

“Machamba não é trabalho!”: HIV/SIDA e Produção Agrícola no centro de Moçambique

Carla Teófilo Braga¹  0000-0002-4805-6594

¹Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique – cecoma@uem.ac.mz



Resumo: O objetivo deste artigo é explorar como as políticas de cuidados e tratamento de HIV/SIDA e as atitudes de alguns profissionais de saúde afectam a possibilidade de que os pacientes, em particular as mulheres, cumpram com os requisitos da terapia antirretroviral e prossigam o tratamento em Moçambique (Manica e Maputo). Concentro-me na desigualdade em termos da invisibilidade da agricultura familiar e da diversificação de meios de sustento sugerindo que: a) as políticas e o tratamento do HIV/SIDA não tomam em conta as condições de vida dos pacientes que pretendem servir. Os serviços de saúde não consideram a flexibilidade exigida pela combinação de diversos meios de sustento por parte dos pacientes; b) a invisibilidade e a desvalorização da agricultura de pequena escala diminuem as possibilidades das mulheres de cumprir com as exigências do tratamento, com consequências para a adesão ao tratamento e, por conseguinte, com graves consequências para a sua saúde e prolongamento da sua vida.

Palavras-chave: HIV/SIDA; terapia antirretroviral; agricultura familiar; Moçambique.

“Machamba is not a job!”: HIV / AIDS and Agricultural Production in central Mozambique

Abstract: The purpose of this paper is to explore how HIV / AIDS care and treatment policies and the attitudes of some health professionals affect the ability of patients, particularly women, to comply with antiretroviral therapy requirements and pursue treatment in Mozambique (Manica and Maputo). I focus on inequality in terms of the invisibility of family farming and the diversification of livelihoods by suggesting that: a) HIV / AIDS policies and treatment do not take into account the living conditions of the patients they intend to serve. Health services do not consider the flexibility required by patients' combination of different livelihoods; (b) the invisibility and devaluation of small-scale agriculture reduces women's chances of complying with treatment requirements, with consequences for adherence to treatment and therefore with serious consequences for their health and prolonging their lives.

Keywords: HIV/AIDS; Antiretroviral therapy; Family farming; Mozambique.

Introdução

Em Moçambique mais de 75% da população dedicam-se à agricultura familiar (João MOSCA, 2017, p. 3) e têm nesta actividade económica a sua principal fonte de subsistência (Ministério da Agricultura PEDSA, 2010). No entanto, sugiro que as necessidades e especificidades dos produtores agrícolas de pequena escala não são tomadas em devida conta no desenho de algumas políticas de saúde, em particular no Tratamento Antirretroviral (TARV). Neste texto não diferencio entre os conceitos de camponeses, pequenos produtores, agricultores de pequena escala, no âmbito da agricultura familiar, embora esteja consciente das implicações teóricas e na alguns casos até dos antecedentes ideológicos dessas noções (MOSCA, 2017).¹

¹ Versões preliminares deste artigo foram apresentadas em 2012 no seminário “Gender and Agriculture after Neoliberalism”, organizado pela UNRISD em Geneve, e em 2016 no seminário “Beyond New Public Management? Exploring New Paradigms of Governance and Public Service Provisioning”, organizado pela SANORD em Uppsala. A

O sistema nacional de saúde (SNS) em Moçambique caracteriza-se por ter o ratio entre população e trabalhador de saúde dos mais baixos do mundo (James PFEIFFER, 2013, p. 168), assim como por infraestruturas amplamente insuficientes, datando em grande parte do período colonial e enfraquecidas ainda mais por um programa de reajustamento estrutural e uma guerra entre o governo da Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) e a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO) que durou dezasseis longos anos (Julie CLIFF; Abdul NOORMAHOMED, 1988a; 1988b; PFEIFFER; Rachel CHAPMAN, 2010; PFEIFFER, 2013).

Neste artigo são exploradas as formas como as políticas de cuidados e tratamento de HIV/SIDA e as atitudes de alguns profissionais de saúde afectam a possibilidade de que os pacientes, em particular as mulheres, cumpram com os requisitos da terapia antirretroviral e prossigam o tratamento. Concentro-me na desigualdade em termos da invisibilidade da agricultura familiar e da diversificação de meios de sustento sugerindo que: a) as políticas e o tratamento do HIV/SIDA não tomam em conta as condições de vida dos pacientes que pretendem servir. Os serviços de saúde não consideram a flexibilidade exigida pela combinação de diversos meios de sustento por parte dos pacientes; b) a invisibilidade e a desvalorização da agricultura de pequena escala diminuem as possibilidades das mulheres de cumprir com as exigências do tratamento, com consequências para a adesão ao tratamento e, por conseguinte, com graves consequências para a sua saúde e prolongamento da sua vida (sobre a questão da soberania e segurança alimentar em Moçambique e Brasil ver artigo de Rita Simone LIBERATO *et al.*, 2019 – nesta Secção Temática).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão como “na medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações de um provedor de cuidados de saúde” (Alberto Pereira GOMES *et al.*, 2007). Contudo, a noção de adesão é problematizada por Paul FARMER (2001, p. 227), que destaca o excesso de agência atribuída aos pacientes em detrimento de factores estruturais e sistémicos. No caso do tratamento de HIV/SIDA, a adesão é crucial para evitar o desenvolvimento de vírus resistentes, a progressão da doença e a morte (Edward MILLS *et al.*, 2006, p. 679).

A nível nacional, apenas cerca de dois terços dos pacientes que iniciam o Tratamento Antirretroviral (TARV) permanece em tratamento ao final de um ano. Após três anos a retenção diminui e menos de metade dos beneficiários continua a receber tratamento (República de Moçambique, CNCS – UNAIDS, GARPR, 2016).

Farmer (2001, p. 227) recorda-nos de que antes de procurar as causas da fraca adesão ao tratamento convém analisar o modelo de prestação dos cuidados. Acrescentaria que haveria também de analisar a qualidade dos serviços prestados, em particular as relações entre os pacientes e os trabalhadores de saúde.

