcial. O feminismo incorpora uma ciência engajada na interpretação, tradução e mundos parcialmente compartilhados. Desvela-se, "a favor de uma doutrina e de uma prática de objetividade que privilegia a contestação, a desconstrução, as conexões em rede e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento e nas maneiras de ver" (HARAWAY, 1995, p.24). O impulso epistemológico aqui pretendido apresenta interlocuções em diálogos, fragmentos de narrativas, e observações de campo entre os feminismos locais vivenciado na cidade de Maputo, e o feminismo negro de Recife. São mulheres ativistas com pautas de trabalho que permitem visualizar conexões e rupturas; cada uma à sua maneira estabelece frentes de lutas e atuação próprias.

Os movimentos feministas afloram de diferentes maneiras e formas de exercício nas duas cidades. Encontram um lugar de protagonismo nos dois cenários. Em Moçambique, faremos referência ao Fórum Mulher,

organização feminista que contempla mais de 80 organizações da sociedade civil. Em Recife, concentramos nossa observação no movimento feminista negro engajado nas lutas antirracistas, de classe e gênero desde a década de 1970 (WERNECK, 2010; WERNECK, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES PÓS-COLONIAIS

bell hooks[2] (1995), feminista negra estadunidense, intelectual e acadêmica dialoga com perspectivas epistêmicas que advêm do questionamento que ela, como escritora e intelectual negra, experimentou em sua vida pessoal e profissional. No seu ensaio intitulado *Intelectuais Negras*, compõe uma trama conceitual e sustenta hipóteses partindo de registros históricos e sociais (sobretudo as heranças da escravidão), bem como recorre a um viés interseccional de raça, classe e gênero. Esses representam seus aportes principais para pensar o lugar simbólico destinado às mulheres negras: a servidão, caracterizada através de imagens iconográficas baseadas na "mãe preta", "empregada doméstica", "mulata". Esses três ícones apresentam uma inscrição simbólica secular, outras possibilidades fora desses estereótipos são sistematicamente boicotados.

Entre esses estereótipos, o registro simbólico da "mulher selvagem", do corpo disponível sexualmente, é apontado na fala de uma feminista negra em Recife, no qual se diz: "certa vez, um homem me assediou na rua. Ele descrevia em voz alta uma cena sexual explícita e eu era o objeto de suas

2 Glória Atkins é seu nome de nascida. Entretanto, elegeu o primeiro nome das avós materna e paterna para identificar seu nome como ativista, escritora e intelectual. Grafa-se em minúsculo a pedido da autora.

fantasias, e ele não estava só, havia outros homens presentes que apoiavam a sua fala" (Informação verbal)[3] [4].

Apesar de ter alcançado lugares sociais privilegiados na sociedade, ainda se percebe, no relato anterior, que as experiências cotidianas de uma mulher jovem e negra no espaço público ainda são aviltantes. Ela é uma estudante de mestrado em universidade pública, empoderou-se na militância feminista negra e assumiu sua estética natural e sem disfarces: cabelos *black power,* suas vestimentas fazem menção aos seus orixás e uma consciência política atravessada pela formação do feminismo negro . Entretanto, quando está na rua, ainda é nomeada e representada como "um corpo sexual", "os mais de três séculos de escravidão ainda repercute nas mentalidades", conclui.

No contexto de um patriarcado capitalista e de supremacia branca, toda a conjuntura social e política influencia a criação de interditos às mulheres negras. São vetadas as oportunidades de acesso a uma vida com múltiplas possibilidades nas esferas de participação: pública, social, política e intelectual. Com isso, suas potencialidades de atuação são sistematicamente colocadas à prova, com vistas à sua permanência do lugar de subalternização. (hooks, 1995, *apud* WERNECK, 2012).

Para as autoras, hooks (1995) e Cardoso (2014), outros lugares sociais são categoricamente negados, quer se trate da comunidade científica e de prestígio na vida pública, quer seja na militância em determinados movimentos,

3 Optamos pelo uso de nomes fictícios.

4 Entrevista de Mahin. **Entrevista I.** [Julho, 2015].Entrevistadora: Diogivânia da Silva. Recife, 2015. Registrado em diário de campo da pesquisa. Recife, 2015.

mais especialmente o movimento negro, ou mesmo contribuindo com o feminismo acadêmico (norte-americano, africano ou europeu). As formas de constituição desses lugares não contemplavam as mulheres negras que tiveram que criar novos espaços ou subverter os existentes. As militantes nos dois países vivenciam dificuldades semelhantes que repercutem em seus corpos e subjetividades: para uma feminista moçambicana,"é sempre muito questionamento quando uma mulher jovem está num espaço de luta e poder eles têm, um, um, poder.E têm sempre uma desculpa para associar aquela posição que aquela mulher ocupa e desqualificá-la" (Informação verbal)[5].

Este tipo de crítica encontra eco no episódio contado por uma feminista negra de Recife, ocorrido na universidade em ocasião de uma banca final de avaliação de um trabalho dela na pós-graduação: "você fez jus à sua bolsa - disse um dos professores da banca de avaliação. Será que "a gente" precisa sempre provar que é capaz? Na hora eu suspirei fundo. Pense quanta pressão!" (Informação verbal)[6].

As duas narrativas acima oferecem um panorama da vida de mulheres negras engajadas no feminismo. hooks (1995) vai propor um olhar voltado às questões que seriam a frente de luta para as mulheres negras, a negação simbólica e objetiva de participação em diferentes setores e espaços.

As lutas por espaço político e de visibilidade geraram alguns rompimentos no

5 Entrevista de Machel. [Novembro, 2014]. **Entrevista II.** Entrevistadora: Diogivânia da Silva.Maputo, 2014. Registrado em diário de campo da pesquisa. Recife, 2014.

6 Entrevista de Carolina de Jesus. **Entrevista III.** [Março, 2015].Entrevistadora: Diogivânia da Silva. Recife, 2015. Registrado em diário de campo da pesquisa. Recife, 2015.

movimento feminista e em outros movimentos sociais e são o marco para a formação de novas trajetórias sociais, políticas e epistêmicas para mulheres localizadas em diferentes partes do globo. Sobretudo aquelas advindas de países e de condições sociais adversas e com histórico de colonização: a "mulheridade" negra deveria unir-se e se irmanar na luta por reivindicações específicas (HOOKS, 2004, *apud* CARDOSO, 2014).

Endossa perspectiva semelhante a indiana Gayatri Spivak (2010), com a pergunta-provocação de sua obra clássica Pode o *subalterno falar*? A autora levanta questões de mulheres que vivem nos chamados "terceiro mundo", destacando para um aspecto fundamental: mulheres nascida em países colonizados ou com experiências da fronteira.

"O subalterno não pode falar", salienta Spivak (2010, p. 126); quem ocupa os cânones da ciência ou lugares de decisão não são essas mulheres. No jogo da produção de conhecimento, frequentemente, as mulheres são objetos de estudo; raramente, sujeitas do conhecimento. Não houve nenhum interesse, ou valor atribuído à mulher, negra ou de "terceiro mundo", que as incluísse em listas de prioridades globais (SPIVAK, 2010).

Enegrecer o feminismo é o horizonte para as interlocutoras entrevistadas em Recife. Um dos argumentos do movimento feminista negro assenta-se em uma afirmativa de que coube às mulheres negras desenvolver um pensamento próprio, "à luz de saberes, práticas e experiências históricas de resistência aos processos de opressão que as submete, em função de raça, classe, gênero e sexualidade" (CARDOSO, 2012, p. 15).

Para as ativistas moçambicanas, as lutas se centram, entre outras demandas,

na reivindicação por direitos sexuais e direitos reprodutivos. De acordo com entrevista realizada por Lígia Anjos (2014) com a presidente de uma importante organização feminista em Maputo, Graça Samo, o país ocupa uma das maiores taxas de fecundidade no mundo: 6,1 filhos por mulher em fase reprodutiva. Em contrapartida, no ano de 2015, o governo, pressionado pela luta combativa dos setores feminista e de Direitos Humanos, despenalizou o aborto. Atualmente, a interrupção voluntária da gravidez (IVG) até a 12ª semana de gestação pode ser realizada em unidades sanitárias de saúde. Apesar da estrutura de atendimento ainda estar em fase de melhoramentos, a despenalização surge como enorme ganho para as mulheres Moçambicanas (ANJOS, 2014).

Pode-se observar, ainda, aspectos ambivalentes de emancipação e perdas na área de direitos sexuais e reprodutivos. Se, por um lado, a reformulação do Código Penal despenalizou o aborto. Em algumas regiões do país, práticas extintas ou desconhecidas como mutilação genital feminina, purificação sexual de viúvas (*Kupitakufas*) e outros ritos de passagem têm sido atualizados em alguns contextos − ora na sua reconfiguração, ora em sua compensação simbólica. Alguns desses rituais podem envolver extremo sofrimento físico e psíquico. (OSÓRIO; MACUÁCUA, 2013).

A sexualidade das meninas e jovens[7] em algumas regiões do país se voltam ao desenvolvimento de alguns rituais (manejos e técnicas) do corpo das jovens. Tais práticas visam coesão comunitária e cultural e, aprendizagens

7 Jovens rurais e urbanas passam por esses rituais de maneira diferente. Conforme Osório & Macuácua (2013), nas zonas rurais os ritos de iniciação se cumprem com maior vigor em função das coesões identitárias e culturais. Além de acharem que os fatores de modernidade têm uma entrada mais limitada nessas áreas.

voltadas a dar prazer ao futuro marido, a exemplo das matunas[8], ou do sexo seco[9]. A presença de ativistas e núcleos de pesquisa conferem um importante vetor de luta e agenciamento de sexualidades mais livres e com Direitos mantidos independente dos aspectos culturais que os cercam e os mantém em determinados contextos.

Entre os dois movimentos estudados, militantes tanto em Maputo quanto no Recife, o investimento nas práticas coletivas passam pela articulação para a luta feminista vista como algo que abrange e agrega diferentes organizações mistas e movimentos sociais: "o feminismo tem reforçado nossa capacidade de mobilização social, nós crescemos bastante na relação conosco e na mobilização de outras mulheres.para a luta" (Informação verbal)[10]. É possível encontrar ressonâncias a partir da fala de uma feminista negra em Recife, a qual pontua: "pouca gente ainda conhece o feminismo negro e nós temos investido nele, com dificuldades, buscamos teóricas sobre o assunto, livros, artigos, etc" (Informação verbal)[11].

Nas narrativas recifenses os espaços coletivos de luta são possibilidades de catalisar e compartilhar emoções, das mais densas e tristes às conquistas e alegrias, um lugar para partilhas, pertenças e dores comuns. Em nosso diário do campo de Recife observamos que elas, as feministas negras criavam esses espaços como um lugar para articulação diferentes frentes de

8 Alongamento dos grandes lábios vaginais.

9 Prática em que homens exigem o uso de produtos para ressecar a vagina.

10 Entrevista de Kilomba **Entrevista IV.** [Novembro, 2014].Entrevistadora: Diogivânia da Silva. Maputo, 2014. Registrado em diário de campo da pesquisa. Maputo,2014.

11 Entrevista de Aqualtune **Entrevista V.** [Julho, 2015].Entrevistadora: Diogivânia da Silva. Recife, 2015. Registrado em diário de campo da pesquisa. Recife,2015.

reflexão: a questão machista, racista, de aniquilação subjetiva. Um elemento a mais saltava em suas contribuições: o problema do olhar heteronormativo. A resistência e a aniquilação em não ver-se representada positivamente nos vídeos, novelas, telejornais e demais espaços.

Pode-se perceber que um dos usos feitos nesses encontros com o coletivo reverberam num agenciamento identitário que passam também pela materialidade e circulação dos corpos nos espaços: cabelo, roupas e adereços, assumem características de afirmação política e negra. Recupera-se ainda, memórias ancestrais e pertencimentos da diáspora Africana. No caso de feministas no Recife, as reflexões desenvolvidas visavam, entre outras demandas, o questionamento do acúmulo de estigmatizações, "a mãe boa", "a mulata gostosa" e a "empregada doméstica", estereótipos aos quais mulheres negras estiveram e estão ainda expostas desde o período colonial (GONZALEZ, 1983).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modos de ser feminista e militante na cidade de Maputo e Recife, contemplam diferentes frentes de enfrentamento às desigualdades de gênero, raça e sexualidades. Integram não apenas um fazer-se a si mesmo, mas também um fazer-se coletivo que abriga um palco de lutas e reivindicações. São mulheres a assumir, em suas vidas, uma *ética do viver.* Confrontam cotidianamente o *status* quo das sociedades em que vivem. Suas bandeiras de luta contestam o machismo, sexismo, racismo e violação dos direitos humanos. A partir de seus corpos, lutas, organizações sociais e

políticas ensejam modos de existência mais libertários e dignos. Assumem na própria existência, um princípio do "conhece-te a ti mesmo de forma a transformar-te em outro" (FOUCAULT, 1997, p. 300).

Forjam em suas vidas uma ética da diferença, os dois movimentos aqui apresentados, vinculam-se a um conjunto de princípios que tem papel transformador no âmbito das constituições individual e coletiva. Recife e Maputo, apesar de suas diferenças geopolíticas, conectam-se em alguns pontos: lutas pelo fim da violência sexista, saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos, aparecem como elementos de pauta em ambos movimentos.

Contudo, Recife acrescenta à sua agenda questões antirracistas como o mais importante vetor de luta. O racismo é estruturante nas sociedades multirraciais e multiculturais tal como Recife , exige portanto, dessas feministas, enegrecer cada vez mais o discurso e pauta feminista.

Os dois movimentos apresentam facetas e modos de subjetivação com paridades e assimetrias em suas sociedades. Tanto as feministas de Maputo quanto aquelas de Recife, questionam cada uma a seu modo, discursos hegemônicos presentes em suas sociedades patriarcais, capitalista e racista. Percebe-se através desse exercício militante uma transfiguração política e social em suas próprias existências e nos coletivos em que operam. Esse trabalho realizou esforços em apresentar algumas versões das realidades construídas com e por essas mulheres.

REFERÊNCIAS

ANJO, Lígia. *Novo Código Penal moçambicano legaliza o aborto.* In: Jornal As vozes do mundo. Disponível em: http://www.portugues.rfi.fr/africa/20141219-novo-codigo-penal-mocambicano-legaliza-o-aborto. Acesso em: 20, set., 2015.

CARDOSO, Claudia Pons. *Outras falas*: feminismos na perspectiva de mulheres negras brasileiras. 2012. 383 folhas Tese. (Doutorado em estudos interdisciplinares sobre mulheres, gênero e feminismo) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia . Salvador, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7297/1/Outrasfalas.pdf . Acesso em: 5, mai., 2014.

CHIMAMANDA, Adichie. *Sejamos todos feministas.* São Paulo: Companhia das letras, 2015..

_____. *Hibisco roxo.* São Paulo: Companhia das letras, 2011.

_____. *Americanah*. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: SILVA, Luís Antonio et alii. *Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos*. Brasília: ANPOCS, Cap. 3, 1983.p.223-244. (Ciências Sociais Hoje, 2)

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu,* São Paulo, v.5, p. 07-41, 1995.

HOOKS , BELL. Mujeres negras: dar forma a teoria feminista. In: hooks, bell et. al.; (Org.). *Otras inapropiables* – feminismos desde las fronteiras. Madri:

Traficante de Sueños, 2004, p. 33-50.

_____. Intelectuais negras. *Estudos feministas*, v. 3, n.2. Florianópolis,: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005, p. 464-478

_____. Vivendo de amor. Tradução Maisa Mendonça. In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn (Org.). *O Livro da saúde das mulheres negras:* nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas, Criola, Global Exchange, 2006, p.1-12.

OSÓRIO, Conceição; MACUÁCUA, E. *Os ritos de iniciação no contexto actual*: ajustamentos, rupturas e confrontos. Construindo a igualdade de gênero. Maputo: Ciendima, 2013. 438 p.

KARAKOLA, Eskarela. Prefácio. In: , hooks, bell et al. (Orgs). *Otras inapropiables* – feminismos desde las fronteiras. Madri: Traficante de Sueños, 2004. , p.13-32.

