

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

CAMILA TAÍS AYALA

**O SURGIMENTO E A INTERNACIONALIZAÇÃO DO HIV A PARTIR DO
COLONIALISMO: OS CASOS DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO E
DA ÁFRICA DO SUL**

Porto Alegre

2021

CAMILA TAÍS AYALA

**O SURGIMENTO E A INTERNACIONALIZAÇÃO DO HIV A PARTIR DO
COLONIALISMO: OS CASOS DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO E
DA ÁFRICA DO SUL**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Relações Internacionais da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Relações Internacionais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Analúcia Danilevicz Pereira

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Ayala, Camila Taís

O surgimento e a internacionalização do HIV a partir do colonialismo: os casos da República Democrática do Congo e da África do Sul / Camila Taís Ayala. -- 2021.

68 f.

Orientadora: Analúcia Danilevicz Pereira.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Curso de Relações Internacionais, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. HIV. 2. Imperialismo. 3. República Democrática do Congo. 4. África Austral. 5. África do Sul. I. Pereira, Analúcia Danilevicz, orient. II. Título.

CAMILA TAÍS AYALA

**O SURGIMENTO E A INTERNACIONALIZAÇÃO DO HIV A PARTIR DO
COLONIALISMO: OS CASOS DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO E
DA ÁFRICA DO SUL**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Relações Internacionais da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Relações Internacionais.

Aprovada em: Porto Alegre, 12 de maio de 2021

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Analúcia Danilevicz Pereira - Orientadora
UFRGS

Prof. Dr. José Rivair Macedo
UFRGS

Prof. Dr. Paulo Gilberto Fagundes Visentini
UFRGS

A mi sorella

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino gratuito e de excelência providenciado nesta instituição. Assim, sou extremamente grata aos professores, servidores, técnicos e terceirizados que sempre estiveram à disposição para me auxiliar em tudo que necessitei nestes quatro anos de formação.

Gostaria de agradecer a minha orientadora, a Prof.^a Dra. Analúcia Danilevicz Pereira, que me convidou para integrar o Centro Brasileiro de Estudos Africanos perto do início da minha trajetória acadêmica, em 2018, e, desde então, sempre tem me apoiado em todos os temas de pesquisa que me interessei, nunca rejeitando ou desconsiderando qualquer ideia que levantei. Com meu projeto de TCC, ela sempre se trabalhou ao máximo para me dar todo o suporte possível, me encorajando em todas as etapas do processo. Sem seu apoio e orientação, esta pesquisa nunca poderia ter sido realizada. Além disso, também agradeço meus colegas do CEBRAFRICA pelo apoio no decorrer da minha trajetória acadêmica.

Agradeço também minha família, sem a qual não teria conseguido terminar este trabalho: Gracias papa y mama, por estos 21 años de amor y apoyo incondicional, por ayudarme en todo que ya pude haber necesitado, por enseñarme que soy capaz de alcanzar lo que desee y permitirme ser lo que quiero, sin excepciones. Luana, te agradezco por ser mi modelo de mujer, un verdadero ejemplo de determinación, fuerza, independencia y amor, aunque siempre te vas mas lejos, cuanto más pasan los años, más cerca me siento de vos. Gracias abuelas, Chiquita y Pochi, siempre tan lejos, pero presentes en cada momento de mi vida, por el amor y apoyo constantes. A mis tíos, Dani, Sandra, Gustavo, Coral y Mauro, por el cariño y compañía aún con esta distancia tan enorme.

Por último, agradeço a meus amigos, que durante todos esses anos compartilharam conversas, risadas e momentos de alegria e tristeza, tanto os amigos que fiz aqui na UFRGS, Luana, Igor, Henrique, Isadora, Luiza, Geremias, Rafaela e João, que me acolheram e apoiaram quando não conhecia ninguém em Porto Alegre, quanto meus quase irmãos de Fortaleza, Clara, Daniel, Giovana, Sérgio e Suren, que apesar da distância sempre se fizeram presentes em todos os momentos.

“There was no written language in the Congo when Europeans first arrived, and this inevitably skewed the way that history was recorded. We have dozens of memoirs by the territory’s white officials; we know the changing opinions of key people in the British Foreign Office, sometimes on a day-by-day basis. But we do not have a full-length memoir or complete oral history of a single Congolese during the period of the greatest terror. Instead of African voices from this time there is largely silence.”