Metodologia

Este artigo tem como base dois anos de trabalho de campo etnográfico no centro de Moçambique, de 2007 a 2009, seguido por curtas visitas em cada ano de 2012 a 2018. A pesquisa de campo foi realizada sobretudo na província de Manica, no centro de Moçambique, mas também no Maputo, a capital do país. O cerne da pesquisa foi a etnografia clínica realizada em oito unidades sanitárias da província de Manica. Entrevistei 65 informantes-chave e 150 mulheres e homens vivendo com HIV/SIDA, alguns no processo de ter acesso a antirretrovirais (ARVs), outros já em TARV, e ainda outros que tinham interrompido o tratamento. Segui oito pessoas vivendo com HIV/SIDA (cinco mulheres e três homens) no seu quotidiano – quer quando interagiam com os serviços de saúde na sua busca de tratamento, quer no ambiente familiar nas suas residências.

A maioria dos participantes desta pesquisa tinha entre vinte e trinta anos de idade e tinha apenas dois a três anos de escolaridade. Somente alguns tinham entre seis a oito anos de escolaridade e poucas mulheres, sobretudo nas áreas rurais, tinham frequentado a escola. A grande maioria não tinha empregos formais/trabalho assalariado mais ou menos permanente. Geralmente combinavam o trabalho agrícola com variadíssimos “pequenos negócios” e até “trabalho voluntário” nas associações como suas fontes de rendimento, o que Deborah BRYCESON (2000; 2002) designou como diversificação de meios de sustento nas áreas rurais da África Subsaariana. A importância do trabalho e dos meios de sustento de pessoas vivendo com HIV/SIDA no Uganda é também destacada por Susan WHYTE (2014).

escrita da versão final do artigo se beneficiou das valiosas contribuições em estreito diálogo com Laura Moutinho. Essa reflexão foi viabilizada, em parte, a partir da pesquisa e experiência mais ampla da autora no projeto “A vizinhança nas entrelinhas: alianças e conflitos, trocas (des)iguais e cooperação entre Moçambique e África do Sul” (projeto selecionado na Chamada MCTI/CNPq nº 46/2014 – Programa de Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação com Países da África – PROÁFRICA), financiado pelo CNPq e coordenado por Moutinho. Além de uma ampla rede de colaborações, integraram a pesquisa: Brigitte Bagnol, Esmeralda Mariano, José Ricardo Ayres, Lilia Schwarcz, Paulo Sérgio da Costa Neves, Pedro Lopes e Rita Simone Liberato, tendo sido incorporadas ao longo do processo as pesquisadoras Denise Dias Barros, Carla Braga, Solange Rocha, Gabriela Calazans, Isabel Noronha e Susan Holland-Mufer.

Contextualização: Acesso ao TARV desde as margens

Em âmbito nacional a prevalência de HIV/SIDA em pessoas entre 15 e 49 anos de idade subiu de 11,5% para 13,2%. Em Manica, embora a prevalência tenha diminuído de 15,3% em 2009 para 13,5% em 2015, esta cifra continua a estar acima da prevalência nacional (MOÇAMBIQUE, 2016, p. 6-10).

Num contexto neoliberal, os cuidados e tratamento de HIV/SIDA no centro de Moçambique estão a ser providenciados por uma “assemblage”, em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a HAI (Health Alliance International – uma ONG baseada numa universidade norte-americana) e, posteriormente, pela FHI 360, redes de cuidados, associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA e outras organizações da sociedade civil, financiadas maioritariamente pelo PEPFAR (USA President’s Emergency Plan for AIDS Relief), providenciam cuidados e tratamento de HIV/SIDA. Porém, isto não quer dizer que se verifique uma planificação conjunta e sistemática. Convém ter presente que recai sobre o Sector Público a maior parte dos serviços de tratamento de HIV/SIDA existente no país.

Até 2001, a posição oficial do governo de Moçambique era contra a introdução de ARVs no âmbito dos programas de HIV/SIDA, devido aos elevados custos, as deficiências de recursos humanos e no funcionamento de laboratórios, a incapacidade de adesão ao TARV devido à pobreza, e o perigo de surgimento de novas e mais resistentes estirpes do vírus que tornavam problemática a introdução de ARVs. Entretanto, clínicas privadas e ONGs transnacionais como a comunidade de Santo Egidio, Médicos sem Fronteiras (MSF) e a Health Alliance International (HAI) já tinham iniciado o fornecimento de ARVs em Moçambique. O Ministério da Saúde abandonou então as suas reservas iniciais e decidiu introduzir o TARV (Cristiano MATSINHE, 2006, p. 104-120).

Em Moçambique, a expansão do tratamento antirretroviral através do sector público iniciou-se em julho de 2004, quando o país adoptou a abordagem de saúde pública da OMS para o TARV. Esta abordagem visava facilitar que o grande número de pessoas seropositivas em países da periferia pudesse aceder a ARVs (Kenneth SHERR *et al.*, 2010, p. 60; Charles GILKS *et al.*, 2006, p. 505).

O número de Unidades Sanitárias (US) que providenciam TARV passou de menos de 300 em 2011 para 937 em 2015, ou seja, verificou-se uma impressionante expansão da cobertura de serviços TARV no Serviço Nacional de Saúde que passou de 18 para 65 por cento no período 2011-2015 (República de Moçambique, CNCS – UNAIDS, GARPR, 2016).

A enorme lacuna urbana/rural na prestação de cuidados de saúde em Moçambique (Bridget O’LAUGHLIN, 2010, p. 22-27) é uma dimensão da desigualdade expressa no acesso diferenciado aos cuidados de saúde. O Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS) reconhece que não há equidade na distribuição geográfica dos beneficiários do TARV, que se concentram, sobretudo, na capital do país e na província de Maputo, assim como nas capitais provinciais, e sublinha “...cerca de 75% dos actuais beneficiários do TARV estão concentrados em cerca de 20% das US que oferecem TARV” (República de Moçambique, CNCS – UNAIDS, GARPR, 2016). Embora reconheçam desigualdades impressionantes na cobertura geográfica, estes dados, no entanto, obscurecem outras dimensões da desigualdade, a saber, as disparidades no acesso ao TARV entre as áreas urbanas e rurais.