PINTO, Céli Regina. *Uma História do Feminismo no Brasil.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. 119 p.

_____. Feminismo, história e poder. *Revista Sociologia Política,* v.18, n.36, 2010, p. 15-23.

RODRIGUES Cristiano; PRADO Marco Aurélio. Movimento de mulheres negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulação com o estado brasileiro. *Revista Psicologia e Sociedade*.) V. 22, n.3, p. 445-456, 2010.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? In: COSTA, Ana Alice Alcântara; SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar (Org.). *Feminismo, ciência e tecnologia.* Salvador: REDOR/

NEIM-FFCH/UFBA, 2002, p. 89-120.

WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe: movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e racismo. *Revista da ABPN*, v. 1, n. 1 (1), 2010. p. 8-17.

_____. Mulheres negras na primeira pessoa. In: WERNECK, Jurema; IRACI, Nilza; CRUZ, Simone. *Mulheres negras na primeira*. Porto Alegre: Redes editora, 2012, p. 9-13.

SPIVAK, Gayatri. *Pode o subalterno falar?* 1ª ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010. 133 p.

PARTE IV

REPORTAGEM

SOB O CÉU DE MOÇAMBIQUE: AS MULHERES E HOMENS QUE VIVEM E COMBATEM A EPIDEMIA DE SIDA

Débora Souza de Britto

Como parte do projeto de pesquisa *HIV e Aids no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação*, realizei intercâmbio na Universidade Eduardo Mondlane (UEM), na modalidade "mobilidade internacional", com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), onde estudei as estratégias de comunicação das políticas públicas de Estado destinadas ao combate à epidemia crescente do HIV e SIDA[1] – em Moçambique. Durante quatro meses, pude viver em Maputo, a capital moçambicana, onde tive a oportunidade de conviver e dar um primeiro passo para compreender, a partir das observações e vivências nos campos acadêmico e social, as dinâmicas, o modo de pensar e representar o mundo naquela cidade.

Para além do meu corpora acadêmico – as leis, os tratados internacionais, os planos de comunicação, reuniões e entrevistas – que me daria os elementos de análise para compreender as estratégias de comunicação das políticas

1 HIV/SIDA – em Moçambique, utiliza-se a sigla em português, diferentemente do Brasil, onde utilizamos a versão inglesa: HIV/AIDS. Neste artigo, utilizaremos o termo como é usual no país africano.

públicas de enfrentamento ao HIV/SIDA, senti ainda cedo a necessidade de conhecer as pessoas seropositivas[2], para quem são formuladas centenas de páginas de relatórios, diagnósticos e receituários que lhes ditam como lidar com suas vidas, sexualidades, e sua relação com o meio social e cultural em que nasceram e foram criadas.

Durante os meses em que vivi, estudei e pesquisei em Moçambique, aos poucos me familiarizei com termos que, ainda que não explícitos em alguns círculos, estão presentes por toda a parte e orbitam o dia a dia das pessoas comuns, dos pesquisadores e meu também. Escrevi em um pedaço de papel que afixei ao lado do teclado do computador: sexualidade, capitalismo, patriarcado, machismo, racismo, cultura. Tornou-se um lembrete diário para que eu não ignorasse a complexa teia que compõe meu objeto de estudo. Para o meu leitor, podem ser pistas para que vejam Moçambique além do meu próprio texto.

1. A CANÇÃO DE JUDITH

Conheci a história e a fama da fundadora da ONG Associação Hixikanwe antes de conhecê-la de fato. A mulher que passou a receber seropositivos em sua casa, alimentando-os, dando banho e amenizando a dor daqueles que estavam em seus últimos dias devido ao avanço da SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida – provocado pelo vírus do HIV. A perda de uma neta, uma irmã e uma filha para a doença que ela sequer conhecia a despertou para a

2 "Seropositividade", com "e", é o equivalente moçambicano à "soropositividade": denominação para o indivíduo que possui o vírus do HIV. Neste trabalho, utilizaremos a versão moçambicana do termo.

existência da epidemia que avança sem descanso em Moçambique.

A Associação Hixikanwe, como diz a faixa estendida em frente à sede da ONG, é formada por voluntários, principalmente por mulheres e alguns homens, e atua em alguns bairros periféricos ajudando seropositivos em sua maioria sem fonte de renda, teto ou família próxima.

Judith de Jesus é uma moçambicana com idade por volta dos 50 anos, de rosto redondo, com expressões suaves e um sorriso aberto e carismático. Tem o corpo forte, uma característica desejável em Moçambique, uma vez que sinaliza que tem uma vida mais confortável em termos materiais do que, por exemplo, os seropositivos que ajuda há quase duas décadas. Ela tem uma energia que reúne, anima e estimula quem está ao seu redor.

Atualmente, a Hixikanwe tem mais de duas dúzias de ativistas voluntários que, como ela, vão de casa em casa encontrar os seropositivos que não têm mais condições de sair às ruas ou que, por algum motivo, estejam sem acesso a medicamentos e assistência. Nesta "busca ativa", os ativistas orientam-nos sobre como acessar tratamentos, estimulam que os portadores do vírus procurem ajuda médica e participem das redes de apoio que a associação articula. Os voluntários, todos moçambicanos, não recebem qualquer auxílio financeiro pelo trabalho. Também não há funcionários. É uma ONG parcialmente estruturada, que ainda hoje enfrenta problemas estruturais, como a falta de uma sede própria com local adequado para reuniões, e meios para receber, armazenar e distribuir doações.

Judith aprendeu na prática a arte do convencimento. Devido ao trabalho na

Hixikanwe, participa de programas de televisão moçambicanos e concede entrevistas a equipes de reportagens estrangeiras. Nas aparições públicas, fala com desenvoltura e emoção sobre o trabalho que desenvolve e as dificuldades que enfrenta.

Faz questão de apontar os problemas com os quais convivem os seropositivos das periferias no acesso aos TARV – medicamentos que compõem o coquetel para controle do HIV –, bem como a dificuldade e a falta de preparo no atendimento nos centros de saúde. Para a ONG, a principal dificuldade, atualmente, é a falta de estrutura, recursos e a dificuldade de obter condições dignas para realizar o trabalho. Ela reclama que, entre os voluntários e ela própria, não há ninguém com conhecimento para elaborar projetos para receber recursos de instituições internacionais – principal fonte de financiamento de organizações moçambicanas, uma vez que o Estado não dispõe de recursos para financiar ações de seu interesse.

A repercussão do trabalho iniciado por Judith e de suas críticas às políticas do governo moçambicano já motivou uma visita da primeira-dama do país à sede improvisada da ONG, no bairro 25 de Junho, na periferia da capital. Ela relembra o episódio com um tom cético, afirmando que o ato teve um caráter publicitário. “Não teve consequências práticas”, comenta em tom de crítica[3].

Às terças-feiras, nos encontros coletivos realizados pela Hixikanwe, Judith é quem puxa e conduz as canções. A música, sempre presente em todas as

3 Entrevista concedida por JESUS, Judith de. **Entrevista I**. [junho]. Entrevistadora: Débora Britto. Maputo, 2014. Um arquivo .mp3 (tempo: 29 min.).

atividades da Hixikanwe, serve tanto para curar as dores como para unir as mulheres e homens nas reuniões. Aos poucos, ativistas, mulheres e homens presentes se unem na cantoria. Alguém toma a frente no centro da grande roda e outros se juntam à dança libertadora. Nos minutos que se seguem, mamás[4] requebram o corpo, brincam umas com as outras; idosas levantam-se das esteiras com dificuldade para provar que ainda estão vivas e sorriem como se não houvesse motivo para infelicidade sob o sol forte acima de suas cabeças.

Chamada de Mamá pelos ativistas que trabalham na ONG e pelos seropositivos que atendem, Judith assume o papel de líder e de mãe de jovens e idosos. Nas reuniões semanais em que se praticam cerimônias chamadas de "cura coletiva", ela conduz os ritos, toma a frente da lavagem dos pés com ervas medicinais que teriam propriedades para amenizar dores, inchaços e sintomas característicos de quem já desenvolveu a SIDA. Antes, durante e depois das atividades as mulheres, homens e crianças cantam.

De tempo em tempo, a associação realiza casamentos informais e noivados entre seropositivos que se conheceram no trabalho desenvolvido pela ONG. Com Judith a frente, certa vez acompanhei uma celebração de noivado coletivo e, não fosse a certeza de que ali acontecia apenas a confirmação da intenção de casar oficialmente, poderia ser confundida com uma própria festa de casamento.

A alegria contagia a todos que, de pé, ficavam em círculo em volta dos noivos

4 Mamás é como são chamadas em Moçambique as mulheres com idade aparente para reprodução. Geralmente, é usado como um termo afetuoso e exprime respeito.

que dançavam e, por sua vez, incentivavam novos casais a entrarem na roda e assumir compromisso. Alguns tímidos, outros bem extrovertidos, tomavam a vez e faziam todos, um a cada vez, um passo para a "plateia", que logo assumia o centro da roda.

Assim como momentos felizes, os encontros também acolhem as perdas de cada mulher e homem presente, reforçando o companheirismo e a união do grupo. No dia em que acompanhei o noivado, uma mamá recebeu a notícia de que seu filho havia sido assassinado. É Judith quem conduz o momento de reza e luto, e todas as mulheres saudaram, uma a uma, a mãe desconsolada.

No mesmo dia, outra mamá, jovem e seropositiva, levou seu bebê recém-nascido para comemorar que, graças ao tratamento com o TARV, ele havia nascido livre do vírus. Novamente, a emoção e alegria são compartilhadas por todos. O bebê é erguido por Judith no centro do grande círculo e saudado como um grande milagre. Ou, ainda, uma grande conquista, em parte, fruto do trabalho feito pela Hixikanwe.

Hixikanwe é palavra que em changana (uma das mais de 20 línguas oficiais tradicionais de Moçambique[5]) que significa "estamos juntos". Como sugere o nome da ONG, estar junto é ato contínuo naquele espaço de compreensão e apoio criado por Judith. Os ativistas voluntários da ONG falam dela com reverência e orgulho. Segundo Amélia, coordenadora dos ativistas, a "mãe" aprendeu um jeito único de lidar com o sofrimento que o HIV/SIDA traz para

5 O número de línguas tradicionais costuma variar entre 18 a 23, além das inúmeras variações. As línguas tradicionais são reconhecidas pelo governo moçambicano e são faladas em todo o território, inclusive nas cidades e grandes centros urbanos.

os seropositivos e suas famílias.

“Quando criei a Associação eu fui aprendendo com elas [as mulheres que atendia] mesmo. Então das várias vezes que elas davam testemunho eu também chorava. Um dia, a Eunice estava a dar um testemunho ela começou a chorar e eu pedi ao grupo que cantasse. Todas elas choram. Quando chega aquele momento em que a pessoa começa a se emocionar quando conta sua história, nós começamos a cantar e dançamos. Deixamos que ela desabafe. Esse choro não prolonga, quando nós cantamos ela também deixa de chorar e canta com a gente. Digo que a vida não é só aquela tristeza que ela está vivendo. Quando as pessoas estão em casa elas a acerto momento acham que é só elas que sofrem. Ali no grupo, quando contam suas histórias, aquilo cativa umas às outras”, Judith conta com orgulho.

Como coordenadora de atividades, mobilizadora política, relações públicas, conselheira e liderança, Judith é inspiração para milhares de mulheres e homens. Tudo ao mesmo tempo. Tempo esse que virou artigo de luxo em sua vida.

2. A ESTRADA E A MISSÃO

Nascida em Maputo, capital de Moçambique, Judith de Jesus cresceu no chamado “Bairro dos Pobres”, uma comunidade com construções da Igreja Católica que abrigavam pessoas que viviam nas ruas. Filha de mulher que casou com 12 anos e teve 15 filhos, ainda criança viu a mãe pedir esmola para sustentar a família.

Aos sete anos, foi viver na província de seu pai, que justificou a mudança para que os filhos aprendessem a falar sua língua. Distante da cidade, a vida tornou-se mais árida. Para conseguir estudar, Judith precisava caminhar de oito a 10 quilômetros. A comida era escassa. Ela classifica a vida no campo como sofrível. Lá, ainda conseguiu terminar o ensino primário. Após essa fase, voltou para a cidade, para morar com um irmão com quem teve uma relação difícil.

Aos 16 anos, engravidou de um homem que mal conhecia. Para Judith, isso aconteceu porque ela não tinha quem a aconselhasse. Logo depois, uma segunda gravidez a fez voltar para a mãe, na província. Quando retornou para a cidade, se casou e arranjou um trabalho, retomando sua vida.

Quando sua primeira filha estava crescida, enviou-a à África do Sul para viver com uma irmã que tinha melhores condições de vida. Após a mudança da filha, uma série de episódios trágicos a levou a ouvir falar pela primeira vez no vírus HIV.

“Foi levá-la para a África do Sul, as coisas aqui começaram a se estragar. Lá, não sei como é que começou, ela ficou grávida. Ela ainda vem para cá, eu vi o bebê, só que quando eu vi o bebê, eu só ouvia falar em HIV. Mas o HIV, em nenhum momento, ele havia batido em minha porta. Eu vi a minha neta com umas feridinhas, doente, mas eu pensei que era uma doença qualquer”, relembra.

Ela conta que em Moçambique é comum as crianças terem doenças que se curam facilmente com ervas. Naquele momento, não imaginava que a neta

poderia portar o vírus do HIV. Quando sua filha retornou à África do Sul com a neta, a notícia do falecimento da pequena não demorou. A esta perda se seguem outras, que a colocaram de vez frente a frente com o HIV/SIDA.

A perda de peso e manchas pelo corpo foram sinais de que algo também está errado com a irmã que vivia na África do Sul com a filha. Depois do diagnosticada com o HIV, sua irmã voltou a Moçambique, onde é foi duplamente para o SIDA e tuberculose, mas faleceu em seguida.

No funeral da irmã, Judith recebeu novamente sua filha, que dessa vez tem dificuldades para andar. “Quando ela volta, no dia em que ela chega da África do Sul, algumas pessoas já sabiam que ela estava contaminada. Mas eu não sabia”, diz, e lembra que, em meio aos burburinhos, uma amiga a aconselha a retirar a filha do funeral, pois ali já comentavam que a ela seria seropositiva.

“Ela disse ‘Tu vais conseguir calar com isso?’, eu disse ‘Sim’. Ela disse ‘Dizem que tua filha é seropositiva’. Fiquei assustada. Soube nesse dia. Disse a ela que fosse para minha casa e eu continuei rezando o funeral. Depois disso eu mandei ela e o marido fazerem o teste. O dela deu positivo e o dele também. Mas ele não aceitou porque até aquele momento estava bem estruturado”, conta Judith, que ainda não conhecia a dimensão do que era ter o vírus do HIV.

Com a relutância do genro em aceitar o diagnóstico, ele e a filha voltaram para a África do Sul, mudaram de endereço, cortaram contato com Judith e abandonaram o tratamento iniciado em Moçambique. Passam dois anos até que ela tenha notícias da filha novamente. Através de um parente, conseguiu o telefone de uma pessoa que vive com a filha.

“Liguei para essa pessoa e perguntei pela minha filha e ela disse que não sabia onde estava minha filha. Essa época minha filha já estava muito mal. Já há dois ou três meses que ela não se levantava. Então eu comecei a ameaçar a pessoa e dizer que estava a falar ao telefone e a polícia sul-africana vai pegar [sic]. Mas era aquilo de amedrontar. Então, como ela não tinha conhecimento ela disse ‘não chama a polícia, eu vou trazer sua filha para ti’. Então ela realmente trouxe a minha filha. Eu só consegui tirar a minha filha do carro, dei-lhe banho e levei para o hospital”, diz.

Já em Moçambique, a filha não aceitou retomar o tratamento por medo do que viu acontecer a uma jovem sul-africana, que foi trancada na garagem pela família com apenas um balde para fazer as necessidades fisiológicas e recebia comida e água por debaixo da porta até que a doença finalmente encerrou sua vida. “Então, ela preferia morrer porque não queria passar por aquele problema que viu”, conta Judith.