— Adam Hochschild, King Leopold's Ghost.

RESUMO

Este trabalho analisa a correlação entre o surgimento e expansão do vírus do HIV-1 na África e as alterações estruturais causadas pela colonização europeia do território. Dessa forma, será estudado o surgimento do vírus na República Democrática do Congo, associado às políticas colonizadoras de Leopoldo II e da Bélgica, as quais causaram fatores de risco que potencializaram a transmissão do HIV e surgimento da epidemia. A seguir será observado como o vírus surgiu e se expandiu, chegando aos territórios continentais da África Austral, relacionado aos conflitos associados às independências dos Estados na região, a partir da década de 1960. Por último, será analisada a inserção do vírus na África do Sul, relacionado ao contexto do Apartheid e ao trabalho minerador de imigrantes, e as políticas para o HIV e AIDS dos primeiros governos sul-africanos após a descoberta do vírus até o momento da distribuição de antirretrovirais para a população.

Palavras-chave: HIV. Imperialismo. República Democrática do Congo. África Austral. África do Sul.

ABSTRACT

This work seeks to analyze the correlation between the emergence and expansion of the HIV-1 virus in Africa and the structural changes caused by the European colonization of the territory. With this in mind, the emergence of the virus in the Democratic Republic of Congo, associated with the colonization policies of Leopoldo II and Belgium, which caused risk factors that potentiated the transmission of HIV and the emergence of the epidemic will be analyzed. Next, how the virus emerged and expanded, reaching the continental territories of Southern Africa, associated with the conflicts related to the independence of States in the region, starting in the 1960s, will be observed. Finally, the insertion of the virus in South Africa will be analyzed, related to the context of the Apartheid and immigrant mining work, and the HIV and AIDS policies of the first South African governments after the virus was discovered, until the distribution of antiretrovirals to the population.

Keywords: HIV. Imperialism. Democratic Republic of Congo. Southern Africa. South Africa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos, grupos e subtipos de HIV	13
Figura 2 - Esquema das origens do imperialismo.....	19
Figura 3 - Mapa dos subtipos prevalentes de HIV-1-M na África	33
Figura 4 - Evolução populacional de Mbuji-Mayi (1946 - 1960)	35
Figura 5 - Evolução populacional de Lubumbashi (1911 - 1957).....	36
Figura 6 - Linha do tempo do HIV-1-M na República Democrática do Congo.....	37
Figura 7 - Mapa da África Austral destacando Lesoto e Essuatíni	39
Figura 8 - Mapa de Estados da África Austral envolvidos em conflitos (1960 - 2000).....	42
Figura 9 - Número de refugiados na África (1960 - 2000).....	43
Figura 10 - Expectativa de vida e aumento populacional de pessoas com HIV	44
Figura 11 - Estimativa de introduções virais na África do Sul por país de origem.....	46
Figura 12 - Número estimado de imigrantes da SADC na África do Sul (1911 - 2011)	47
Figura 13 - Prevalência de HIV na África do Sul (1990 - 1999).....	52
Figura 14 - Mortes relacionadas à AIDS no Brasil e África do Sul (1994 - 2004)	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNA	Congresso Nacional Africano
CRF	<i>Circulating Recombinant Forms</i>
EUA	Estados Unidos da América
FNLA	Frente Nacional de Libertação
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GEAR	<i>Growth, Employment and Redistribution Programme</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDC	Comitê Interdepartamental para AIDS
MIBA	<i>La Societe Miniere du Beceka</i>
MK	<i>Umkhonto we Sizwe</i>
MPLA	Movimento Popular pela Libertação de Angola
NACOSA	Convenção Nacional de AIDS na África do Sul
NAP	<i>National AIDS Plan</i>
ONG	Organização Não Governamental
SANAC	Conselho Nacional da AIDS
SIV	<i>Simian immunodeficiency vírus</i>
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviética

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	ORIGENS DO HIV NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO	15
2.1	O IMPERIALISMO NA ÁFRICA	17
2.2	O HIV NA COLONIZAÇÃO DE LEOPOLDO II	21
2.3	O HIV NA COLONIZAÇÃO BELGA DO CONGO	26
2.4	CONCLUSÕES PARCIAIS	30
3	A CHEGADA DO HIV À ÁFRICA AUSTRAL	32
3.1	AS ORIGENS DO SUBTIPO C DO HIV-1-M	32
3.2	A CHEGADA DO SUBTIPO C DO HIV-1 À ÁFRICA AUSTRAL	37
3.3	CONCLUSÕES PARCIAIS	42
4	O CASO DO HIV NA ÁFRICA DO SUL	46
4.1	O HIV NO CONTEXTO DO APARTHEID (1982 - 1994)	48
4.2	O HIV NO GOVERNO DE MANDELA (1994 - 1999)	51
4.3	O HIV NO PRIMEIRO GOVERNO DE MBEKI (1999 - 2004)	56
4.4	CONCLUSÕES PARCIAIS	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

Em 1981, foram identificados os primeiros casos conhecidos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos Estados Unidos (EUA), iniciando a epidemia que levou à morte de, até 2019, 38 milhões de pessoas (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS, 2021). Com isso, a atenção da população global se voltou para o fenômeno e o vírus se espalhou por todos os continentes.

Quase quarenta anos após o início do que, posteriormente, seria conhecido como a Crise da AIDS, o vírus infectou um total de 75 milhões desde sua descoberta, segundo dados da UNAIDS (2021). Atualmente, estima-se que 38 milhões de pessoas vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), em que, aproximadamente, 26,6 milhões são africanos, constituindo, assim, o continente com o maior número de indivíduos infectados, além de ser o com a maior quantidade de novas infecções anuais: apenas em 2019 foram 990.000, representando 57% do total global (UNAIDS, 2021).

Considerando este contexto, este trabalho justifica-se a partir da importância, destacada dentro da área da epidemiologia social¹, de compreender como fatores históricos, sociais, econômicos, políticos e étnicos afetam a propagação de doenças, a fim de, com isso, identificar padrões e impedi-los de se repetirem (LAURELL, 1990).

Dessa forma, e a partir da teoria da Produção Social da Doença, de Laurell, Breilh e Samaja, este trabalho tem como objetivo principal analisar como os fatores socioeconômicos e políticos produzidos pelo colonialismo causaram o surgimento e expansão da epidemia do HIV no continente africano. Assim, como objetivos secundários, destacam-se:

- a) identificar os fatores da colonização da República Democrática do Congo que levaram à emergência do vírus;
- b) compreender os fluxos migratórios e aspectos políticos que causaram a expansão da doença para a África Austral;
- c) analisar como se deram as políticas dos governos sul-africanos para lidar com a epidemia.

A hipótese principal do trabalho é que o vírus do HIV surgiu e se internacionalizou, causando a morte de 32 milhões de pessoas globalmente, devido ao imperialismo, o qual alterou a estrutura social, econômica e política das populações africanas.

¹ Ramo da epidemiologia (área da medicina que busca identificar e estudar os fatores que levam à propagação de doenças) que busca analisar a influência de fatores sociais para a difusão de doenças (BERCKMAN, 2000)

A fim de compreender a epidemia do HIV, cabe entender alguns aspectos do vírus: o HIV é dividido em dois tipos, HIV-1 e HIV-2, e, dentro destes tipos, em grupos. O HIV-1, mais prevalente, é subdividido nos grupos M, N, O e P, em que cada grupo representa um momento distinto em que o vírus do *Simian immunodeficiency virus* (SIV) dos chimpanzés se adaptou a humanos (SHARP; HAHN, 2011).