Este artigo começa por explorar em que medida a agricultura familiar, o principal meio de sustento da maior parte da população de Moçambique, é tomado em conta na elaboração de políticas de saúde relativas ao TARV e as suas implicações em termos de adesão ao tratamento. Segue-se uma secção dedicada à experiência vivida da pobreza, da fome e do HIV/SIDA e uma outra que versa sobre as estratégias familiares de gestão de riscos.

A invisibilidade do trabalho agrícola e da diversificação dos meios de sustento Adesão ao TARV

A história de Fernanda

Fernanda, uma mulher divorciada de cerca de quarenta anos de idade, não tinha comparecido para levantar os ARVs na data preestabelecida e foi impedida de os levantar antes de se apresentar primeiro a uma sessão de aconselhamento. Fernanda explicou à conselheira que não tinha conseguido comparecer há duas semanas antes porque tinha estado a trabalhar na sua machamba,² longe da cidade de Manica. Como em situações similares tinha solicitado, sem sucesso, que lhe fosse autorizado o levantamento antecipado dos medicamentos, desta vez ela tinha ido para a sua machamba com a intenção de regressar à cidade para levantar a medicação na data estabelecida.

Enquanto Fernanda mencionava que tinha tido que gastar parte do dinheiro que ela tinha inicialmente destinado para o transporte, a conselheira interrompeu-a e repreendeu-a

² Designação que se atribui localmente às parcelas de cultivo.

veementemente por priorizar o trabalho agrícola em detrimento da sua saúde. Fernanda respondeu: “Eu posso deixar a machamba mas depois não vou ter nada para comer... Se seu deixar a machamba, o que é que vou comer?”.

Para pagar uma viagem de ida e volta da sua parcela até a cidade de Manica, que custava na altura o equivalente a aproximadamente 5USD, Fernanda tinha tido que fazer “mutrakita” – pagamento por tarefa/task wages achando a terra de outra pessoa. Ela tinha trabalhado três dias e conseguido 4USD, mas explicou que a maioria das pessoas termina o mesmo trabalho em menos tempo. Fernanda disse também, num tom de voz que denotava angústia, que “estava a perder força” e que só era capaz de trabalhar nos campos durante dois dias de cada vez, porque precisava de descansar. Ela tinha feito um enorme esforço e tinha trabalhado durante três dias seguidos para conseguir o dinheiro para o transporte, mas agora se sentia exausta e fraca. “Eu só quero os comprimidos!”, disse por fim.

No centro de Moçambique, mesmo quando residem em cidades e vilas, as famílias tendem a ter parcelas de cultivo. Umas são geralmente relativamente próximas das residências, embora as mulheres se queixem das longas distâncias que precisam de percorrer a pé para chegar a essas parcelas (Rachel CHAPMAN, 2006, p. 495). As machambas, que se destinam sobretudo ao cultivo do milho e outros cereais, são geralmente bastante distantes levando até a que alguns membros dos agregados familiares fixem lá temporariamente a residência nos períodos de intenso trabalho agrícola como a sacha ou a colheita.

A produção agrícola familiar funciona como que uma “rede de segurança” essencial que concede um certo grau de segurança alimentar (BRYCESON, 2000, p. 4). Os meios de sustento dos participantes desta pesquisa eram uma combinação flexível de agricultura familiar, pequeno comércio informal e pagamento por tarefa (mutrakita/biscato).

A maioria dos doentes de SIDA, em particular as mulheres, desloca-se entre as zonas urbanas e os seus campos de acordo com a época agrícola, obscurecendo a distinção entre residência urbana e rural e destabilizando os limites do dualismo urbano/rural.

Os membros dos agregados familiares desenvolvem uma ou mais actividades económicas não baseadas na agricultura, como o comércio informal, principalmente na forma de venda ambulante de roupas e produtos usados, confecção e venda de alimentos, fabricação e venda de bebidas com teor alcoólico, entre outras actividades. É frequente ver-se pelas ruas das cidades vendedores ambulantes que usam seus corpos como uma vitrina humana em que penduram roupas e sapatos usados, cabos e fichas eléctricas, cigarros, enfeites para o cabelo, cópias de CDs etc.

Para além disso mulheres e homens recorrem a diferentes tipos de “mutrakita” ou “biscato” (trabalho informal em que o pagamento se faz por tarefa) que pode variar desde a descarga de produtos, até o trabalho em terrenos agrícolas de proprietários com melhor situação económica e capacidade de contratação de mão de obra.

Esta realização de outras actividades económicas para além da agricultura emergiu, segundo Bryceson (2000, p. 725-726), no âmbito dos programas de reajustamento estrutural que foram o grande factor catalizador da diversificação dos meios de sustento, quando aumentaram as necessidades de numerário para pagamento, por exemplo, de matrículas e taxas escolares, ou de taxas de utilização nos centros de saúde.

A invisibilidade e a subestimação da agricultura de pequena escala e até mesmo a sua rejeição como trabalho estão provavelmente relacionadas com uma desvalorização dos camponeses e do seu “modo de vida”. No seu livro *The State against the Peasantry (O Estado contra o Campesinato)*, Merle BOWEN (2000, p. 17) enfatiza que em Moçambique tanto o estado colonial como o pós-colonial “adotaram consistentemente uma postura anti-camponesa”. Passo a referir um trecho que vale a pena citar em toda a sua extensão:

Dos anos 50 até aos 90, os camponeses moçambicanos suportaram dificuldades extraordinárias. A política agrícola passou da intervenção colonial e da restrição da agricultura camponesa ao controle estatal e à promoção do socialismo rural e, finalmente, ao mercado aberto e à agricultura privada. Cada fase foi marcada por mudanças que invadiram os meios de subsistência e a produção do camponês na forma de cultivo de dinheiro forçado, fazendas coletivas e apropriação de terras, respectivamente. Apesar das mudanças de regime, tanto o estado colonial como o pós-colonial de Moçambique seguiram políticas hostis ao campesinato com os mesmos resultados: aumento da insatisfação camponesa e alienação do estado (BOWEN, 2000, p. 203).