Algum tempo depois, sua filha também se foi em decorrência do HIV/SIDA. As perdas da filha, da neta e da irmã determinaram o envolvimento de Judith de uma vez por todas na luta por melhores condições de vida para os seropositivos moçambicanos. Superando as dores, de lá para cá seus dias são dedicados à jornada que, para ela, é uma missão que foi dada por Deus. “Eu fico feliz principalmente porque as pessoas que estão na associação já estão na mesma levada. Eu estando ou não, as ativistas fazem um trabalho até muito melhor de aconselhamento, de condução”, comemora.

Na nossa despedida, depois de terminar a última entrevista com Judith, pergunto sobre uma oração em forma de canção que ouvi diversas vezes em

que estive na Hixikanwe. Por ser em changana[6] eu nunca soube o que dizia. A sonoridade da música lenta e suave sempre me pareceu uma canção de ninar, reconfortante e acolhedora. Toco a gravação que fiz da canção durante um encontro, para Judith. Ela sorri e, aos poucos, traduz o que significam as palavras: pedem a Deus por proteção e dizem que tudo ficará bem, que as coisas irão melhorar. Encerrada a música, as mulheres saúdam umas às outras com um "Hixikanwe!" e garantem que estão juntas.

3. "SIDA É UM BUSINESS"[7]

Com uma população de 20.366.795 milhões de habitantes[8], Moçambique tem aproximadamente 1.6 milhões de pessoas vivendo com o HIV. No entanto, números e estatísticas não são sequer confiáveis para falar do real alcance do vírus entre os moçambicanos. O sistema de registro de cidadãos é reconhecidamente precário, inclusive, pelo Ministério da Justiça[9] e pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE), e estima-se que um terço da população[10] – ou quase sete milhões de pessoas – não tenha qualquer registro, seja de nascimento, casamento ou óbito. São invisíveis aos olhos do

6 Changana: língua local, falada principalmente na região Sul de Moçambique, especialmente na província de Maputo.

7 Frase retirada do depoimento da antropóloga húngara Sophie Kothanyi sobre sua experiência de estudo do HIV/Sida em Moçambique em entrevista via Skype concedida por KHOTANY, Sophie. **Entrevista II**. [maio]. Entrevistadora: Débora Britto. Maputo, 2014.

8 Informações disponíveis no portal do Governo de Moçambique. Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/ >. Acesso em: 17, 03, 2015.

9 Disponível em: < http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/primeiro-plano/6201-plano-operacional-do-registo-civil-e-estatisticas-vitais-o-meio-que-pode-aliviar>. Acesso em 17, março, 2015.

10 Disponível em: < http://www.voaportugues.com/content/mocambique-um-terco-dos-habitantes/1735800.html>. Acesso em 17, março, 2015.

Estado e das políticas públicas.

Ao levar essa constatação para o contexto da epidemia do HIV/SIDA, o cenário é ainda pior. Milhares de mortes em decorrência do HIV/SIDA não são registradas devido ao deficiente – e em algumas áreas quase inexistente – sistema de registro civil. De acordo com ativistas de organizações da sociedade civil moçambicana, existem moçambicanos que sequer visitaram um posto de saúde na vida, e que, portanto, não têm uma ficha médica. Muitos morrem sem saber que têm o vírus do HIV.

Além disso, entre os que conhecem seus diagnósticos positivos para o HIV, há quem ignore e veja a doença como uma maldição, escolhendo se tratar com curandeiros que, por sua vez, não têm a prática de avisar às autoridades o motivo do óbito. Essas pessoas e sua condição seropositiva não entram nas estatísticas. Não é possível saber se e para quantas pessoas elas podem ter transmitido o vírus. Os números oficiais, que contabilizam cerca de 1.6 milhões de seropositivos e já impressionam, passam a assustar ante a perspectiva desconhecida do real número de portadores do vírus.

Ninguém morre de SIDA, explicam médicos e informam as publicidades, mas sim de doenças oportunistas. O que mata é a fraqueza devido à fome e à má alimentação. Mata a falta de atendimento nos poucos e débeis postos de saúde e hospitais, e mata, principalmente, a falta de informação e a informação preguiçosa – aquela que pouco leva em consideração o modo como o público-alvo vê e entende o mundo e a epidemia que os persegue.

Em Moçambique, todo dia morre-se apenas pelo fato de ser seropositivo –

associado a muitos e diversos motivos – que todo dia parece fazer sentido o quanto aquela gente sorri e celebra a vida sem um motivo aparente.

4. SIDA, CIFRAS E PLANOS ESTRATÉGICOS

Os dados do último *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informações sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA)*, realizado em 2009, indicavam que a prevalência do HIV entre moçambicanos adultos de 15 a 49 anos era de 11.5% da população. As mulheres representam 13.1% desse total e os homens, 9.2%. Crianças menores de 15 anos somavam 9.2% do total. O estudo ainda apontava, naquele ano, a feminização da epidemia, ou seja, o crescimento da contaminação entre mulheres moçambicanas, que representavam 55,5% do total de seropositivos no país.

Quando passamos das estatísticas às políticas públicas que se destinam ao enfrentamento da epidemia entramos num terreno delicado, por vezes contraditório e quase sempre polêmico. Como exemplo, observamos o histórico das políticas e estratégias adotadas pelo governo moçambicano ao longo dos últimos dez anos: entre seguir indiscriminadamente o receituário internacional (em um primeiro momento) e pensar as políticas a partir da realidade do país (atualidade), ainda predominam iniciativas que reproduzem a "política ABC"[11] (Abstinência antes do casamento, fidelidade monogâmica e uso do condom quando necessário). Com caráter conservador, heterossexual e sexista, portanto, essa política:

11 Do inglês: Abstinence-only, Be Faithful, Condom use (ABC).

> não faz avançar temas como a orientação sexual, contraceptivos, práticas sexuais seguras. A proposta, implementada em muitos países africanos e na América Latina, não aborda a redução de danos para usuários de drogas, nem ações para profissionais do sexo. O foco é heterossexual, com sexo no casamento e virgindade como valor pré-nupcial (SUSSER, 2009 apud ROCHA, 2011, p. 85).

O fato é que as compreensões de que estratégias efetivamente surtem efeito são inúmeras e muitas delas estão ligadas a interesses mercantis que pouco têm a ver com o bem-estar das pessoas seropositivas e aqueles que estão vulneráveis ao vírus.

Em uma análise preliminar, é possível identificar dois tipos de intervenções no campo do combate à epidemia do HIV/SIDA no país: o assistencialismo de ações humanitárias internacionais e a ação governamental, que não consegue responder e controlar o crescimento da epidemia. No entanto, os múltiplos e diversos interesses que fazem parte da dinâmica de combate ao HIV/SIDA – seja no governo, nas instituições internacionais e nas organizações da sociedade civil moçambicana – se revelaram mais complexos e com variáveis sinuosas.

A epidemia do HIV/SIDA não é, absolutamente, um problema apenas de saúde pública. Sua expansão está ligada às políticas e interesses econômicos de Moçambique e de outros Estados que, direta ou indiretamente, atuam no país. Se para Estados e empresas o HIV/SIDA pode gerar cifras milionárias, para Moçambique combater a endemia significa garantir o "capital humano" necessário para a concretização dos planos de desenvolvimento do país. Esta é uma ideia que encontra respaldo no meio acadêmico moçambicano[12] e no

12 Disponível em: < http://bit.ly/1UfrFv4 >. Acesso em 18, mar., 2015.

governo, a exemplo do discurso do ex-presidente Armando Guebuza em 1 de dezembro de 2012[13].

De acordo com estatísticas da UNAIDS[14] para 2013, cerca de 82.000 moçambicanos e moçambicanas morreram em decorrência do HIV/SIDA. As milhares de mortes são, em suma, a perda do "capital humano", ou seja, a perda de moçambicanos e moçambicanas com idade e saúde para trabalhar, pagar impostos e fazer "girar" a estrutura que dá suporte ao desenvolvimento em curso no país. Na lógica do Governo de Moçambique, menos pessoas vivas e saudáveis significa menos desenvolvimento.

Como aponta Manuel, o HIV/SIDA se torna um problema de saúde e também um "peso socioeconómico" (2011, p.334,). A apropriação mercantil em torno do HIV não é privilégio de Moçambique, mas está interligada a uma dinâmica global que foi identificada ainda na década de 90 por Parker (2000 *apud* MANUEL, 2011) como uma "indústria com valores económicos, simbólicos e políticos elevados que conseguiam envolver e mobilizar diversos interesses".

Basicamente, existem dois campos que, na prática, muitas vezes aparecem em lados de interesse opostos. No grande universo das estratégias para combate à disseminação do HIV, pode-se dar prioridade ao tratamento ou à prevenção. No primeiro campo, falamos em tratamento medicamentoso com o uso de antirretrovirais, usualmente chamados de coquetéis ou TARV[15] que permitem certo controle do vírus para retardar o desenvolvimento da

13 Disponível em: < http://bit.ly/1U1ogzA > Acesso em 18, mar., 2015.

14 Deaths due to AIDS: 82,000 [70,000 – 98,000]. Disponível em: <www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>. Acesso em 16, dez., 2014.

15 TARV: Terapia antirretroviral.

SIDA e garantir uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Ao falar de prevenção, em um plano ideal, o foco de ações se daria em programas de conscientização de populações através da garantia e da efetivação de direitos, a exemplo do direito à saúde, à moradia adequada e à educação. Pode-se dizer que são ações que priorizam transformações estruturais no lugar de respostas rápidas baseadas em números e estatísticas. No entanto, no caso moçambicano, as ações no campo da prevenção estão centradas na política ABC, com destaque e prioridade para o uso do preservativo (condom) masculino. Além disso, as iniciativas estão restritas a grandes centros urbanos e voltadas para a discussão tímida sobre as práticas tradicionais consideradas "vetores de transmissão", caso dos ritos de iniciação, da kutchinga (purificação da viúva) entre outros.

Se observadas com calma, as cifras envolvidas em um ou outro foco de atuação são reveladoras. No país, apenas cerca de 10% dos portadores do HIV recebem tratamento através de medicamentos pelo Serviço Nacional de Saúde que, por sua vez, só atende a 58% da população. Para cada médico no país, existem por volta de 35 mil habitantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda como parâmetro ideal de atenção à saúde a relação de um médico para cada 1.000 habitantes. É necessário empenhar muito dinheiro em pesquisas, avaliações e pessoal capacitado para desenvolver um programa eficiente de prevenção e educação e ainda se gasta mais, quando se considera o tempo empregado para apresentação de resultados claros e seguros.

O órgão que regulamenta a implementação das ações de combate ao HIV/

SIDA em Moçambique é o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS). Em entrevista concedida à pesquisadora[16], o secretário adjunto do CNCS, Diogo Milagre, classifica a epidemia no país como "severa". A criação do órgão, em 2000, com objetivo de concentrar e articular as políticas e ações de organizações e sociedade civil no enfrentamento ao vírus, acompanhou a assinatura de acordos internacionais pautados pela agenda da UNIDAIS ou, ainda, ONUSIDA, na sigla em português, entidade da Organização das Nações Unidas (ONU) para o combate ao HIV/SIDA. Esses acordos, no entanto, são parte de pacotes de incentivos que incluem disponibilidade de financiamentos e diretrizes de políticas públicas e ações para o combate da epidemia que devem ser adotadas pelos governos.

O CNCS, apesar de ter certa independência de atuação, está submetido ao Conselho de Ministros, presidido pelo Ministro da Saúde. A falta de entendimento e articulação entre os órgãos se fez visível no episódio em que o Ministério da Saúde (MISAU) decidiu encerrar o programa dos Hospitais do Dia (centros de atendimento especializados às necessidades médicas recorrentes de pacientes com HIV e SIDA). O encerramento do programa até hoje é lembrado por seropostivos como uma grande perda, afinal lá eram acolhidos, segundo eles, sem discriminação. O CNCS se colocou contra a medida, mas não teve, e ainda não tem, poder para contestar e provocar a revisão da decisão do MISAU.

Falar em política pública de enfrentamento ao HIV/SIDA em Moçambique pode ser ainda precipitado, se entendemos que as políticas adotadas são, por um

16 Entrevista concedida por MILAGRE, Diogo. **Entrevista III**. [maio]. Entrevistadora: Débora Britto. Maputo, 2014. Um arquivo .mp3 (tempo: 31 min.)

lado, resultado de “pacotes” de programas e financiamentos internacionais e, por outro, implementadas quase integralmente por organizações não associados aos órgãos públicos. A perspectiva pragmática dos atores do setor público moçambicano, envolvidos no combate à epidemia (a exemplo do CNCS) revela a visão limitada pelo neoliberalismo e, ainda, a prioridade em dar continuidade ao projeto de desenvolvimento em curso que não é direcionado à população.

Ao mesmo passo, na prática, nota-se que as ações, campanhas e iniciativas massivas de atendimento à população seropositiva são realizadas por organizações da sociedade civil e instituições internacionais humanitárias ou de saúde. Os Planos Estratégicos Nacionais de Enfrentamento do SIDA (PEN) – já foram editados o 1, 2, 3 e o 4 está em construção – são a síntese e o carro-chefe das estratégias adotadas nos últimos quinze anos.

Além de coordenar a implementação de políticas públicas de enfrentamento ao HIV/SIDA no país, o CNCS tem como função captar recursos para execução das políticas públicas. Contudo, isso não impediu, por exemplo, que o Conselho tivesse o próprio orçamento reduzido.

De acordo com o relatório do Centro de Integridade Pública (CIP) de 2012, a redução de recursos para o enfretamento ao HIV/SIDA é uma tendência que tem se agravado nos últimos anos, apesar de os dados não serem apresentados de forma transparente. Um exemplo é que, em 2011, o setor de HIV/SIDA executou o orçamento em 100%, mas isso não significou aumento dos investimentos, pelo contrário, comprovou a diminuição sistemática na área.

> Porém, este último resultado, longe de representar uma melhor eficácia no uso dos recursos alocados a este sector, mascara uma redução drástica dos mesmos: o orçamento foi totalmente consumido porque foi drasticamente reduzido. Com efeito, tendo recebido uma dotação de 636.0 milhões de MT[17] em 2008, o sector do HIV/SIDA viu a sua dotação orçamental sistematicamente reduzida, caindo para 465.0 milhões em 2010 e reduzindo para 178.0 milhões em 2011 (CIP, 2012, p. 8).

Apenas em 2011, o orçamento destinado às políticas relacionadas ao HIV/SIDA foi reduzido em 61% em comparação com o ano fiscal anterior. Por este motivo, o ano de 2011 registrou cem por centro de execução orçamental na área do HIV/SIDA: com menos recursos, todo o montante disponível foi utilizado. "Longe de representar alguma melhoria na alocação e eficácia da utilização dos recursos públicos, mascara uma escassez crescente destes naquela frente, tendo em conta que as necessidades estão muito longe de terem diminuído" (CIP, 2012, p. 8).

A recente redução de recursos reverbera, no entanto, no histórico das políticas de enfrentamento do HIV/SIDA no país. A dependência praticamente total de recursos, financiamentos e iniciativas internacionais é um problema a ser enfrentado por Moçambique. O PEN I, primeira ação coordenada que marca o início do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, teve duração de dois anos, de 2000 a 2002. Houve uma lacuna de três anos para a elaboração do plano subsequente, o PEN II, executado entre 2005 e 2009.

O último Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA (PEN III, executado entre 2010 e 2014, apresentou a "moçambicanização da mensagem" como uma das estratégias traçadas para adequar as políticas e diretrizes internacionais

17 Nota da autora: MT é abreviação para Metical – moeda oficial moçambicana.

ao contexto moçambicano. Considerada um avanço, a inclusão deste objetivo às políticas ainda enfrenta desafios para ser colocado em prática.