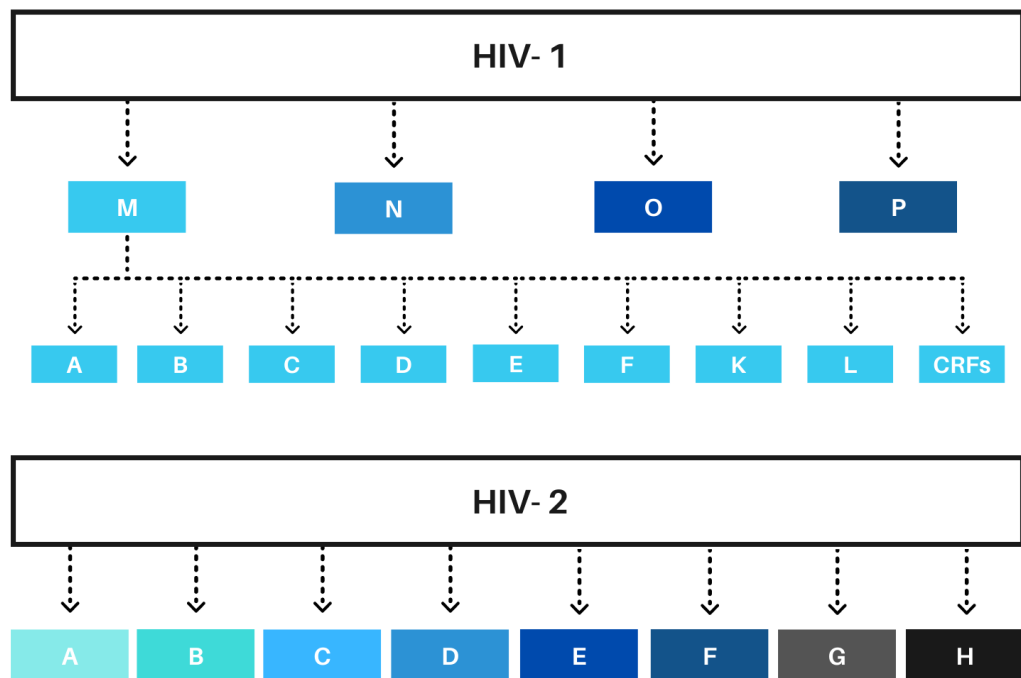
O grupo M, primeiro a ser descoberto e responsável por 90% das infecções atuais, é dividido em subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J, K e L), resultantes da diversificação genética e/ou eventos fundadores¹ pós-introdução do vírus (DÉSIRÉ *et al.*, 2018; YAMAGUCHI *et al.*, 2019). Além disso, também há *Circulating Recombinant Forms* (CRFs) frutos da recombinação entre diferentes subtipos do vírus (VIDAL *et al.*, 2000).

O HIV-2, surgido em Camarões, de forma independente ao HIV-1, é considerado menos transmissível, por possuir uma menor carga viral, sendo restrito à África Ocidental. Ele é dividido entre os grupos A, B, C, D, E, F, G e H. Contudo, os grupos A e B são os mais prevalentes, tendo em vista que o C, D, E, F, G e H foram identificados apenas em indivíduos singulares, ou em até duas pessoas (SHARP, HAHN, 2011).

Dessa forma, existe uma grande diversidade genética do vírus do HIV. É, inclusive, esta diversificação associada às mutações da doença que torna o desenvolvimento de uma vacina contra o HIV tão difícil para pesquisadores (DÉSIRÉ *et al.*, 2018). Abaixo, na Figura 1, podem ser observados os tipos, grupos e subtipos de HIV, discutidos anteriormente, de forma esquematizada:

¹ “Um evento fundador ocorre quando uma nova população é estabelecida a partir de um pequeno número de indivíduos retirados de uma grande população ancestral” (TEMPLETON, 2008, p. 470, tradução nossa).

Figura 1 - Tipos, grupos e subtipos de HIV



Fonte: Elaboração própria com base em Désiré *et al.* (2018), Yamaguchi *et al.* (2019) e Sharp e Hahn (2011).

Estes diferentes subtipos de HIV foram se espalhando pelos diversos continentes, associados, muitas vezes, a rotas migratórias e relações comerciais entre países. Nesse sentido, no primeiro capítulo, este trabalho irá estudar as origens do HIV-1-M em Kinshasa, na República Democrática do Congo.

Estas origens são associadas a alterações estruturais geradas pela colonização do país por Leopoldo II e, posteriormente, pelo Estado belga. Assim, o primeiro capítulo irá analisar os possíveis fatores colonizadores que podem ter contribuído para o desenvolvimento da epidemia.