Mosca (2017, p. 84) sublinha também que, imediatamente após a independência, os pequenos produtores foram secundarizados ou mesmo marginalizados no âmbito da socialização radicalizada do meio rural. Mais ainda, O’Laughlin (2010) enfatiza que a consigna dos primeiros anos de independência – “A agricultura é a base e a indústria o factor dinamizador” – significava na prática o privilegiar das áreas urbanas onde teve lugar a maioria dos investimentos.

O primeiro presidente de Moçambique, Samora MACHEL (1976), num discurso aos trabalhadores de saúde no Hospital Central de Maputo, em 1976, referindo-se aos estudantes de medicina,

comentou: “Eles são produtores. Não têm estação. Enquanto os camponeses esperam a estação das chuvas, os trabalhadores da saúde são produtores permanentes, são camponeses sem estação” (MACHEL, 1976, p. 3).

No contexto do ethos nacionalista da FRELIMO que salientava o valor do trabalho expresso emblematicamente na consigna “Unidade, Trabalho, Vigilância”, o comentário de Machel foi bastante depreciativo para os camponeses e o seu modo de vida.

Esses posicionamentos em relação aos camponeses são ecoados numa política que ignora as especificidades do assentamento rural e adoptou o mesmo modelo de fornecimento de TARV concebido e proposto por instituições internacionais em áreas tanto rurais como urbanas, que às vezes exigia até visitas diárias às unidades de saúde. Ignorava o fato de que, nas áreas rurais, os assentamentos dispersos e as longas distâncias entre os lugares de residência e as unidades sanitárias tornam mais difícil a ida regular dos pacientes às unidades sanitárias e, por consequência, o acesso ao TARV (Carla BRAGA, 2017).

Para além disso, as atitudes de alguns profissionais de saúde subestimam a centralidade do trabalho agrícola para a sobrevivência de grande parte das pessoas vivendo com HIV/SIDA, tendo até chegado a exigir que os pacientes escolhessem entre levantar os comprimidos antirretrovirais ou trabalhar nas suas parcelas. Tanto a política de TARV como as atitudes parecem ser parte de um discurso que secundariza, subestima e desvaloriza os camponeses, o seu trabalho e o seu modo de vida.

Machamba não é trabalho!

O TOD³ (Tratamento sob Observação Directa) fazia parte do modelo de prestação de cuidados e tratamento e implicava visitas diárias à unidade de saúde para tomar os antirretrovirais em presença dos trabalhadores da saúde durante as duas primeiras semanas de tratamento. Mais tarde, os pacientes passavam a tomar a medicação em casa, mas tinham que levantar mensalmente os medicamentos na farmácia, numa data previamente estabelecida. O TOD é hoje uma prática obsoleta e há muito que não se implementa no Serviço Nacional de Saúde (SNS). No entanto, as atitudes e a lógica subjacentes à narrativa que passo a apresentar continuaram a estar presentes no decurso da minha pesquisa, na interacção entre alguns trabalhadores de saúde e pessoas vivendo com HIV/SIDA.

O vestuário, a higiene corporal e a língua de comunicação operam, por vezes, como marcadores sociais da diferença (BRAGA, 2017). Durante uma sessão colectiva de aconselhamento prévia ao início do tratamento antirretroviral no Hospital Provincial de Chimoio, com a participação de cerca de vinte pessoas, uma jovem vestida de forma cosmopolita dirigiu-se à conselheira em português solicitando isenção do TOD, alegando que não podia chegar atrasada ao seu trabalho e a conselheira aceitou. Aproveitando a oportunidade, Rita, que vestia uma capulana e estava de lenço na cabeça, disse à conselheira, numa variação local da língua Shona, que ela também precisava de isenção porque tinha que ir trabalhar na sua “machamba”, que era distante (BRAGA, 2017, p. 233). A conselheira reagiu agressivamente e gritou, visivelmente alterada: “Munda assi bassa!” (Machamba não é trabalho!).

A conselheira repreendeu Rita durante alguns minutos, repetindo como ela deveria priorizar e cuidar de sua “vida”. Em seguida, a conselheira solicitou aos outros pacientes na sala que a ajudassem a convencer aquela mulher do seu “erro”, de modo que um total de quatro pessoas se rezearam para admoestar Rita de maneira bastante humilhante. Rita permaneceu em silêncio com o olhar fixo enquanto o grupo a assediava.

Isenções ao TOD devido a exigências de aulas, exames escolares ou emprego eram geralmente aceites, embora dependessem do conselheiro. Mulheres e homens comerciantes de longa distância e motoristas de caminhão de longo curso, que muitas vezes poderiam estar ausentes por longos períodos devido à natureza de seu trabalho, recebiam os antirretrovirais com antecedência (BRAGA, 2017, p. 233). No entanto, as isenções – quer do TOD quer do levantamento regular de medicamentos – raramente eram concedidas para o trabalho agrícola.

Emerge uma concepção bastante restrita de trabalho que o identifica apenas com trabalho regular assalariado, que ficou de certa forma “institucionalizada” na prática dos conselheiros. No entanto, alguns profissionais de saúde nas áreas rurais estavam conscientes da necessidade que os doentes tinham de trabalhar de acordo com os ciclos agrícolas e explicavam a ausência de pacientes nas unidades sanitárias dizendo “é tempo de machamba!”. A época das chuvas é um período particularmente trabalhoso nos campos. “Milho e capim não se gostam”, diziam alguns pacientes, explicando que precisavam de sachar para retirar as ervas daninhas e permitir que o milho crescesse bem.