Ao ser questionado sobre a eficiência da atual "moçambicanização da mensagem", a resposta do secretário adjunto do CNCS, Diogo Milagre é evasiva: "Não posso lhe dizer que eu acredito na 'moçambicanização' ou deixo de acreditar. Aliás, na minha profissão e nas responsabilidades que tenho eu sou como um general. Mesmo que esteja perdendo a tropa, ele tem que ser o último a admitir que vai tombar. E posso lhe dizer que eu tenho fé em como as coisas vão para melhor".

5. CULTURA, DIÁLOGO E PONTOS SENSÍVEIS

A cultura é peça chave para entender o contexto moçambicano em que o HIV/SIDA prolifera. Em algumas situações, ela é, ainda, a grande preciosidade pela qual os moçambicanos estão dispostos a entrar em conflito e encerrar diálogos possíveis.

A compreensão de Milagre sobre projetos de longo prazo que visam um diálogo não agressivo, pautado na compreensão e problematização sociocultural de fenômenos de caráter questionável, mas que podem ser ponto central de uma forte resistência das pessoas, foi expressada com o tom prático que lhe é característico.

O Projeto Diálogo, iniciado há alguns anos e interrompido por falta de renovação, é um caso exemplar. "Era um processo muito lento, eu preciso de

resultados rápidos", afirmou Milagre em relação à iniciativa com objetivos de longo prazo, capitaneada pela antropóloga moçambicana Esmeralda Mariano e pela húngara Sophie Kothanyi.

Mais uma vez, mostra que o entendimento de políticas de combate ao HIV/SIDA passam muito mais por uma lógica mercantil, capitalizada, de aplicação de recursos e resultados rápidos, claros e facilmente contábeis. A preferência por métodos e estratégias superficiais ou "agressivas" responderia, afinal, à aplicação de recursos e algum retorno, no entanto, sem qualquer certeza de que os impactos resultantes seriam aqueles desejados.

A certa altura, numa conversa com uma colega moçambicana, chegamos a um impasse. Tive de ouvir um "não discuto minha cultura" em resposta a um "Mas por que você acha isso certo?" Falávamos sobre práticas, costumes e elementos da cultura moçambicana. Percebi, ali, que existem pontos sensíveis que podem sepultar qualquer tentativa de abertura e conexão. Não se trata, necessariamente, do modo como abordar determinados assuntos, mas, assim como acontece conosco – os estrangeiros mulungos – os moçambicanos têm suas próprias ideias e concepções acerca de nós. Encontrar o caminho para o diálogo aberto pode ser um desafio – presente também na formulação das estratégias e políticas públicas que consigam alcançar as pessoas a quem se destinam.

Segundo a socióloga e pesquisadora Sandra Manuel, no artigo Políticas de HIV e SIDA e dinâmicas socioculturais em Moçambique (2011, p. 349)[18],

18 Publicado no livro Desafios para Moçambique, em sua edição de 2011, publicada pelo Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE).

a resistência da tradição ao modo de combate ao HIV/SIDA se reflete no seguinte questionamento: "Porque forçar as lógicas locais à mudança de modo que incorpore modelos importados sem que esta internamente tenha mostrado interesse em seguir tal transformação?" A questão resume, de maneira simples, o incômodo que os moçambicanos revelam ao serem questionados sobre seus costumes, suas tradições e aquilo que acreditam ser sagrado. Esta insatisfação escapa, facilmente, à compreensão do estrangeiro que parte de uma compreensão de mundo fundamentalmente diferente.

Milagre fala em "eliminar a parte nociva, mas manter a parte sociocultural" das práticas tradicionais que são apontadas como razões para a disseminação do HIV na sociedade moçambicana. Segundo ele, houve avanços significativos e a população foi envolvida no debate para encontrar a melhor saída.

Afeito ao termo "capital social" para designar "os usos e costumes reformados, os nossos valores folclóricos, a cultura, a dimensão moçambicana reforçada", Milagre defende sua posição sugerindo que influências exteriores como, por exemplo, as telenovelas brasileiras e os filmes de Kung Fu chineses, devam ser repensadas pela sociedade moçambicana. "É preciso saber separar o trigo do joio", afirma.

No entanto, o "alto" investimento de recursos e o "grande" tempo necessário às alterações de comportamento desejadas foram justificativas para encerrar o projeto Diálogo após o primeiro ano de execução. O HIV/SIDA é um problema para o desenvolvimento econômico do país. Portanto, conforme a fala de Milagre confirma, Moçambique aposta em iniciativas

que deem resultados rápidos e que respondam às demandas urgentes de um país que a cada dia precisa de mais pessoas, qualificadas ou não, para os postos de trabalho nos campos de exploração de recursos naturais. Novamente, em nome de um projeto de desenvolvimento que não se reflete na melhoria de vida da população senão à elite política e econômica moçambicana.

A desejada "mudança de comportamento" das políticas adotadas pelo governo moçambicano parece possível apenas através de muito diálogo e, antes disso, de um delicado conhecimento simbólico e prático do que são as culturas, as tradições dos moçambicanos.

Historicamente, o enfrentamento ao HIV/SIDA esteve ligado às lutas por melhores condições de vida das mulheres e raparigas[19] em Moçambique. O aumento progressivo de novas contaminações de mulheres fortalece essa associação. É unanimidade entre organizações que trabalham no combate ao HIV/SIDA o viés prioritário de gênero. Do mesmo modo, instituições que têm como objetivo principal a defesa dos Direitos da Mulher têm a epidemia como foco de atuação.

Entre as instituições internacionais de apoio e ação humanitária e organizações moçambicanas, a luta contra o HIV em Moçambique é atualmente protagonizada pelas mulheres, que são também as principais vítimas da epidemia. Contudo, o protagonismo louvável das atrizes políticas moçambicanas não ameniza a necessidade de enfrentar o debate sobre a

19 Assim como na língua portuguesa falada em Portugal, meninas são chamadas de rapariga, sem que haja qualquer conotação pejorativa.

compreensão e reprodução de ideais ocidentais, brancos, heteronormativos que orientam políticas e estratégias tanto de organizações doadoras e financiadoras como de Estados.

Durante os quatro meses em que vivi em Moçambique, o contato com os movimentos de defesa dos Direitos da Mulher, as organizações que diariamente lidam com a epidemia do HIV/Sida revelou, ainda, que as mudanças em curso no país são, majoritariamente, conduzidas por mulheres. Elas estão à frente, erguendo a voz e as cabeças frente ao patriarcado, ao machismo e à cultura que as agride. Ao fim, ainda são moçambicanas que valorizam seus modos de vida, suas tradições, costumes e que não precisam se espelhar em modelos ocidentais. Suas lutas e vitórias têm caminhos e estratégias diferentes.

REFERÊNCIAS

CENTRO DE INTEGRIDADE PÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. *Execução orçamental e suas implicações para a implementação dos programas prioritários do governo no período 2008-2011*. Maputo: CIP, 2012.

CNCS - Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA. *Incidência e impacto demográfico do HIV.* Disponível em: <http://bit.ly/1U1nen6 >. Acesso em: 19 mar. 2014.

GUEBUZA, Armando. *Comunicação de Sua Excelência Armando Emílio Guebuza, Presidente da República de Moçambique, por ocasião das celebrações do*

Primeiro de Dezembro, Dia Mundial de Luta Contra o SIDA. Moçambique: Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 1º, dez., 2012. Disponível em: < http://bit.ly/1U1ogzA > Acesso em 18 mar. 2015.

MAPOTE, William. *Moçambique: um terço dos habitantes não estão registados.* VOA - Voz da América. 23 ago. 2013. Disponível em: < http://bit.ly/1ZkgHUm >. Acesso em: 17 de março de 2015.

MASSINGUE, Anabela. *Registo civil e estatísticas vitais: o meio que pode aliviar!* Jornal Notícias. 11 nov. 2013. Disponível em: < http://bit.ly/1pFdhPT >. Acesso em: 17 mar. 2015.

MANUEL, Sandra. *Políticas de HIV e SIDA e dinâmicas socioculturais em Moçambique – notas para reflexão.* In: BRITO, Luís et al.(Org.). Desafios para Moçambique 2011. Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos, 2011.

MATSINHE, Cristiano. *Tábula Rasa: dinâmica de resposta moçambicana ao HIV/SIDA*. Maputo: Texto Editores, 2005.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. *Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique.* Maputo: MISAU, Instituto Nacional de Estatística, 2009.

ROCHA, Maria Solange Guerra. *Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil.* 2011. Nº de folhas. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social - Centro de Ciências Sociais Aplicadas - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

Unaids. *HIV and AIDS estimates (2013).* Geneve: Unaids. s/d. Disponível em: <

http://bit.ly/1pFbWZs>. Acesso em 16 dez. 2014.

@Verdade. *HIV/SIDA tem efeitos negativos sobre a economia de Moçambique.* Jornal Verdade 26 nov. 2009. Disponível em: < http://bit.ly/1UfrFv4>. Acesso em: 18 mar. 2015.

LINHA DO TEMPO (TIMELINE)

MARCOS MUNDIAIS

Marcos Mundiais – 1980 a 2015

1981:
– O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) reporta os primeiros casos conhecidos do que agora designamos Aids/SIDA, no seu Morbidity and MortalityWeekly Report. Naquele primeiro mês são descritos 26 casos, um dos quais é afro-americano (<www.cdc.gov>);

- CDC informa, em publicação anual, haver uma certa predisposição de alguns setores da comunidade gay (Nova York, Los Angeles, São Francisco e Miami) para múltiplos e complexos casos de doenças sexualmente transmissíveis, que passam a ser identificados pela sigla Grid (em inglês) - Deficiência Imunológica Relacionada aos Gays.

- No dia 03 de julho, o jornal The New York Times publica matéria sobre o "câncer gay", reproduzida pelo Jornal do Brasil, em 03 de agosto do mesmo ano.

1982:
– Casos de Aids/SIDA são relatados em vários países europeus.

- Em Uganda, os médicos encontram os primeiros casos de uma nova doença debilitante e fatal. Esta doença logo se tornou conhecida localmente como "magro".

- Organizações comunitárias no Reino Unido e EUA começar a promover o sexo seguro entre homens gays.

- O primeiro caso oficial da Aids/SIDA na África do Sul é relatado. Um homem sul-africano contraiu o vírus na Califórnia, EUA.

- No mês de junho, um relatório sobre um grupo de casos ocorridos entre os homossexuais, no sul da Califórnia, sugeriu que a doença poderia ser causada por um agete infeccioso sexualmente transmissível. Mais tarde, no mesmo mês, é relatada ocorrência de Aids/SIDA entre hemofílicos e entre haitianos nos EUA.

- Em setembro, o Centro dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estabelece formalmente o termo "Síndrome da Imunodeficiência Adquirida" (SIDA) ou Aids, em inglês.

- Em dezembro, uma criança de 20 meses, que havia recebido múltiplas transfusões de sangue e hemoderivados, morre de infecções relacionadas com a Aids/SIDA. Este caso apresentou elementos de prova mais clara de que a Aids/SIDA foi causada por um agente infeccioso, e também causou preocupações adicionais sobre a segurança do suprimento de sangue. Também em dezembro, o CDC relatou os primeiros casos de possível transmissão materno-infantil da Aids/SIDA.

- Autoridades sanitárias dos EUA denominam a nova enfermidade de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids).

1983:
- Relatórios de Aids/SIDA entre as mulheres sem fatores de risco sugeriu que a doença pode ser transmitida através de relações sexuais heterossexuais.

- A Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião na Dinamarca, registra 2.803 casos de Aids/SIDA naquele ano nos EUA.

- Primeira reunião para avaliar a situação global da Aids/SIDA é realizada. Este foi o início de vigilância mundial pela OMS e relatou-se que a Aids/SIDA estava presente nos EUA, Canadá, em 15 países europeus, no Haiti e no Zaire, bem como em sete países latino-americanos. Houve também casos notificados na Austrália, além de duas suspeitas de casos no Japão.

- Relatos de casos identificados em 26 pacientes com Aids/SIDA em Kigali, Ruanda, e 38 em Kinshasa, Zaire. O estudo do Ruanda concluiu que uma associação de um ambiente urbano, uma renda relativamente alta, e promiscuidade heterossexual poderia ser um fator de risco para a Aids/SIDA na África. O estudo do Zaire concluiu pela existência de uma forte indicação de transmissão heterossexual. À luz destes resultados, o Departamento de Saúde Pública do Zaire, em colaboração com cientistas norte-americanos e europeus, lançou um programa nacional de pesquisa da Aids/SIDA chamado Projeto SIDA.

- Primeiro projeto de pequena escala de troca de agulhas e seringas começa em Amsterdã, Países Baixos (mais projetos viriam a ser iniciados posteriormente, em 1985, como resultado da crescente preocupação com HTLV-III / LAV).

1984:
– Descobre-se o retrovírus considerado agente etiológico da Aids/SIDA. Dois grupos de cientistas reivindicam para si a primazia pela descoberta: um, vinculado ao Instituto Pasteur, de Paris, chefiado pelo Dr. Luc Montangnier, e o outro, dos Estados Unidos, chefiado pelo Dr. Robert Gallo.

- Morre aquele que ficou conhecido como o “paciente zero” de Aids/SIDA: o comissário de bordo franco-canandense Gaetan Dugas.

1985:
- A Aids/SIDA é noticiada, pela primeira vez, como causa da morte de uma personalidade pública: o ator Rock Hudson

- China relata seu primeiro caso de HIV / Aids/SIDA; isto significa que pelo menos um caso de HIV / Aids/SIDA tem sido relatado em cada um dos cinco continentes.

- Em muitos países, começa uma "epidemia de medo" e preconceito. Nos EUA, por exemplo, teme-se que beber o vinho da comunhão em um copo compartilhado com um portador de HIV, poderia transmitir Aids/SIDA. No mesmo ano, Ryan White, adolescente de 13 anos, hemofílico, portador de Aids/SIDA, é impedido de frequentar a escola.

- O CDC remove haitianos de sua lista de grupos de risco da Aids/SIDA em função das informações que sugeriam tanto contato heterossexual quanto exposição a agulhas contaminadas como possíveis fatores de transmissão.

- A US Food and Drug Administration (FDA) licencia para a produção comercial o primeiro o primeiro teste HIV para testagem de sangue.

- Primeira Conferência Internacional de Aids/SIDA é realizada em Atlanta, EUA, organizada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos e da Organização Mundial de Saúde - OMS,

- No dia 23 de abril, o cientista estadunidense, Robert Gallo, anuncia ter isolado o vírus, chamando-o de HTLV-III, mas torna-se claro que o agente é o mesmo do LAV, identificado um ano antes, na França.

1986:
- A Aids/SIDA é declarada doença notificável no EUA, e são fechadas todas as saunas da cidade de São Francisco.

- A OMS lança estratégia global de combate à Aids/SIDA e aprova-se o uso do AZT.

- Um comitê internacional avalia e declara que LAV e HTLV-III são um mesmo vírus, ao qual é dado um novo nome: Human Immunodeficiency Virus (HIV) ou Vírus da Imunodeficiência Humana.

1987:
- Ao redor do mundo, 62.811 casos em 127 países já tinham sido oficialmente reportados pela OMS. AZT começa a ser comercializado nos EUA.

1988:
- A OMS institui o 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a Aids/SIDA, com o tema Junte-se ao Esforço Mundial.

1991:
- O laço vermelho é lançado como símbolo mundial de conscientização da Aids/SIDA e a OMS anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus HIV. Lançado mundialmente o DDI, droga que reduz o número de vírus no corpo, potegendo a imunidade e diminuendo o risco de doenção oportunistas, como um novo inibidor de transcriptase reversa.

- Criada a Global Network of People Living with HIV/Aids - Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (GNP+).

1993:
- Passa a ser obrigatória a notificação de todos os casos de HIV e Aids/SIDA pelos profissionais da saúde às autoridades.

1994 :
- Passou a ser estudado o "coquetel", um grupo de drogas com potente efeito antiviral isoladamente ou em associação com drogas do grupo do AZT. Ocorreu um estado de euforia, chegando-se a falar na cura da Aids. Entretanto, logo se percebeu que o tratamento combinado (coquetel) não eliminava o vírus do organismo dos pacientes.