Tentei investigar em que meses os pacientes tendiam a faltar mais às consultas e ao levantamento de medicamentos, para ver se havia uma correlação com períodos intensivos de

³ Tradução de DOT (*Directly Observed Therapy*).

trabalho agrícola, como a colheita ou a sacha, mas o modo como os dados eram coletados não permitiu que esse exercício fosse realizado.

Em África, as mulheres são os principais produtores de alimentos (Jean DAVISON, 1988a, p. 1). Segundo o PEDSA (MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, 2010), em Moçambique a agricultura emprega 90% da força laboral feminina e 70% da masculina. Que ignomínia mencionar às pessoas vivendo com HIV/SIDA que tinham que cuidar da saúde e priorizar a sua “vida” num contexto em que a sua “vida” no sentido mais primordial de vida biológica, a sua possibilidade de continuar vivos dependia, naquele contexto, tanto do TARV como da sua capacidade de produzir os próprios alimentos.

A ironia de atitudes depreciativas do trabalho agrícola num país em que a agricultura é dominada pelo sector familiar e em que a maior parte da população vive da agricultura que constitui um dos seus principais meios de sustento (MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, 2010) é evidente. Mais ainda se tivermos em conta que uma das maiores dificuldades reportadas pelos pacientes em TARV é a fome, como passaremos a ver na secção que se segue.

“Ser Rico é acordar e comer”: SIDA, POBREZA E FOME

Fernando e Marisa são jovens, ambos seropositivos, e têm duas filhas. Além das tarefas domésticas e do cuidado das filhas, Marisa também vende carvão num mercado informal. Fernando vende diversos produtos pelas ruas de Chimoio e compõe canções que canta em campanhas de prevenção do HIV/SIDA em troca de algum dinheiro. Fernando tinha sido detido pela polícia enquanto vendia sapatos americanos de segunda mão nas ruas, teve que pagar uma multa e a sua mercadoria foi confiscada. Perante tal prejuízo, Fernando não pôde continuar com o seu negócio e o casal estava a passar por imensas dificuldades. Marisa compartilhou:

Temos que pagar renda por um barraca como esta, também precisamos de comer, as crianças precisam de estudar, querem livros [...] Não aguento, a minha cabeça fica cheia e dói. O meu marido não trabalha, eu também não tenho emprego. [...] Os problemas nunca acabam quando se é pobre, gostam de estar perto da pobreza, é aí que os problemas gostam de estar [...] perto da pobreza. Às vezes pergunto-me se Deus se esqueceu de mim [...] Deus deu-me estas duas crianças e depois deixou-me assim [...] O Fernando pode vir a ser um músico e depois ficar rico mas eu não quero saber, eu não quero riquezas, ser rico é acordar e comer [...] o resto não importa.

Marisa narra a experiência vivida da pobreza e da miséria, a sensação de que as dificuldades são infinitas, que os problemas têm vida própria, personificam-se, tornam-se entidades dotadas de vontade e gostos próprios, como indica a frase “Problemas gostam de estar perto da pobreza”. A falta de trabalho e a conseqüente falta de dinheiro para as suas necessidades mais básicas são, por um lado, corporificadas sob forma de fome, e são vivenciadas e expressas também em termos corporais: “a minha cabeça fica cheia e dói” como um idioma de aflição.

Indicações sobre o regime alimentar e a nutrição eram parte crucial do aconselhamento prévio ao início do TARV, enfatizando-se que não se devia tomar os medicamentos em jejum. Os pacientes em TARV mencionaram que não sabiam se as tonturas que sentiam eram devido à fome, à doença ou aos antirretrovirais. No entanto, algumas pessoas em TARV veiculavam outros discursos sobre a fome, nos quais elas não negavam a fome, mas pareciam superá-la:

No hospital eles dizem que não se pode tomar TARV sem comida, então as pessoas não tomam anti-retrovirais e pensam que vão tomar quando tiverem comida [...] mas é preciso tomar isso dia após dia! Como é que eu consigo tomar TARV? Estou-lhe a dizer que não comi nada de manhã, nem almoço, nem jantar e mesmo assim tomo TARV [...] não me dá tontura, nada, não me sinto mal por não comer enquanto tomo TARV! (José, trinta anos de idade do sexo masculino).

A insegurança alimentar e a fome estão intimamente ligadas às dificuldades de adesão ao TARV (Anita HARDON *et al.*, 2006; Ippolitus KALOFONOS, 2010, p. 364). Em África, a insegurança alimentar é cíclica devido a factores como políticas adversas à agricultura de pequena escala, conflitos e mudanças climáticas (MOSCA, 2017).

As pessoas vivendo com HIV/SIDA enfrentavam, lidavam e “tentavam superar” a fome dormindo, como se narra na seguinte secção.

Dormindo para não sentir fome

Abel, um jovem paciente em TARV que decidiu interromper o tratamento, embora estivesse consciente de que essa decisão punha a sua vida em perigo, explicou:

Consigno tomar esses comprimidos, mas se eu tomar sem comer sinto tonturas. Às vezes sinto-me mal por causa da fome, então durmo, durmo, durmo [...] até as sete. Eu queria tomar os comprimidos e nunca parar de tomar, mas com fome e essa vertigem [...] eu venho para dentro, fecho a porta e durmo [...] mesmo durante o dia [...] durmo. Hoje, eu também estava a

dormir por um bom tempo lá dentro. Às vezes as pessoas ficam desconfiadas “ele está só a dormir? Será que está vivo?”.

Palmira, uma outra paciente em TARV, tinha 36 anos de idade, era mãe de três filhos pequenos e também fazia a associação entre fome e sono. Palmira era viúva de um militar que tinha morrido com SIDA há três anos, mas ela ainda não tinha conseguido cumprir com as exigências burocráticas para o pagamento da pensão de viuvez e vivia em extrema pobreza. Numa das minhas visitas encontrei-a a comer algo que não consegui identificar e ela explicou-me que estava a comer papaia verde para poder “mastigar alguma coisa” e disse:

Os meus filhos estão a crescer assim, um dia comem, outro dia não comem [...] olha aquele ali [apontando para o filho de cerca de seis anos deitado no chão de terra batida sobre um saco de serrapilheira], a dormir assim a esta hora do dia [...] Quando eu não tenho comida não peço aos vizinhos, só fico aqui com os meus filhos. Pegamos em papaias verdes, pomos sal, comemos e dormimos.