-É criada a UNAIDS, integrada pelo Banco Mundial e por cinco agências de cooperação do Sistema ONU (Unicef, Unesco, Unfpa, OMS, e UNDP), com o objetivo de defender e garantir uma ação global para a prevenção do HIV/Aids.

1996:
- Realizada em Vancouver, Canadá, a XI Conferência Internacional de Aids/SIDA, na qual são anunciados os coquetéis triplos incluindo inibidores de protease que impedem a replicação do HIV.

- Cientistas registram a imagem da estrutura cristalina da proteína gp120 do vírus da Aids, usada por ele para entrar nas células do sistema imunológico.

- Inicia-se, nos EUA, o primeiro teste de uma vacina anti-Aids em humanos.

1999:
- A UNAIDS estima que 33 milhões de pessoas, em todo o mundo, estão vivendo com HIV/Aids.

2000:
- O Conselho de Segurança da ONU aprova a Resolução Nº 1308, que coloca a Aids/SIDA como uma questão de segurança global.

- Acontece em Durban, na África do Sul, a 13ª Conferência Internacional sobre Aids/SIDA, que denuncia a mortandade no continente africano, onde 17 milhões de pessoas morreram em decorrência da da doença, dentre as quais, 3,7 milhões de crianças.

2001:
- Relatório da UNAIDS/OMS menciona o número de 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids/SIDA em todo o mundo. O número estimado de mortes nesse ano foi de 3 milhões de pessoas.

- Com a meta de aumentar o acesso universal aos métodos de prevenção, tratamento e a atenção ao agravo do HIV/Aids/SIDA, foi criada a Sessão Especial Nominada como United Nations General Assembly on HIV/AIDS – UNGASS.

- A 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU aprova a Resolução 2001/33, intitulada Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o HIV/Aids.

2002:
- É criado o Fundo Global de Luta contra Aids/SIDA, Tuberculose e Malária. Em relatório que indica que a epidemia de Aids/SIDA apenas engatinha, a ONU diz que a síndrome vai matar 70 milhões de pessoas nos vinte anos seguintes, principalmente na África, a menos que países ricos cooperem com os esforços para conter a disseminação.

2009:
- O Relatório da UNAIDS informa que a epidemia continua crescendo em todo o mundo chegando a estimados 33,4 milhões. O número total de pessoas vivendo com o vírus em 2008 foi mais de 20% maior que no ano 2000, e a prevalência foi, aproximadamente, três vezes maior que em1990.

- Para OMS, a Aids/SIDA continua a ser uma grande prioridade global de saúde. Continua a aumentar o número de pessoas vivendo com HIV e as doenças relacionadas à Aids/SIDA permanecem sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo. As projeções são de que continuem a ser uma causa significativa de mortalidade precoce nas décadas vindouras (Organização Mundial da Saúde, 2008)

- Cerca de 33,4 milhões de pessoas estão infectadas com o vírus da Aids/SIDA em todo mundo, dos quais 15,7 milhões são mulheres. Na América Latina são 1,4 milhões de pessoas vivendo com HIV – o que representa um crescimento de 25% em relação a 2001. Segundo o relatório da UNAIDS/2009, mais pessoas estão vivendo mais tempo com a doença, por conta do maior acesso e disponibilidade de medicamentos para o tratamento do HIV. Entre 2007 e 2008, a proporção de pessoas com acesso a tratamento passou de 7% a 42%. Calcula-se que o número de infectados neste período tenha sido 2,7 milhões, e de mortos, menos de 2 milhões. De acordo com o relatório da Unaids e OMS, o número de mortes relacionadas à Aids caiu em

mais de 10% nos últimos cinco anos.

- Em relatório, a OMS afirma que a Aids/SIDA é a principal causa de morte entre as mulheres em idade fértil do mundo.

2010:
- UNAIDS lança o Getting to Zero, objetivando alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio ao HIV/VIH; e deter e começar a reverter a disseminação do HIV/VIH, bem como contribuir para o alcance dos ODM. Define metas para 2015: Ter Zero Novas Infecções, Ter Zero Mortes relacionadas à Aids/SIDA, Ter Zero Discriminação. A estratégia objetiva reduzir significativamente as novas infecções pelo HIV/VIH através de uma remodelação radical da resposta global. Pretende 1) Revolucionar a prevenção do HIV/VIH: Reduzir pela metade a transmissão sexual do HIV/VIH, inclusive entre jovens, homens que fazem sexo com homens e a transmissão no contexto do trabalho sexual; Eliminar a transmissão vertical do HIV/VIH, e reduzir pela metade a mortalidade materna relacionada à Aids/SIDA; Prevenir todas as novas infecções pelo HIV/VIH entre pessoas que usam drogas. 2) Catalisar a próxima geração de tratamento: Acesso universal à terapia antirretroviral por pessoas vivendo com HIV/VIH com indicação de tratamento; Reduzir pela metade as mortes por tuberculose entre pessoas vivendo com HIV/VIH; Ter as pessoas vivendo com HIV/VIH e os domicílios afetados pelo HIV/VIH contemplados por todas as estratégias nacionais de proteção social e com acesso a serviços essenciais de atenção e apoio; Avançar com os direitos humanos e com a igualdade de gênero. 3) Avançar com os direitos humanos e com a igualdade de gênero: Reduzir pela metade o número de países com leis e práticas punitivas relativas à transmissão do HIV/VIH, ao trabalho sexual, ao uso de drogas ou à homossexualidade; Reduzir pela metade o número de países que restringem a entrada, a estada e a residência de pessoas com HIV/VIH em seu território; Ter as necessidades específicas de mulheres e meninas relativas ao HIV/VIH contempladas em pelo menos a metade de todas as respostas nacionais ao HIV/VIH; Tolerância zero com a violência baseada em gênero.

2011:
- Aids/SIDA, uma doença que, na realidade, remonta ao início do século 20, está oficialmente com 30 anos de idade. Nos EUA Timothy Brown, HIV + por 20 anos está "curado" depois de um transplante de medula óssea.

- ONU lança, em Assembleia Geral, a Declaração Política sobre HIV e Aids/SIDA: Intensificando nossos esforços para Eliminar o HIV e a Aids, que coloca metas a serem alcançadas até 2015. Entre elas estão: reduzir a transmissão sexual e entre usuários de drogas em 50%, eliminar a desigualdade de gênero e o estigma e discriminação contra pessoas afetadas e vivendo com o vírus, aumentar o acesso ao tratamento com os anti-retrovirais - TARV.

2012:
- De acordo com o UNAIDS, a Aids/SIDA ainda é a principal causa de morte entre mulheres de 15 a 49 anos no mundo.

2014:
- UNAIDS lança 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir par ao fim da epidemia de Aids. Três metas são traçadas: Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.

- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) se reúne em Maputo entre os dias 10 e 12 de fevereiro e prorroga a vigência do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 por mais quatro anos.

2015:
– É divulgado relatório do UNAIDS, intitulado "The GAP Report", se fala do "começo do fim da pandemia" e relata existirem 35 milhões de pessoas soropositivas no mundo. O relatorio aponta a África Subsaariana como a região que concentra 78% dos casos.

LINHA DO TEMPO

MOÇAMBIQUE, BRASIL E ÁFRICA DO SUL

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
1986 – O primeiro caso de SIDA é descoberto em Moçambique na província nortenha de Cabo Delgado, quando é diagnosticado clinicamente num médico clínico geral, de origem haitiana ; **1986** – Criada a primeira entidade responsável pela coordenação da resposta nacional contra a epidemia, denominada Comissão Nacional do Aids/ SIDA, nos moldes propostos pelas orientações da OMS, que ficou sediada no Instituto Nacional de Saúde (INS); **1986** – Criado o Centro de Coordenação do Sida (CCS) como órgão que deveria gerir a implementação cotidiana do programa; **1987** – Visita da equipe epidemiológica da OMS cuja principal missão era estabelecer bases e recomendações para estudos epidemiológicos, identificação e caracterização da estirpe do vírus HIV predominante no país;	**1984**- First deaths from AIDS occur in South Africa. Knowledge of transmission routes changes again, when the first report appeared of the transmission of the virus from mother to child through breast feeding. Western scientists became much more aware of the “slim disease” that had become increasingly common in South West Uganda since 1982. Studies found that most cases were among promiscuous heterosexuals, the majority of whom tested positive for antibodies to HTLV-III/LAV. The site and timing of the first reported cases suggested that the disease arose in neighboring Tanzania. Some scientists who studied slim concluded: “Although slim disease resembles AIDS in many ways, it seems to be a new entity.” **1986** - Calls begin for a global education ampaign on condom use and HIV/Aids prevention.	**1981** - Em 11 de dezembro, o jornal O Globo publica a matéria Doença misteriosa leva à morte de homossexuais. **1982** - Confirmados em São Paulo os primeiros casos de Aids no Brasil: 10 casos notificados/óbitos em homens gays. **1983** - A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo cria grupo de trabalho para coordenar as atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de Aids. A doença é relatada em 33 países. - O Ministério da Saúde publica o pioneiro material Aids: Informações Básicas, reunindo artigos de periódicos internacionais. - Morre em junho, em Nova York, aos 31 anos, o costureiro mineiro Marquito. Está dentre os primeiros casos registrados de brasileiros mortos em decorrência do HIV.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
1988 – Criada a Comissão Interministerial da SIDA que integrava 50 membros, entre representantes de ministérios governamentais e ONGs. A comissão nunca chegou a ser funcional, mantendo-se a tradição do Ministério da Saúde de desencadear, conduzir e liderar as ações relativas ao HIV/SIDA; **1988, até Março** – Moçambique teria notificado seis casos de Aids, o que é referido com uma certa tranquilidade, especialmente se tomarmos em consideração as sucessivas comparações e chamadas de atenção para as referências aos países vizinhos que eram vistos como estando mais afectados do que Moçambique; **1988** – Criação do Programa Nacional de Controle ao VIH/SIDA **1988** – Estabelecimento do Programa de Vigilância Epidemiológica para o VIH/SIDA; **1988** – Moçambique participa no Encontro Mundial dos Ministros de Saúde.Assina a Declaração de Londres Sobre Prevenção do SIDA. Segundo o documento, os ministros de saúde comprometiam-se em abrir canais de comunicação e educação, reforçar o intercâmbio de informação e experiências entre todos os países e definir uma acção	- Uganda begins promoting sexual behaviour change in response to Aids. - By the end of the year, 85 countries had reported 38,401 cases of Aids to the World Health Organisation. By region these were: Africa 2,323, Americas 31,741, Asia 84, Europe 3,858, and Oceania 395. **May**, "The name of the virus had itself become a political football as the French insisted on LAV. (lymphadenopathy-associated virus), while Gallo's group used HTLV-3 (human T-cell lymphotropic virus, type 3)." - Time Magazine - The International Committee on the Taxonomy of Viruses ruled that both names should be dropped and the dispute solved by a new name, HIV (Human Immunodeficiency Virus). **September**, Clinical trial tests show that a drug called azidothymidine (AZT) slowed down the attack of HIV. **1987** - The first anti-retroviral drug is a pproved in the USA. - US President Ronald Reagan, who had been accused of neglecting Aids, delivers	**1984** - A hemofilia aparece no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde como a principal categoria de exposição por via sanguínea e se mantém até 1986. **1985** - Chega ao mercado um teste sorológico de metodologia imunoenzimática, para diagnóstico da infecção pelo HIV, que podia ser utilizado para triagem em bancos de sangue. Após um período de conflitos de interesses político-econômicos, esse teste passou a ser usado mundo afora e diminuiu consideravelmente o risco de transmissão transfusional do HIV. -É relatada no Brasil a primeira ocorrência de transmissão perinatal, em São Paulo. - O Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Eugênio de Araújo Salles, afirma, em programa radiofônico semanal A Voz do Pastor, que a Aids era vingança da natureza. - A razão de sexo de casos de Aids notificados é de uma mulher infectada para cada 25 homens. - Disponibilizado o exame Elisa, que detecta a presença de anticorpos para o HIV.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
mediante enquadramento social no espírito de tolerância social; **1989** – É fundada a Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família (AMODEFA), tendo como membros fundadores majoritários profissionais ligados à saúde, dentre eles, enfermeiros, médicos e técnicos da saúde. A AMODEFA surge por iniciativa do Ministério da Saúde; **1989, Abril** – Criação do programa de controlo das ITS; **1990** - Estabelecimento do Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional (GEMT) junto do Ministério da Saúde; **1990** – Nos primeiros anos de implementação do Programa Nacional de Combate ao SIDA, o Centro de Coordenação da SIDA começou a produzir cartazes e panfletos informativos sobre o preservativo, na altura referido pelo seu nome genérico "camisa-de-vênus", procurando explicar a sua forma de utilização. Um dos panfletos produzidos, intitulado Como utilizar a camisa-de-vénus − Manual para homens e mulheres, foi produzido pelo Centro de Coordenação do programa contra SIDA do MISAU, estava orientado para "homens e mulheres em idade fértil";	speech that describes the disease as "public enemy No.1." and the American government conducts a national AIDS education campaign. - US FDA sanctions first human testing of candidate vaccine against HIV. - President Kenneth Kaunda of Zambia announces his son has died of Aids, a landmark in the campaign against stigma in Africa. - The apartheid government recognized that HIV and Aids had the potential to become 'a major problem', even though there were few reported infections. - African Research and Educational Puppetry Programme (AREPP) is founded as a community-based educational trust in South Africa. It is used to break down racial, cultural, language and educational taboos and barriers on HIV/ Aids at a time in South Africa's history, HIV/Aids/SIDA posed a threat that had not yet been fully realized. - Health ministers meet to discuss AIDS and establish a World Aids Day. - In England the first specialist Aids hospital ward was opened by Princess	**1986** - Criação, em abril, da Comissão de Assessoramento em Aids (Portaria nº 199/GM, publicada no Diário Oficial da União, de 28 de Abril de 1986, Seção I), atual Comissão Nacional de Aids (Cnaids). - A Assembléia Legislativa de São Paulo torna obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo o sangue transfundido no Estado. - A Aids passa a ser doença de notificação compulsória (Portaria Ministerial nº 542/86) **1988** - Criação do Programa Nacional de.Aids no âmbito do Ministério da Saúde. - O Congresso Nacional aprova a Lei nº 7.670, que estende às pessoas que vivem com HIV/Aids os benefícios já previstos para os portadores de doenças incapacitantes ou terminais, como levantamento do FGTS, auxílio-doença, pensão e aposentadoria sem período de carência. - Com a criação do Sistema Único de Saúde, tem início a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
1991 – O MISAU elabora um Guia de técnicas de aconselhamento. O documento apresenta os procedimentos a tomar em consideração durante o aconselhamento, nomeadamente ouvir, apoiar e orientar.Chama atenção para a existência de obstáculos que podem surgir durante o aconselhamento e, por fim, enfatiza que o aconselhamento visa fazer face à uma situação específica associada à atitude de alguém e não à pessoa, num processo de troca de ideias e informação e não de imposição; **1993** – A Rede Moçambicana de Organizações contra o SIDA (MONASO) ou, na sua versão originária, *Mozambican Network of Aids Service Organizations*, que só foi oficialmente constituída em 1995, iniciou as suas atividades e assumiu-se como sendo uma instituição não governamental de coordenação das ações da sociedade civil na luta contra o HIV/SIDA. As primeiras ações realizadas pela MONASO foram patrocinadas por organizações internacionais como a OXFAM-CAA, DFID, SAT, GAS, PNUD, OMS, SAFAIDS E SANASO; **1995** – O programa Nacional de Combate ao SIDA e o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, que funcionavam em paralelo, com estruturas administrativas	Diana. The fact that she did not wear gloves when shaking hands with people with Aids was widely reported in the press. **1988** - World Aids Day first declared by WHO on 1º December. UNAIDS reports that the number of women living with HIV/Aids in sub-Saharan Africa exceeds that of men. The Aids Foundation of South Africa is established as an agency seeking to identify and develop initiatives, which reduce the impact of Aids in under-resourced communities. **1990** - Antenatal HIV survey is conducted. It finds that 0.8% of pregnant women are HIV positive. **April 1990** - 250 delegates including ANC and pro-ANC groupings and the South African National Medical and Dental Association attend a conference in Maputo. They pass a resolution that political leaders and progressive organisations should play a leading role in combating Aids. **1991** - HIV testing dropped from immigration requirements.	- Primeira campanha do Programa Nacional de Aids, com a chamada: Quem vê cara, não vê Aids, lançada para o Carnaval. **1989** - Inicio dos encontros nacionais da Rede de Solidariedade ONG Aids: 1º. 1989 Minas Gerais 2º. 1989 Porto Alegre/ RS 3º. 1990 Santos/ SP ENONG/ Encontro Nacional de ONGs Aids 4º. 1991 São Paulo 5º. 1992 Fortaleza 6º. 1994 Vitória 7º. 1995 Salvador 8º. 1996 São Paulo 9º. 1997 Brasilia 10º. 1999 Belo Horizonte 11º. 2001 Recife 12º 2003 São Paulo 13º. 2005 Curitiba 14º 2007 Goiania 15º 2009 Rio de Janeiro 16º 2011 Belem do Para 17º 2013 Salvador 18º 2015 Campo Grande **1990 a 1991** – No cenário político conturbado do governo Collor (1990-1992), ocorreram transformações prejudiciais nas políticas brasileiras com

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
e financeiras autônomas, partilhavam diversos elementos e afinidades (como materiais educativos) e se fundem para formar o atual Programa Nacional de Controle de ITS/VIH/SIDA. Seu maior financiador é a comunidade europeia, e tem como principais áreas de atuação: gestão, informação educação e comunicação, vigilância epidemiológica, apoio laboratorial, cuidado de doentes, aconselhamento e marketing social do preservativo; **1995** – Com os recursos disponibilizados pela agência norte-americana para o desenvolvimento (USAID), o MISAU contratou a organização Population Service International (PSI), para a implementação de um programa de comercialização subsidiada do preservativo, com recurso a técnicas comerciais. Adota-se o modelo de prevenção ABC (Abstinence, Be Faitful, and Condomise), estendido no plano PEPFAR (um dos mais elevados orçamentos para a prevenção do HIV e SIDA na região). **1995** – É efetivamente iniciado o programa de comercialização subsidiada de preservativos numa escala relativamente mais ampla. O programa desencadeado pela PSI, subcontratada do MISAU/PNC ITS/SIDA, introduziu	**1992** - Free national help line started. **1992** - MRC launches its national Aids research programme. **1992** - Meetings between the Departmentof Health andthe ANC culminate in October national conference ('South Africa United Against AIDS') and the formation of NACOSA – National AIDS Convention of South Africa. It aims to develop a national strategy for dealing with AIDS **1993** - NACOSA produces its comprehensive and progressive National Aids Plan. **1993** - National Health Department annouces that the number of recorded HIV infections has increased by 60% since 1991. **1994** - National Aids Programme Director appointed in the Department of Health, rather than in the President's Office as envisaged by the Aids Plan. **1995-1996** - HIV/Aids and STD Programme developed by the Department of Health.	o afastamento da articulação entre o governo e a sociedade civil organizada e com as instituições internacionais que realizavam apoio ao Brasil. **1991** - Início da distribuição do AZT no sistema público de saúde, pois já se percebia que o HIV desenvolvia resistência aos medicamentos. **1992** - Aprovado o uso do AZT com dideoxycytidine (DDC) para pacientes adultos com infecção avançada. - O Conselho Federal de Medicina editou resolução proibindo a realização compulsória de exames para detectar HIV e impediu os médicos de revelar a sorologia sem autorização prévia do paciente. - A distribuição, por sexo, dos casos notificados era de 15.060 homens e 2.997 mulheres. **1993** - Assinatura do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o Projeto de Controle da Aids e DST, conhecido como Aids I 1993 – 1998 – no valor de 250 milhões de dólares, sendo 160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões de contrapartida nacional.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
a noção de "marketing social de preservativo", definida como "a aplicação de técnicas de marketing comercial e do desenvolvimento direto do setor comercial privado" com vista à comercialização de preservativos como forma de promover o bem coletivo; **1996** – Surge a organização Kindlimuka, que realizava trabalhos de apoio a pessoas vivendo com o HIV/SIDA, identificadas através do vínculo estreito que matinha/mantém com o sistema de saúde. A KINDLIMUKA é uma organização de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) e simpatizantes. É oficialmente registrada em 1998, as suas primeiras atividades foram financiadas pela Southern Africa Aids Trust (SAT), Embaixada da Dinamarca, OXFAM Australiana, ONUSIDA e outras agências das Nações Unidas, além de vários outros doadores como a USAID, cooperação da Suíça e da França que também aderiram a estas iniciativas de luta contra a SIDA; **1996, Abril** – A ONUSIDA começa a trabalhar em Moçambique, com o mandato de apoiar o país a consolidar a sua resposta contra o VIH/SIDA e coordenar o apoio disponibilizado pelo sistema das nações unidas;	**1996**- Sarafina II scandal. The most publicised project of the year began in August 1995 - when the Department of Health awarded a R14.27 million contract to internationally acclaimed playwright Mbongeni Ngema to produce a sequel to the musical, Sarafina, about AIDS that would reach young people. **3 February 1997**- Mandela calls for United action on Aids at Davos. **April 1997** - Government White Paper on transforming the health system commits the government to working with civil society and people living with Aids. **December 1997** - Government gazettes amendments to the Medicines and Related Substances Control Act giving the Health Minister powers to allow parallel importation and compulsory licensing of essential drugs, The PMA challenged this but settled out of court in 2001. **1997 -1998** - The Virodene saga is a controversial Aids drug developed in South Africa, but rejected by the scientific community. Controversy surrounds the research procedures, political interference and the safety and efficacy of the drug itself, the main active ingredient of which is the industrial	**De 1993 a 2000** – realizadas concorrências de projetos para ONGs visando apoio financeiro para se trabalhar prevenção e ajuda a portadores do HIV/ Aids. -AZT começa a ser fabricado no Brasil por um laboratório privado e o dideoxyinosine DDI começa a ser distribuído nos serviços públicos de saúde. **1995** -Aprovado o uso do Saquinavir- a primeira droga de um novo grupo, antirretroviral, de inibidores de protease. Lançados os medicamentos d4T e 3TC. **1996** - Estabelecidas as diretrizes para uso de medicamentos para a Aids. - A Lei nº 9.313, de 13 de novembro, garante a distribuição gratuita, pelo sistema público de saúde, de medicamentos para pessoas com HIV/ Aids, ao custo de 34 milhões de dólares. **1997** - A Assembléia Legislativa de São Paulo aprova a primeira lei de Redução de Danos do País, prevendo a distribuição de troca de seringas como estratégia de política pública de saúde. - O Brasil começa a produzir DDC e d4T

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
1996 e 1997 – Início do funcionamento dos hospitais- de dia com abertura de duas unidades de atendimento nas cidades de Maputo e Chimoio respectivamente, sendo uma solução politicamente correta adotada por Moçambique, para prestar assistência aos doentes da SIDA, com o apoio da cooperação francesa; **1998** – Primeiro Inquérito Nacional sobre preservativo e prevenção da SIDA; **1999** – Criado Grupo de Trabalho Multissectorial de Apoio à Luta contra a SIDA;	solvent Dimethylformamide (DMF). **1998** - 'Partnership against Aids' designed to establish greater multi sectoral collaboration. Interministerial committee on Aids established (consisting of ministers and deputy ministers) to provide political direction and policy guidance to the HIV/Aids and STD Directorate. **1998** - HIV/Aids education included in the secondary school curriculum. **1998** - Government supports the South African Aids vaccine initiative. **July 1998** - The price of AZT is reduced by two thirds for developing countries. Government launches pilot projects to test AZT for MTCTP. - **October 1998** - Health Minister announces that she and the nine provincial Health MECs are discontinuing pilot MTCTP - Mother-to-Child-Transmission Prevention projects. **1 December 1998** – TAC – Treatment Action Campaign launched on the steps of St Georges Cathedral.	(distribuídos pelo sistema público de saúde). - O Ministério da Saúde gasta 224 milhões de dólares com ARVs e atende 35.900 pessoas. - A razão de sexo para casos de Aids notificados é de uma mulher infectada para cada dois homens. - O Boletim Epidemiológico reporta 23.546 casos de Aids, sendo 7.409 casos em mulheres e 8.360 óbitos, dos quais 2.464 ocorreram entre mulheres. **1998** - Assinatura, em dezembro, do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o Segundo Projeto de Controle da Aids e DST, conhecido como Aids II – 1998 a 2002, ao custo de 300 milhões de dólares, sendo 165 milhões do Banco Mundial e 135 milhões da contrapartida nacional. - O sistema público de saúde inicia a distribuição de Nelfinavir, Nevirapina, Delarvidina. - O governo brasileiro assina o acordo sobre propriedade intelectual TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) - que passa a

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
	January 1999 - Western Cape provincial government continues with MTCTP in defiance of the national Health Ministry's position on this. **March 1999** - TAC holds rallies across the country calling for MTCTP. **April 1999** - High court judge Edwin Cameron discloses his HIV status publicly to the Judicial Commission. **June 1999** – Thabo Mbeki is elected as president and Manto Tshabalala-Msimang is appointed as minister of health – the ear of government-endorsed Aids denialism begins. Mbeki tells the NCP that AZT is toxic and recommends that council members conduct internet research. **1999** – The South African HIV-prevention campaign LoveLife is founded. **1999 -2000** - Western Cape provincial government continues MTCTP.	restringir a produção de ARV, pelo tratado de propriedade intelectual da OMC. - O Ministério da Saúde gasta 305 milhões de dólares com ARVs e atende 55.600 pessoas. **1999** - Manifestação nacional, em setembro, por organizações da sociedade civil com atividades em HIV/Aids, pedindo liberação de recursos financeiros para compra de medicamentos para a Aids, comprometida por conta da desvalorização cambial. -Início da distribuição do Efavirenz. - O Decreto Presidencial nº 3.201, de 6 de outubro, "dispõe sobre a concessão de ofício de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o art. 71 da Lei no. 1679279, de maio de 1996". - Criada por decreto a primeira comissão de Aids do Brasil, em nível municipal, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, atendendo a uma demanda da RNP/Região Sul na 1ª Conferência

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 1980		
		municipal de Aids de Porto Alegre. - O Ministério da Saúde gasta 336 milhões de dólares com ARVs e atende 73 mil pessoas. -O Governo Federal divulga que o programa de acesso universal à terapia antirretroviral reduziu em mais de 50% o número de mortes e em quase 80% a ocorrência de doenças oportunistas no país. O efeito deveu-se à produção de medicamentos nacionais, similares de marca, muito mais baratos.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
2000 – Em 23 de maio é criado o Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA (CNCS) como uma instituição do Estado; – Primeiro *Plano* Estratégico *Nacional de Resposta ao VIH/SIDA, o PEN I (PEN I-2000-2002) e o Plano Estratégico Nacional de Combate as ITS/VIH/SIDA*, tendo como linhas mestras a integração, qualidade e abrangência; – Criado o Conselho Nacional de Combate à SIDA.	**2000** – President Thabo Mbeki suggests that HIV does not cause Aids. - Scientists criticise Mbeki and sign the Durban Declaration. **January 2000** – SANAC- South African National AIDS Council is created, but with no representation by medical professionals, scientists or TAC. **February 2000** - The Health Minister reveals that she had rejected two reports	**2000** - Ameaça, pelo Ministério da Fazenda, de cortes financeiros que poderiam afetar o programa de Aids, foi motivo de protestos das ONGs em todo o País. - Registraram-se mais de 800 organizações com trabalhos em Aids no Brasil. - Início da produção nacional de Indinavir e Nevirapina. - O Ministério da Saúde estima que entre

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
2001 – Até inícios deste ano, Moçambique manteve uma posição oficialmente contrária à inclusão da TARV na Campanha de Luta contra a SIDA, devido ao elevado custo, limitações laboratoriais e de recursos humanos, e dúvidas sobre a capacidade dos infectados moçambicanos aderirem a um programa de tratamento anti-retroviral, "altamente complexo"; – Os núcleos provinciais de combate à SIDA, estabelecidos pelo Conselho Nacional de Combate a SIDA (CNCS), eram diferentes dos propostos pelo MISAU nos finais da década 1980. O CNCS estabelece núcleos provinciais que incorporam o "espírito da multissetorialidade" em voga, fora das unidades de saúde, e mais próximos de outras instalações dos governos provinciais, como estratégia de busca do "cometimento ao mais alto nível político"; **27 de Abril** – Moçambique participa na Cimeira Especial, realizada em Abuja, onde assinou a *Declaração e o Quadro de Acção de Abuja para a Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Conexas em África*. Acordo: atribuir pelo menos 15% dos orçamentos nacionais anuais à melhoria do sector da saúde para ajudar a combater a	from he MCC which concluded that the benefits of AZT outweighed the risks. **March 2000** - Mbeki refuses to a national emergency on Aids. The Health Minister announces that Nevirapine will not be offered in public hospitals tuntil she has seen further research. **April 2000** - Mbeki writes letter to world leaders (Annan, Clinton and Blair) asking them to revisit the issue of AIDS in Africa and defending the AIDS denialists. **2000** – Mèdicins Sans Frontières starded first ARV treatment programme is Khayelitsha **May 2000** - The first meeting of the Presidential Aids Advisory Panel. **2000** - Government publishes its Strategic Plan for managing HIV/Aids and STDs. **2000** - TAC organises the Global March for Treatment Access in Durban and threatens legal action over MTCTP **July 2000** - TAC launches the Christopher Moraka Defiance Campaign to reduce the price of Fluconazole.	1997 e 2000, por conta da utilização dos ARVs, o SUS poupou 677 milhões de dólares em internação e tratamento de infecções oportunistas em pessoas com HIV/Aids. - Cresce a preocupação sobre os efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais. **2001** - Em fevereiro, o ministro da Saúde, José Serra, ameaça quebrar a patente dos medicamentos Nelfinavir, fabricado pela Roche, e Efivarenz, fabricado pela Merck. - Início da distribuição de Amprenavir pelo sistema público de saúde. - O laboratório Roche faz acordo com o Ministério da Saúde e evita o licenciamento compulsório do Nelfinavir. - No Brasil, são registrados 215.810 casos da doença, sendo 56.584 mulheres. Estimava-se que na população geral 597 milhões estariam com HIV **2003** - Elaborado pelo PN DST/Aids/ MS o primeiro documento nacional *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
epidemia do VIH/SIDA, reconhecendo a necessidade de uma maior ajuda internacional; **Julho** - Em termos de Saúde reprodutiva (PF, DTS e SIDA) o MISAU elabora o Manual para formadores de agentes comunitários de saúde, com informações básicas sobre a saúde reprodutiva; – MISAU elabora o Manual do conselheiro e do supervisor dos gabinetes de ATV, com aconselhamento e testes voluntários (ATV), direcionado aos conselheiros de ATV, abordando o processo de aconselhamento; – Maio, o XXVI Conselho Nacional Coordenador de Saúde sobre o Tratamento de doentes com infecções pelo VIH/SIDA elabora a Politica para a introdução dos ARV no país; – Em junho Moçambique participa e assina a *Declaração de Compromisso da Sessão Especial da Assembleia-geral das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (UNGASS)*; **2001** – Em dezembro, é elaborada a Politica do Governo para introdução dos antirretrovirais no Pais; – Em 18 de dezembro, é aprovado o	- The Health Minister rejects an offer from Boeh ringer Ingelheim to provide Nevirapine free of charge for five years for goverment MTCTP programmes. **July 2000** - Mbeki opens the 2000 Aids conference in Durban and talks about poverty being the world's biggest killer. He also grants a private audience to Christine Maggiore, an Aids denialist who campaigns against MTCTP. **August 2000** - MinMEC (a committee of the Health Minister and nine provincial MECs for Health) ignores recommendation by the chief director of HIV/Aids and STDs to implement MTCTP. **September 2000** - Mbeki tells the ANC caucus that TAC received money from drug companies (denied by TAC). - COSATU - Congress of South African Trade Unions - calls on the government to end speculation on the cause of Aids and provide affordable treatment. This is supported by the SACP. - Archbishop Ndungane calls government inaction on Aids 'as serious a crime against humanity as *apartheid*'.	- Assinatura, em dezembro, do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o *Terceiro Projeto de Controle da Aids e DST, conhecido como Aids III – 2003 a 2006*, no valor de 200 milhões de dólares, sendo 100 milhões do Banco Mundial e 100 milhões da contrapartida nacional - É implantada a Rede Nacional de Laboratórios para Genotipagem. **2004** - O Ministério da Saúde divulga gastar 600 milhões de dólares no ano com ARVs, atendendo 154 mil pacientes. **2005** - Aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça o projeto de lei que autoriza o governo a suspender as patentes de oito medicamentos usados no tratamento da Aids, permitindo a concessão de "licença obrigatória" a um laboratório brasileiro para que produza genéricos a preços acessíveis. - Brasil rejeita acordo com Usaid para financiamento de ações de prevenção e tratamento da Aids, por conta da linha conservadora da política ABC (Abstinência antes do casamento, fidelidade monogâmica e uso do *condom* quando necessário) que os EUA impunham ao governo brasileiro e às ONGs financiadas por eles.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
diploma ministerial nº 183-A/2001, devido à disposição de alguns doadores e ONGs em investir na área em TARV. Ênfase no discurso de que o TARV devia ser visto como parte complementar dos esforços de prevenção, regulamentando o processo de introdução oficial dos anti-retrovirais no país; – Introdução do TARV para prevenção de transmissão vertical do VIH/SIDA; – **Dezembro** – O MISAU lança o Guia de cuidados domiciliários para pessoas vivendo com o VIH/SIDA - Guia de operacionalização, do serviço nacional de Saúde/Comunidade. Tem por objetivo promover a assistência no domicílio às PVHS e seus familiares, nas áreas de saúde,nutrição, higiene e psicossocial; – Começam a funcionar os "Hospitais de Dia". **2002** - Em 5 de fevereiro é promulgada a Lei nº 5/2002, com medidas para prevenção da exclusão, estigmatização, discriminação, e indicando a proteção social e emocional das pessoas vivendo com VIH/SIDA através de ações de educação, informação, sensibilização e assistência sanitária. Estabelece princípios gerais visando garantir que	**October 2000** - Opposition parties accuse the government of double standards because ANC members of parliament were accessing ARVs through the medical aid scheme. - The South African Medical and Dental Council says there is no merit in Mbeki confusing everyone about the causal relationship between HIV and Aids. - Archbishop Ndungane takes an AIDS test in the Langa clinic. - Mbeki withdraws from the public debate on HIV science. - The Department of Health releases its ecommendations for the prevention and treatment of Aids, which acknowledge that HIV causes Aids. - TAC calls on government to 'tell the truth' about the death of Parks Mankahlana. - Mbeki tells the ANC caucus that the CIA (working with drug companies) is part of a conspiracy to promote the view that HIV causes AIDS and that Western interests are seeking to discredit him. **January 2001** - Western Cape extends	**2007** - Elaborado pelo PN DST/Aids/ MS o documento *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DSTs*. - Licença compulsória para o Efivarenz. **2008** – É inaugurada a primeira fábrica Estatal de preservativos do Brasil e a primeira do mundo a utilizar o látex de seringal nativo no Acre. - Concluído o processo de nacionalização de um teste que permite detectar a presença do HIV em apenas 15 minutos. Fiocruz pode fabricar o teste, ao custo de US$ 2,60 cada. Governo gastava US$ 5 por teste. **2009** - Ministério da Saúde inicia a distribuição do Efavirenz de produção nacional depois da licença compulsória em 2007. - É anunciado o começo da produção nacional do antirretroviral Tenofovir. - Em 15 de maio, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) aprova o *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde* em reunião na cidade de Estoril, Portugal. O plano tem o objetivo