Fazendo alusão a um estudo realizado entre a classe trabalhadora no século XIX em Londres, num contexto de enorme desemprego e fome, Nancy SCHEPER-HUGHES (1992) menciona que “os primeiros sintomas de inanição são a languidez, a exaustão e uma certa debilidade generalizada, acompanhadas de uma sensação de desmaio, de pressão no peito, calafrios, vertigens [...] a pessoa [...] fica frequentemente indiferente, deprimida e apática” (p. 138). Escrevendo sobre a “loucura da fome” no Brasil, Scheper-Hughes (1992) faz uma distinção entre diferentes tipos de ausência ou escassez de alimentos que incluem fome, fomes periódicas, e a fome constante e crónica daqueles “que comem todos os dias, mas em quantidade insuficiente ou de má qualidade”, o que “os deixa insatisfeitos e famintos” (p. 37).

Adoptando a classificação proposta por Scheper-Hughes (1992), algumas pessoas que vivem com o HIV/SIDA enfrentaram fome crónica em Manica, comendo quantidades insuficientes, por vezes, apenas uma ou duas vezes por dia. No seu estudo de saúde reprodutiva na região central de Moçambique, Chapman (2006, p. 494) concluiu que, da sua amostra, apenas 9,6% dos agregados familiares produziam cereais suficientes para durar até a próxima colheita.

Pude constatar que o período imediatamente anterior à colheita era um período bastante difícil, porque as pessoas já tinham concluído a produção do ano anterior e a nova colheita ainda não se tinha verificado. Algumas pessoas chegavam a comer como que uma papa de “farelo” e partilhavam informações sobre como conseguir comer as cascas dos cereais, indicando que estas deviam estar bastante quentes para se conseguirem engolir.

Manica é uma das províncias com grande potencial agrícola e condições agroecológicas favoráveis, mesmo assim, deparámo-nos com situações de “fome crónica”.⁴ Em períodos de escassez é como se a fome fosse naturalizada e normalizada, fazendo parte do quotidiano de algumas pessoas. A fome torna-se algo tão assustadoramente trivial que Martina respondeu com um certo sarcasmo a quem lhe tinha negado ajuda para comprar alimentos para si e para os seus filhos, dizendo: “Isso não é um grande problema [...] se uma pessoa come ou não, a fome não mata ninguém!”.

As pessoas vivendo com HIV/SIDA, em particular mulheres, tentavam conciliar e articular os imperativos da produção agrícola e os requisitos de adesão ao TARV recorrendo a estratégias colectivas de gestão de riscos, como se exemplifica na secção que se segue.

Estratégias familiares de Gestão de Risco

Tanto Filomena como Sara, a sua filha de vinte anos, viviam com HIV/SIDA e ambas estavam em TARV. Filomena era divorciada e responsável pelos seus 3 filhos menores (entre os 8 e 12 anos de idade). Nesse período, ela trabalhava como empregada doméstica e confeccionava umas frituras que o filho mais velho vendia à tarde no mercado, após o regresso da escola. Sara, a filha mais velha de Filomena, estava gravemente doente e tinha sido abandonada pelo marido. Filomena levou Sara para junto de si, para cuidá-la.

Numa das minhas visitas, Filomena não tinha ido ao trabalho pois estava com malária. Estava deitada numa esteira no chão, ao lado de Sara, que era literalmente um esqueleto vivo. Embora ela não tenha sido a única vítima de SIDA que conheci em estado muito grave, impressionou-me a facilidade com que podia ver não apenas as suas costelas, mas a própria forma de outros ossos do peito e do crânio. Na hora em que Sara devia tomar a medicação, Filomena, febril, começou cuidadosamente a adicionar pouco a pouco sumo de laranja em pó a um copo de água, provando a mistura de cada vez: “Sabe [...] é que ela não gosta do sumo muito doce”, explicou-me. Sem deixar a esteira, Filomena sentou-se, esmagou algumas pílulas entre duas colheres e misturou-as com o sumo, dizendo: “Sara não gosta de engolir comprimidos”. Então se virou para conseguir sentar a filha, pegou no copo e cuidadosamente foi dando o remédio para Sara, colher a colher. Nas visitas

⁴ Este “paradoxo” necessita de ser estudado em profundidade e está fora do âmbito deste artigo.

sucessivas que lhes fiz, pude testemunhar a recuperação de Sara, em grande parte devido ao esforço e aos cuidados prestados carinhosamente pela sua mãe.

Um ano depois de as conhecer, encontrei Sara gravemente doente e sozinha, deitada diretamente na terra em frente à casa delas. Naquele ano, a estação chuvosa tinha começado mais tarde do que o esperado e as pessoas estavam receosas de perder a produção agrícola. Filomena foi uma das pessoas que foi trabalhar nas suas machambas assim que as primeiras chuvas caíram, na tentativa de resgatar a produção. O voluntário⁵ de uma associação local de Pessoas vivendo com HIV/SIDA mobilizou membros da família para informar Filomena do grave estado de saúde da sua filha. Filomena regressou da machamba, deu algumas instruções aos filhos mais novos e deixou Sara aos seus cuidados, mas voltou para a machamba no dia seguinte, tentando desesperadamente resgatar a produção de milho. Ela estava absolutamente angustiada e bastante insegura e disse-me: “Eu não sei o que fazer, eu não sei [...] Se eu não pegar esse milho, o que vai acontecer com todos nós? Eu não sei”. Desta vez não era apenas a vida de Sara que estava em jogo, mas a produção agrícola que ajudaria a garantir a sobrevivência de todos os membros da família.