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
todos os trabalhadores e candidatos a emprego não sejam discriminados nos locais de trabalho ou quando se candidatam a emprego por serem suspeitos ou portadores do VIH/SIDA; – Repetição do Inquérito Nacional sobre preservativo e prevenção da SIDA, com amostras de abrangência nacional; – MISAU lançou o Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), inicialmente só em 8 unidades sanitárias; **2003** – Lançamento pelo MISAU, USAID, JSI e Center for *Communication Programs do Manual de Facilitadores de Treinos em Comunicação Interpessoal e Aconselhamento – CIPA*. Este é um instrumento de apoio aos facilitadores, para o uso das metodologias de ensino-aprendizagem, particularmente durante o aconselhamento; – Início do acesso ao TARV, em alinhamento com o *Plano Estratégico Nacional 2004-2008 para as ITs, VIH, e SIDA (PEN Saúde)*. – Como resultado das negociações com a Fundação Clinton, o MISAU introduziu uma mudança nas políticas e estratégias, sublinhando a importância de se criar	MTCTP to other townships. **March 2001** - As a result of TAC's campaign, Pfizer makes Fluconazole free to government clinics. **2001** – TAC starts litigation against Heath Minister Manto Tshabalala-Msimang demanding PMTCT. 14 December 2001 - High court decision in favour of TAC. The government appeals to the Constitutional Court. **April 2001** – TAC starts litigation against the Pharmaceutical Manufacturers Association. **February 2002** - KwaZulu-Natal and Gauteng defy national policy and start rolling out MTCTP. **April 2002** - The Contitutional Court upholds the Nevirapine judgement and instructs the government to provide Nevirapine in the public health sector. **July 2002** - TAC wins the MTCTP case in the Constitutional Court. **September 2002** – October 2003 – Hazel Tau launches a Competition Commission	de criar estratégias de colaboração na área da saúde entre os países membros no período de 2009-2012. - Jornal O Estado de São Paulo publica carta de Alexandre Grangeiro, onde este afirma que a epidemia de Aids no Brasil continua essencialmente nos grandes centros urbanos. -A quantidade de transmissões verticais notificadas continua a diminuir. A razão de infecção por sexo se encontra em 1,5:1 (H:M). 190 mil pessoas então em tratamento TARV. **2010** - O TARV passa a ser recomendado a pessoas com níveis de CD4 menor ou igual a 500. - Novo acordo com o Banco Mundial prevê investimento de 200 milhões de dólares, sendo US$ 67 de empréstimo do Banco e os US$ 133 restantes do fundo nacional de saúde. - Novo medicamento, a Etravirina é importada para as pessoas que têm resistência aos antirretrovirais.. - Observa-se uma estabilização na taxa de novas infecções no âmbito nacional,

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
um balanço entre as actividades de prevenção e cuidados, através da introdução da HAART *(Highly Active Anti-Retroviral Therapy)*, como parte do novo plano estratégico setorial do MISAU, com um horizonte de cinco anos; – Em 4 julho, Moçambique assina a *Declaração de Maseru sobre o combate ao VIH/SIDA*, reafirmando o compromisso de combater a pandemia do VIH/ SIDA em todas as suas formas, com a maior urgência através de intervenções estratégicas multissectoriais, contidas no novo Quadro Estratégico e Programa de Ação de VIH/SIDA da SADC para o período de 2003 a 2007; **2003 a 2004** – Elaboração do segundo *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH/ SIDA*, o PEN II, para ser implementado entre 2005-2009; **2004** – Introdução no Sistema Nacional de Saúde do tratamento antirretroviral aos pacientes com infecção avançada de HIV; – O PTV se torna programa nacional, integrado aos serviços de saúde materno-infatil; **2005** - Operacionalização do PEN II em todo o país, cobrindo os setores públicos,	complaint over the excessive pricing of ARV and wins. **March 2003** – TAC launches civil disobedience campaign. **August 2003** - The cabinet commits the government to providing ARVs in the public sector and promises a detailed operational plan by the end of September. **November 2003** - Government publishes the Operational Plan on Comprehensive HIV and Aids Care, Management and Treatment for South Africa. Assumed the ABC – USAID policy to prevencion. **December 2003** – TAC member Lorna Mlofana is murdered after revealing her HIV status. **January 2004** - Department of Health initiatesdrug tender process for the HAART rollout. Rolloutisinitiated in allprovinces (albeitunevenly). **2005** - Jacob Zuma, President of South Africa and current president of the governing political party, the African National Congress (ANC), was charged with rape in the Johannesburg High Court on 6 December 2005. On 8 May 2006,	mas com diminuição apenas no Sudeste. - Em parceria, desde 2004, com a Argentina, Ucrânia, Rússia, China, Tailândia e Cuba, Brasil começa a produzir Ritonavir termoestável, que não precisa de refrigeração. O medicamento entra em fase de testes. **2011** - Ministério da Saúde anuncia novas parcerias público-privadas (PPP) para a fabricação de dois novos medicamentos no país, o Atazanavir e o Raltegravir. - Frente Parlamentar Nacional em HIV/ Aids e outras DSTs é relançada com o apoio de 192 parlamentares. - Projeto de "kit escola sem homofobia", elaborado pelo MEC, é cancelado pelo governo federal. - O SUS começa a oferecer a chamada profilaxia pós-exposição sexual, que é um medicamento antirretroviral de caráter emergencial que se toma em até 72h após o contato após o contato com o vírus. **2012** - UNAIDS coloca a política de HIV/ Aids brasileira como referência mundial.

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
privado e sociedade civil; **2006** - Em fevereiro, O CNCS lança a Estratégia Nacional de Comunicação para o combate ao VIH/SIDA, guia para as ações de comunicação das organizações nacionais, ONG e redes comunitárias; – Em 6 de março, Moçambique assina, na República do Congo, o compromisso de Brazzaville no avanço em direção ao acesso universal ao tratamento, cuidados, apoio e prevenção do VIH e SIDA em África até 2010; **2006** – Primeiro relatório de Moçambique sobre a Declaração de Compromisso Universal no Combate ao VIH/SIDA. – Introdução do programa de garantia de qualidade para a sorologia do VIH (QUALIMUN-Ser-VIH), no Serviço Nacional de Saúde, pelo Instituto Nacional de Saúde (INS), MISAU. Para manter a qualidade da testagem do VIH em padrão internacional em todos os laboratórios. **2008** – Elaboração da estratégia de aceleração da prevenção da infecção pelo VIH, para controlar a situação explosiva da SIDA no País.	the Court dismissed the charges, agreeing that the sexual act in question was consensual. During the trial, Zuma admitted to having unprotected sex with his accuser but claimed that he took a shower afterwards to cut the risk of contracting HIV **2005** - The HAART rollout begins in all provinces by the end of the year. - TAC launches campaign against gender-based-violence. **April 2005** - Tshabalala-Msimang defends controversial vitamin proponente Matthias Rath (saying nutrition is the foundation off ighting disease, including HIV/Aids, and that the Rath Foundation, which advertises “natural” treatments for Aids, is “not under mining government’s position”. “If you eat properly you can delay the on set of AIDS — in some cases indefinitely,” she said, according to a Business Day report. **November 2005** - The Treatment Action Campaign Files an urgent application for an interdict against the activities of Matthias Rath in late November 2005. The TAC also asks the court to find that Tshabalala-Msimanghas a duty to stop Rath (source). Tshabalala-Msimang	- Brasil começa investimento de 23 milhões de dólares na construção de fábrica de antirretrovirais em Moçambique. - Com o propósito de diminuir a taxa de infecção vertical, Ministério da Saúde declara que crianças recém-nascidas de mães soropositivas que não tiveram contato com TARV durante a gestação, receberão medicamento antirretroviral durante a primeira semana de vida. - Medicamento Atazanavir, anteriormente importado, passa a ser produzido no Brasil e Ministério da Saúde anuncia sua distribuição a partir de 2013. - Queda de 35,8% no número de casos notificados de transmissão vertical. **2013** - É relançada, com o apoio dos movimentos sociais, a Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às DST/HIV/Aids. - Ministério da Saúde amplia programa de TARV para todas as pessoas diagnosticadas infectadas com o vírus HIV, independente do nível de CD4. **2014** - Ministério da Saúde oferta

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
– O MISAU determinou, em março de 2008, o encerramento dos 23 hospitais-dia, distribuídos pelas províncias de Maputo, Gaza, Sofala, Manica, Tete, Zambézia, Nampula e Niassa. A medida visa integrar os serviços de VIH e SIDA no sistema geral de saúde. – ARVs passam a ser adquiridos directamente nas farmácias gerais dos hospitais públicos e os soropositivos são internados nas enfermarias gerais. De acordo com o Ministro da Saúde, hospitais apenas para soropositivos só aumentam o estigma em relação à doença e são "focos de discriminação dos doentes". **2009** – Realização do INSIDA, este é o primeiro inquérito representativo do nível nacional, desenhado para determinar a prevalência da infecção por HIV na população moçambicana; identificar conhecimentos, atitudes, comportamentos e fatores sociais de risco associados à infecção por VIH; avaliar o nível de conhecimento sobre as diversas intervenções de informação, educação e comunicação orientadas para a prevenção da infecção por VIH, e, conhecer as percepções comunitárias sobre a utilidade e impacto das mesmas intervenções;	earlier declined to distance herself from Rath despite mounting evidence that Rath's activities were ilegal and harming patients. "I will only distance myself from Dr. Rath if it can be demonstrated that the vitamin supplements tha theis prescribing are poisonous for people infected with HIV," Tshabalala-Msimangsaid in a written reply to a parliamentary question by the Democratic Alliance. **2007** - The South African government adopts a comprehensive plan to tackle the country's epidemic, under the leadership of Deputy President Phumzile Mlambo-Ngcuka. **2008** – Government adots new PMTCT protocols. **2008** –Mbeki is removed from Presidency and the Health Minister Tshabalala-Msimang is replaced. **2009** - New government signals an end to demialism and annoucences improved tretment guidelines. - Pregnant HIV positive women with CD4 count of 350 or with symptoms regardless of their CD4 count, will have	medicamento 3 em 1: tenofovir (300 mg), lamivudina (300 mg) e efavirenz (600 mg), primeiramente, nos dois estados mais afetados, Amazonas e Rio Grande do Sul. - É sancionado projeto de lei que define como crime a discriminação dos portadores do vírus HIV e doentes de Aids. - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde anuncia distribuição do medicamento 2 em 1 (tenofovir + lamivudina) e do ritonavir termoestável, que pode ser conservado em até 30ºC. - Governo Federal lança decreto que institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), que têm como objetivo aproximar e fortalecer o diálogo entre as instituições governamentais e a sociedade civil. A Câmara dos Deputados derrubou decreto meses depois. - Passa a ser obrigatória a notificação de todos os casos de HIV e Aids/SIDA pelos profissionais da saúde às autoridades. **2015** - No dia 4 de fevereiro, é apresentado na Câmara dos Deputados

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
– 12 de março - Promulga-se a Lei nº. 12/2009, Lei de Defesa- dos direitos e combate à Discriminação e Estigmatização das pessoas vivendo com VIH/SIDA; – Plano de Acção Nacional Multi-sectoral sobre Género e VIH e SIDA, 2010-2015 recomendou que se promova a adesão ao tratamento com especial enfoque na prevenção da transmissão vertical. Aposta-se no envolvimento das Madrinhas, Matronas, Padrinhos, Líderes Religiosos e Locais e outras pessoas influentes ao nível comunitário. Propõe se rever e aprofundar outras questões, como a liberdade do clínico de fazer o teste HIV sem o consentimento do paciente, para que se garanta o seu seguimento no caso de paciente HIV positivo. **2010** – Rondas de vigilância epidemiológica 2004, 2007 e 2010 **2011** – Aprovação pelo MISAU das normas pediátricas revistas para o início do tratamento TARV em crianças com menos de 24 meses de idade, independentemente da sua contag em de CD4. O MISAU iniciou a implementação destas novas normas no segundo semestre de 2011, com a realização da formação de formadores em todas as províncias.	acess to treatment. **2010** – South Africa has the biggest treatment programme in teh word. 1 million people are on treatment, but another million still need treatment urgently. **2011** – Government reviews HIV treatment guidelines and annouces that all people with a 350 CD4 count will have acess to ARV. **2013** - The survey, based on 458,933 deaths that occurred in 2013, showed that HIV was responsible for 11% of deaths in the 15 to 44 age group. – UNAIDS reported the number of people in Africa receiving antiretroviral treatment increased from less than 1 million in 2005 to over 7 million in 2012. – An African Union and UNAIDS report, 'Abuja +12, Shaping the future of health in Africa', highlighted targeted health spending as an essential foundation to greater economic growth and development in Africa. – Uganda passes Anti-Homosexuality Bill.	o Projeto de Lei n º198/2015, que tornar crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da Aids. UNAIDS, CNAIDS, vários movimentos sociais e ONGs se posicionam contra o PL. - SUS começa a oferecer teste oral para Aids, que não precisa de amostra sanguínea e oferece o resultado em 30 minutos

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
– *Plano Estratégico Nacional de Cuidados Integrados*, MISAU. **2011- 2012** - Primeiro Inquérito Integrado Biológico e Comportamental (Integrated Biological and Behavioral Survey - IBBS) em Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS) em Moçambique. Estimou a prevalência de HIV e sífilis bem como os fatores de risco associados a estas infecções nas MTS; estimou o tamanho da população de MTS; e avaliou o uso e acesso aos serviços de saúde e de apoio social para as MTS, assim como identificou meios para melhorar a cobertura e utilização destes programas para as MTS em Moçambique. **2012** – Apresentação do relatório de monitoria (UNGASS), realizado de dois em dois anos, sobre os progressos nacionais perante a SIDA à Assembleia da ONU/SIDA. – Inaugurada a fábrica de produção de antirretrovirais na cidade da Matola, província de Maputo. Esta fase consiste na embalagem, armazenagem, controle de qualidade e distribuição da Niverapina. O início da produção de antirretrovirais estava previsto para ocorrer em 2014, mas em dezembro de 2015, ainda não havia sido iniciada. A fábrica tem capacidade produtiva de 371	**2015** – More women HIV positive have come forward to speak about forced sterilisation, fallowing a court case against the Health Department involving a state hospital.	

MOÇAMBIQUE	ÁFRICA DO SUL	BRASIL
Anos 2000		
milhões de unidades farmacêuticas, o que possibilitará disponibilizar por ano 226 milhões de antirretrovirais e 145 milhões de outros medicamentos. **2014** - O Conselho Directivo do Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA-CNCS aprova o *IV Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, PEN IV 2015 - 2019*. A estratégia é reduzir a ocorrência de novas infecções e, em relação às PVHIV, recomendou que se promova a adesão ao tratamento com especial enfoque na prevenção da transmissão vertical. Aposta-se no envolvimento das Madrinhas, Matronas, Padrinhos, Líderes Religiosos e Locais e outras pessoas influentes ao nível comunitário. Propõe-se rever e aprofundar outras questões, como a liberdade do clínico de fazer o teste HIV sem o consentimento do paciente, para que se garanta o seu seguimento no caso de paciente HIV positivo.		

AS AUTORAS E OS AUTORES

Ana Cristina de Souza Vieira

Professora Titular do Departamento de Serviço Social da UFPE. Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) São Paulo. Pós-doutorado em Serviço Social na UFRJ. Estágio Senior (CNPq) no Departamento de Sociologia na *University of Cape Town*, na África do Sul, entre 2013 e 2014 (5 meses). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais – NEPPS. Desde 2009, como Bolsista de Produtividade 1B/ CNPq coordena pesquisas e programas de intercâmbio entre Brasil, África do Sul e Moçambique, discutindo políticas de saúde e assistência para pessoas com HIV nesses países. Fundadora e pesquisadora do Instituto de Estudos da África – IEAf/UFPE. E.mail: anacvieira12@gmail.com.

Ana Piedade Armindo Monteiro

Doutora em Antropologia Social pela Universidade de Witwatersrand, Johannesburg, África do Sul, com a pesquisa sob o título: *VIH/SIDA Prevenção Intervenção como conflito de culturas em Moçambique – Casos de Dondo e*

Maringue na Província de Sofala. Áreas de interesse: gênero, saúde e cultura. Com uma larga experiência de docência e pesquisa, atualmente dedica-se à UniZambeze na posição de Vice-Reitora para a Área Acadêmica. Leciona antropologia e metodologias de investigação. De 1988 a 2013, esteve vinculada ao Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane (CEA/UEM), na docência e pesquisa, além de ter assumido a posição de diretora adjunta para administração e cooperação. Tem vários artigos e livros publicados no CEA, Maputo. E.mail: anapiedadem@gmail.com.

Cecile Soriano Rodrigues

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Londres; Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco – UPE. Membro dos Grupos de Pesquisa do CNPq, Práxis: Política, Planejamento e Gestão em Saúde, da UPE e Filosofia e Interdisciplinaridade da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E.mail: cecile_rodrigues@hotmail.com.

Débora Souza de Britto

Jornalista, formada pela Universidade Federal de Pernambuco. Realizou projetos de pesquisa no campo de Jornalismo Científico e Ambiental (2011-2014) e participou do projeto *HIV/Aids no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação* durante a graduação, em 2014. Fez Graduação Sanduíche

(CAPES/AULP) por quatro meses na Universidade Eduardo Mondlane (Moçambique), realizando estudo sobre as estratégias de comunicação das políticas públicas de enfrentamento do HIV/Sida; iniciou projeto de documentário sobre as mulheres e homens vivendo com Sida na periferia de Maputo; e escreveu o livro Sob o céu de Moçambique (2015) sobre a experiência no país. É defensora do Direito Humano à Comunicação, milita no Fórum Pernambucano de Comunicação e atualmente trabalha no Centro de Cultura Luiz Freire. E.mail: dsb.debora@gmail.com.

Diogivânia Maria da Silva

Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Em 2014, realizou Doutorado Sanduíche (CAPES/AULP) por quatro meses, na Universidade Eduardo Mondlane (UEM), em Moçambique, com tema de pesquisa sobre práticas coletivas de feministas africanas e seus respectivos processos de subjetivação. É Mestra em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP, 2009), onde também concluiu graduação em Psicologia Clínica (2007). Integra o Projeto HIV/Aids no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação. E.mail: diogivania@hotmail.com.

Evandro Alves Barbosa Filho

Doutorando em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco,

com Doutorado Sanduíche realizado no Programa de Pós-graduação em Sociologia da University of Cape Town – UCT, África do Sul (bolsista CAPES). Assistente social com mestrado no Serviço Social da UFPE. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais - NEPPS/CNPq, grupo de pesquisa da Pós-graduação em Serviço Social da UFPE. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Práxis - Política, Planejamento e Gestão em Saúde do Núcleo Integrado de Saúde Coletiva - NISC/CNPq, da Universidade de Pernambuco - UPE. E.mail: evealves85@yahoo.com.br.

Giselli Caetano dos Santos

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2014), com Mestrado (2004) e Graduação (2001) em Serviço Social na mesma instituição. Assistente social no Hospital Correia Picanço. Tem experiência de pesquisa e avaliação de políticas sociais, principalmente, nos seguintes temas: mercado de trabalho (desemprego, qualificação profissional, política de emprego e renda), direitos sociais, assistência social, saúde e HIV/Aids. E.mail: gisellicaetano@gmail.com.

Isabel Maria Alçada Padez Cortesão Casimiro

Doutora em Sociologia, com formação graduada e pós-graduada em História e Estudos de Desenvolvimento, é Professora Auxiliar e pesquisadora no Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo

Mondlane, Moçambique, desde 1980. Foi Diretora Adjunta do CEA entre 1982-83 e Diretora entre 1990-95. Lecciona na mesma universidade cursos de graduação e pós-graduação. Co-fundadora e pesquisadora do CESAB-Centro de Estudos Sociais Aquino de Bragança. Acadêmica, feminista, e ativista moçambicana, Presidente do Conselho de Direção do Fórum Mulher (1993-2000; 2006-2015), membro fundadora da WLSA Regional (1988) e WLSA Moçambique (1990) e membro de associações pelos direitos humanos das mulheres, WLDAF e MULEIDE. Deputada da Assembleia da República, 1994-99. Membro do Secretariado Executivo do CODESRIA desde junho de 2015. Com várias publicações em revistas científicas, é também autora e co-autora de livros sobre mulher e gênero em Moçambique. E.mail: isabelmaria.casimiro@gmail.com.

Jéssica Alline de Melo e Silva

Assistente social formada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Residente em Saúde do Idoso e mestranda em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Email: kinha_melo@hotmail.com.

Joana Maria Manuela Ou-chim

Licenciada em Ensino da Língua Portuguesa pela Universidade Pedagógica,

em Maputo. Trabalhou como professora no ensino secundário, técnico e universitário de 1984 a 2004, onde passou a trabalhar com as organizações não governamentais na área da educação e gênero e direitos das mulheres. Trabalha na Oxfam desde 2006, atualmente exercendo as funções de Assessora de Gênero e Reforço de Capacidades, baseada em Maputo. E.mail: bravatouro@gmail.com.

Jorge Lyra

Doutor em Ciências (Saúde Pública) pela FIOCRUZ (2008), professor dos cursos de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da UFPE; mestre em Psicologia Social pela PUC-SP (1997), é coordenador do Grupo de Trabalho sobre Gênero e Saúde da Rede Feminista Norte-Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero – REDOR. Um dos fundadores do Instituto Papai e coordenador do Núcleo Feminista Gênero e Masculinidades - Gema/ UFPE (grupo de pesquisa do CNPq desde 1998), ambos são núcleos filiados à REDOR; é docente integrante do projeto integrado *HIV/AIDS no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação*. E-mail: jorglyra@gmail.com

Marco Mondaini

Graduação em História (UFRJ/1990), Mestrado em História Econômica (USP/1995), Doutorado em Serviço Social (UFRJ/1998). Pós-Doutorado

no Departamento de Teoria e História do Direito (Universidade de Florença, Itália, 2009). Estágio Senior na Universidade Eduardo Mondlane (Moçambique, 2013-2014). Professor associado do Departamento de Serviço Social da UFPE. Líder do Núcleo de Estudos Comunicação e Direitos Humanos (NCDH) e pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais – NEPPS. Coordenador Geral da Série Brasil& África da Editora Universitária UFPE. Coordenador (2015-2016) e pesquisador do Instituto de Estudos da África – IEAf/UFPE. E-mail: marco.a.mondaini@gmail.com

Maria Ilk Nunes de Albuquerque

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Saúde Coletiva pela UFPE. Especialista em Saúde Pública pelo Nesc/FIOCRUZ. Enfermeira graduada pela UFPE. Docente e pesquisadora do Departamento de Enfermagem da UFPE, membro do Núcleo Docente Estruturante - NDE e membro da Comissão de eventos científicos. Professora e autora de materiais didáticos do Curso de Especialização em Saúde da Família e das Comunidades da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) em parceria com a UFPE, na modalidade à distância. Membro do Conselho Técnico Administrativo do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP/UFPE) e membro do Coletivo Pernambucano de Promoção da Saúde (NUSP/UFPE). Enfermeira Sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E-mail: nunesilk@gmail.com.

Marina Figueiredo Assunção

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (2009). Especialista em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE (2012). Assistente social do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids do município de Jaboatão dos Guararapes e da Maternidade do Hospital Barão de Lucena. Email: marimariassuncao@hotmail.com.

Raquel Cavalcante Soares

Doutora e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UFPE. Ao longo de sua trajetória profissional e de pesquisa tem se dedicado à temática da política de saúde, Serviço Social e HIV/Aids. Desde 2009, integra projetos de intercâmbio e pesquisa sobre a política de HIV/Aids no Brasil,na África do Sul e Moçambique. E.mail: quelcsoares@gmail.com.

Rosineide de Lourdes de Meira Cordeiro

Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), é professora associada do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Desenvolve pesquisas, estudos, projeto de extensão

e processos formativos nas temáticas de gênero e ruralidades, redes e movimentos de mulheres rurais, feminismos, e narrativas sobre a morte. Participa do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Poder, Cultura e Práticas Coletivas (Gpecol) e do Grupo Narrativas, Gênero e Saúde (Nages). Integrante do Projeto HIV/Aids no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação. E.mail: rocordeirope@gmail.com.

Solange Rocha

Doutora em Serviço Social/UFPE, com Doutorado Sanduíche realizado no Programa de Pós-graduação em Sociologia da University of Cape Town – UCT, África do Sul (bolsista CNPQ). Jornalista e pesquisadora associada da University of Cape Town, na África do Sul, e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais - NEPPS/CNPq, nos campos de pesquisa: movimentos sociais, comunicação, feminismo, saúde pública, HIV / Aids, políticas públicas, direitos humanos. Desde 2009, co-coordena várias pesquisas entre Brasil, África do Sul e Moçambique. Atualmente é consultora na área de gênero e direitos das mulheres associada da rede Gender At Work (www.genderatwork.org). Pesquisadora do Instituto de Estudos da África – IEAf/UFPE. E-mail: msolgrocha@gmail.com.

Taciana Maria da Silva

Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Assistente

social no Hospital de Câncer de Pernambuco – HCP e tutora em Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia deste hospital. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais – NEPPS, integra o Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social – GEEHPTS. Campos de pesquisa: saúde pública, direitos sexuais e direitos reprodutivos, HIV/Aids, políticas públicas, envelhecimento. E.mail: tacianamss@hotmail.com.

Talita Rodrigues da Silva

É graduanda em Psicologia na Universidade Federal de Pernambuco. Jovem feminista negra, é militante dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e integrante do Núcleo Feminista de Pesquisa em Gênero e Masculinidades (GEMA-UFPE) desde 2012. Integrou a missão de trabalho em Moçambique do Projeto *HIV/Aids no Brasil e em Moçambique: tendências atuais da epidemia, políticas de saúde e de assistência, estratégias de comunicação*. E.mail: tali.gues@gmail.com.

Editora UFPE

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20, Várzea
Recife, Pernambuco
CEP: 50.740-530
Fax: (81) 2126.8395
Fones: (81) 2126.8397 / 2126.8930
www.ufpe.br/edufpe
edufpe@ufpe.br

PESQUISAS
CLÁSSICOS
ENSAIOS

"Aprender a ir ao Sul, a partir do Sul": a frase, do sociólogo e crítico da globalização Boaventura de Sousa Santos, poderia servir de epígrafe para esta nova série de livros. Epígrafe-mensagem, endereçada especialmente aos intelectuais universitários, que costumam encomendar seus saberes mais na Amazon.com do que no Amazonas ou no Congo. (Os pensadores da sanzala - "povoado" em Kimbundu, com essa grafia, antes de a palavra ser escravizada pela Casa Grande – há muito tempo vêm rememorando, com dor mas também axé, as antigas trocas Sul-Sul forçadas.) Mas por que mudar de "norte"? É para pensar melhor experiências e práticas análogas, quando não ligadas historicamente: os vendavais do escravismo, do trabalho colonial forçado, da escravidão contemporânea; os cultos de cura populares contra males individuais e sociais; as lutas contra o racismo, a pobreza, as doenças pouco pesquisadas pela farmacopeia do Norte; as batalhas em prol dos princípios democráticos e dos direitos humanos, trabalhistas e de gênero. As três coleções da série – "Pesquisas", "Ensaios" e "Clássicos" – trazem livros que enfocam a África, com certa ênfase nos países de língua portuguesa, ou apresentam reflexões comparativas sobre África e Brasil. Ressaltam-se, já nos volumes de estreia, frutos importantes de um intercâmbio entre professores da Universidade Federal de Pernambuco e duas universidades africanas, a Eduardo Mondlane (Moçambique) e a da Cidade do Cabo (África do Sul).

Robert W. Slenes

Professor Titular do
Departamento de História da Unicamp

UFPE 70 anos
Editora UFPE
INSTITUTO DE ESTUDOS DA ÁFRICA
CAPES

ISBN 978-85-415-0841-4
978-85-415-0841-4