A difícil decisão de Filomena não era de modo algum desprovida de racionalidade inclusivamente económica. Ela teve que pensar na vulnerabilidade do conjunto do agregado familiar a longo prazo, pois estavam expostos ao perigo que significava o fracasso agrícola e a subsequente fome. Entre o risco de fome de todos os membros do agregado familiar e o grave estado de saúde da filha, Filomena toma a dura e difícil decisão de regressar para a sua parcela, deixando a filha a cuidado dos irmãos mais novos, numa tentativa de conciliar os imperativos da produção agrícola e do TARV.

As mulheres são não só as principais produtoras de alimentos (MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, 2010) como são as principais encarregadas do cuidado dos enfermos. A forma como as mulheres negociam a sobrevivência mais imediata, em termos de assegurar a produção de alimentos e as exigências do TARV, os cuidados de médio e longo prazo para tratamento e alívio do sofrimento fica, de certa forma, patente nas histórias de Filomena e Sara.

Filomena tentou gerir os riscos realocando o tempo e o trabalho para garantir a sobrevivência dos seus três filhos pequenos, de Sara e dela própria, numa complexa economia de cuidados e de sobrevivência. Perante a possibilidade de fome, um perigo para todos os membros do agregado familiar, Filomena recorreu ao que denomino estratégias familiares de gestão de risco.

Discussão e observações finais

O acesso ao TARV e a probabilidade de cumprir com as suas exigências em “locais com poucos recursos” são dificultados por factores como a fome e falta de transporte (HARDON *et al.*, 2006; KALOFONOS, 2010; PETERS *et al.*, 2007, p. 92), mas também podem ser inviabilizados pela desvalorização da agricultura de pequena escala, pela hierarquização de actividades económicas, formas de trabalho, pela invisibilidade dos desafios impostos sobretudo aos pacientes com poucos recursos que tentam conciliar uma multiplicidade de meios de sustento com o TARV.

Os serviços que providenciam TARV privilegiam uma certa temporalidade que não só está em desacordo, como nega a estrutura temporal dos ciclos agrícolas, que é crucial para aqueles cuja sobrevivência depende da agricultura. O acesso aos ARVs é, portanto, também sobre a temporalidade dos ciclos da natureza, as estações agrícolas, as exigências da produção de alimentos e a sua disjunção com os serviços de TARV.

Alguns pacientes com SIDA, maioritariamente do sexo feminino, vivenciaram a desvalorização da sua principal fonte de sustento, sofreram a violência de que o seu modo de vida não fosse tomado em conta, se tornasse invisível, como se não existisse. Foram compreendidas, criticadas e até mesmo humilhadas e consideradas negligentes por não se importarem com a sua “vida” e a sua saúde, num claro exercício de disciplinarização. Mais ainda, foram levadas a decidir entre assegurar a sobrevivência através da flexibilização dos meios de sustento e produção alimentar e o acesso ao TARV como modo de prolongar a sua vida e aliviar o sofrimento, além de serem culpabilizadas por conceber e pôr em prática estratégias que procuravam conciliar ambas as necessidades. As suas estratégias de gestão de risco foram de certa forma consideradas inadequadas e irracionais porque supostamente não priorizavam a saúde.

Escrever sobre a fome, não de forma abstracta, em termos de índices ou de sintomas e consequências, mas sobre o absurdo e a ignomínia da fome, a sua experiência vivida, tentando pelo menos servir de veículo para a expressão do sofrimento de corpos com fome, é uma tarefa assaz difícil, como se a experiência da fome não fosse verbalizável, uma experiência extrema, pejada de sofrimento e difícil de transmitir.

Uma vez que as mulheres são as principais produtoras de culturas alimentares em Moçambique (Channing ARNDT; Rui BENFICA; James THURLOW, 2010, p. 2), a invisibilidade e mesmo desvalorização

⁵ As associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA tendem a organizar os seus próprios membros em grupos voluntários de apoio àqueles em grave estado de saúde.

do trabalho agrícola no âmbito do TARV assumem uma crucial dimensão de género. Para além disso, o facto de as mulheres serem também as principais prestadoras de cuidados, particularmente de saúde, no âmbito familiar, tem implicações para o bem-estar de mulheres seropositivas, em termos de carga de trabalho que importa investigar em profundidade. Estas circunstâncias diminuem as possibilidades das mulheres vivendo com HIV/SIDA terem acesso ao TARV e dificultam a sua adesão ao tratamento, com sérias implicações para a sua saúde. A invisibilidade da agricultura familiar pode, embora não intencionalmente, funcionar como uma técnica de triagem, uma maneira de separar os pacientes que devem viver daqueles que podem morrer.

Referências

- ARNDT, Channing; BENFICA, Rui; THURLOW, James. "Gender Implications of Biofuels Expansion: a CGE Analysis for Mozambique". *UNU-WIDER Working Paper* 2010/111, 2010.
- BOWEN, Merle. *The State Against the Peasantry: Rural Struggles in Colonial and Postcolonial Mozambique*. Charlottesville: University Press of Virginia, 2000.
- BRAGA, Carla. "Producing and Reproducing Inequality: Biopolitical Exclusion, Marginalized Bodies and AIDS care in central Mozambique". *Africa Development*, v. 42, n. 1, p. 221-243, 2017. Disponível em https://www.jstor.org/stable/90013907?seq=1#page_scan_tab_contents.
- BRYCESON, Deborah. "Rural Africa at the Crossroads: Livelihood Practices and Policies". *ODI Natural Resource Perspectives*, n. 52, 2000. Disponível em <http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/4250/52-rural-africa-livelihood-practices-policies.pdf?sequence=1>.
- BRYCESON, Deborah. "The Scramble in Africa: reorienting Rural Livelihoods". *World Development*, v. 30, n. 5, p. 725-739, 2002. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X02000062>.
- CHAPMAN, Rachel. "Chikotsa Secrets, Silence, and Hiding: Social Risk and Reproductive Vulnerability in Central Mozambique". *Medical Anthropology Quarterly*, v. 20, n. 4, p. 487-515, 2006. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17225656>.
- CLIFF, Julie; NOORMAHOMED, Abdul. "Health as a Target: South Africa's Destabilization of Mozambique". *Social Science and Medicine*, v. 27, n. 7, 1988a.
- CLIFF, Julie; NOORMAHOMED, Abdul. "South African Destabilization and Health in Mozambique". *Review of African Political Economy*, v. 42, 1988b.
- DAVISON, Jean. "Land and Women's Agricultural Production: the Context". In: DAVISON, Jean (Ed.). *Agriculture, Women, and Land: the African Experience*. Boulder: Westview Press, 1988a.
- FARMER, Paul. *Infections and Inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press, 2001.
- GILKS, Charles; CROWLEY, Siobhan; EKPINI, Rene; GOVE, Sandy; PERRIENS, Jos; SOUTERYAND, Yves; SUTHERLAND, Don; VITORIA, Marco; GUERMA, Teguest. "The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings". *The Lancet*, v. 5, n. 368, p. 505-510, 2006. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16890837>.
- GOMES, Alberto Pereira *et al.* *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Belo Horizonte: Editora Fundação Ezequiel Dias, 2007.
- HARDON, Anita *et al.* *From access to adherence: the challenges of antiretroviral treatment: Studies from Botswana, Tanzania and Uganda*. Geneva: WHO, 2006. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43522/9241563281_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- KALOFONOS, Ippolytos. "All I Eat is ARVs': The Paradox of AIDS Treatment Interventions in Central Mozambique". *Medical Anthropology Quarterly*, v. 24, n. 3, p. 363-380, 2010.
- LIBERATO, Rita Simone; MOUTINHO, Laura; NORONHA, Isabel; BAGNOL, Brigitte. "Soberania Alimentar no Machimbombo e na aldeia: género na perspectiva Sul-Sul". *Revista Estudos Feministas*, v. 27, n. 3, e66961, 2019.
- MACHEL, Samora. *Hospital Speech*, número especial, 1976. (Boletim – A Saúde em Moçambique)
- MATSINHE, Cristiano. *Tábula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*. Maputo: Texto Editores, 2006.

MILLS, Edward *et al.* "Adherence to Antiretroviral Therapy in Sub-Saharan Africa and North America: a Meta-analysis". *JAMA*, v. 296, n. 6, p. 679-690, 2006. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/203145>.

MINISTÉRIO da Agricultura. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento do Sector Agrário – PEDSA 2010-2019*. Maputo, 2010.

MOSCA, João. "Agricultura familiar em Moçambique: ideologias e políticas". *Revista NERA*, Presidente Prudente, n. 38, p. 68-105, 2017. (Dossiê)

MOÇAMBIQUE. "Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015". *Relatório de Indicadores Básicos*. Moçambique: Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF International, 2016. Disponível em https://mz.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/182/2017/06/IMASIDA-2016_Relatorio-de-Indicadores-Basicos-for-Web.pdf.

O'LAUGHLIN, Bridget. "Questions of Health and Inequality in Mozambique". *Cadernos IESE*, n. 4, 2010. Disponível em http://www.iese.ac.mz/lib/publication/cad_iese/CadernosIESE_04_Bridget.pdf.

PETERS, Pauline; KAMBEWA, Daimon; WALKER, Peter. *The effects of Increasing Rates of HIV/AIDS related Illness and Death on Rural Families in Zomba District, Malawi: a Longitudinal Study*. Final Report presented to the RENEWAL Program, 2007. (Mimeo)

PFEIFFER, James. "The Struggle for a Public Sector: PEPFAR in Mozambique". In: BIEHL, João; PETRINA, Adriana (Eds.). *When People come First: Critical Studies in Global Health*. Princeton: Princeton University Press, 2013.

PFEIFFER, James; CHAPMAN, Rachel. "Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health". *Annual Review of Anthropology*, v. 39, p. 149-165, 2010. Disponível em <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.anthro.012809.105101>.

REPÚBLICA de Moçambique. *CNCS – Conselho Nacional de Combate ao SIDA*. Moçambique: UNAIDS, GARPR, 2016. Disponível em https://www.unaids.org/file/downloads/MOZ_narrative_report_2016.pdf.

SCHEPER-HUGHES, Nancy. *Death Without Weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1992.

SHERR, Kenneth; MICEK, Mark; GIMBEL, Sarah; GLOYD, Stephen; HUGHES, James; JOHN-STEWARD, Grace; MANJATE, Rosa; PFEIFFER, James; WEISS, Noel. "Quality of HIV care provided by non-physician clinicians and physicians in Mozambique: a retrospective cohort study". *NCBI/AIDS*, v. 24, p. S59-S66, 2010. Disponível em <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20023441>.

WHYTE, Susan (Ed.). *Second Chances: Surviving AIDS in Uganda*. Durham: Duke University Press, 2014.

Carla Teófilo Braga (carla.braga@uem.mz) é antropóloga-médica, doutorada pela SUNY (State University of New York). É presidente do Conselho Científico da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. Foi pesquisadora visitante em várias universidades europeias e dos Estados Unidos e tem como interesses de pesquisa: Saúde, Desigualdades e Meios de Sustento; Biomedicina em contextos pós-coloniais; Violência e Memória; Poder/conhecimento e Ética de Pesquisa em Ciências Sociais.

COMO CITAR ESSE ARTIGO DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA

BRAGA, Carla Teófilo. "Machamba não é trabalho!": HIV/SIDA e Produção Agrícola no centro de Moçambique". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 27, n. 3, e67175, 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Não se aplica.

FINANCIAMENTO

Fullbright – International Federation of University Women.

CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM

Não se aplica.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Não se aplica.

CONFLITO DE INTERESSES

Não se aplica.

LICENÇA DE USO

Este artigo está licenciado sob a Licença Creative Commons CC-BY. Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, criar para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra.

HISTÓRICO

Recebido em 22/08/2019

Aprovado em 23/08/2019