Em relação à epidemia atual do HIV, os territórios continentais da África Austral, compostos por África do Sul, Angola, Botsuana, Essuatíni (antiga Suazilândia), Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Zâmbia e Zimbabué, são, os mais afetados pelo vírus. Seus Estados possuem taxas de prevalência de HIV, ou seja, porcentagem da população adulta vivendo com a doença, consideradas extremamente elevadas (acima de 1,5%, segundo a UNAIDS, 2021), conforme pode ser observado na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Prevalência de HIV em adultos (+ 15 anos) na África Austral²

Prevalência de HIV em adultos	
África do Sul	17,30%
Angola	1,8%
Botsuana	22,20%
Essuatíni	27,10%
Lesoto	23,10%
Malawi	9,50%
Moçambique	12,10%
Namíbia	12,70%
Zâmbia	12,10%
Zimbabué	13,40%

Fonte: Elaboração própria com base em dados de UNAIDS (2021)

Dessa forma, torna-se fundamental analisar o caso desses territórios da África Austral, a fim de compreender como se deu a chegada e expansão do vírus a esta região. Neste sentido, cabe destacar que os casos de HIV da África Austral são, majoritariamente, causados pelo subtipo C do HIV-1-M. Dessa forma, o segundo capítulo deste trabalho irá analisar o surgimento do subtipo C a partir do HIV-1-M de Kinshasa em Mbuji-Mayi, na República Democrática do Congo (FARIA *et al.*, 2014), e seu posterior processo de expansão nos territórios terrestres da África Austral, estudando a possível relação do crescimento do vírus nesta região com seus conflitos de independência e suas rotas migratórias.

Por último, no capítulo três, será observado o caso específico da África do Sul, que atualmente é o país no mundo com o maior número de pessoas vivendo com HIV, atingindo 7,5 milhões em 2019 (UNAIDS, 2021). A partir disso, torna-se fundamental analisar a chegada do vírus a este Estado, sua expansão interna e as medidas governamentais, associadas aos contextos políticos de cada momento, desenvolvidas para lidar com a epidemia, conforme será feito nesse capítulo.

² A UNAIDS categoriza como adultos indivíduos a partir de 15 anos (UNAIDS, 2021).

2 ORIGENS DO HIV NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

Análises filogenéticas e estatísticas do vírus do HIV apontam que, originalmente, a epidemia do HIV-1 surgiu na área de Kinshasa, capital da República Democrática do Congo, porquanto a origem da linhagem M do vírus pode ser rastreada de volta a essa região (HEMELAAR, 2012). O HIV teria se adaptado dos chimpanzés, infectados com o SIV, tornando-se capaz de infectar humanos (HAHN, 2005).

Apesar de Kinshasa não estar situada próxima a concentrações de chimpanzés selvagens, a cidade tem acesso ao rio do Congo, por onde a carne desses animais era transportada e introduzida para a população. Assim, os chimpanzés caçados nas florestas próximas ao Rio do Congo eram levados para consumo em Kinshasa (HAHN, 2005).

Com isso, durante o processo de caça e posterior preparação dos animais para o consumo, acredita-se que indivíduos envolvidos nestas atividades teriam maior contato com o sangue infectado pelo SIV dos chimpanzés, causando os primeiros contatos sanguíneos entre o SIV e pessoas. A partir disso, o vírus, com sua grande capacidade de mutação, adaptou-se para tornar-se infeccioso em humanos (PEETERS *et al.*; RAMBAUT *et al.*, 2004; PÉPIN, 2021). Tendo como base esta forma de transmissão do vírus, estima-se que o HIV-1 foi transmitido para seres humanos no início do século XX na República Democrática do Congo, tendo se espalhado por cerca de sete décadas antes de ser reconhecido (HAHN, 2005).

A partir desta ideia inicial, utilizando-se de amostras do vírus fossilizado, Michael Worobey foi capaz de calcular que o ancestral comum mais recente do HIV-1-M teria surgido entre 1884 e 1924, trazendo, de forma mais conclusiva, um período definido para a transmissão inicial do HIV. E, com isso, Worobey sugeriu um possível link entre o surgimento do vírus do HIV-1 e o estabelecimento das primeiras cidades na África Central, tendo em vista que Kinshasa foi fundada em 1881 e Brazzaville, capital da República do Congo, em 1883 (CRAWFORD, 2013).

Dessa forma, diversos autores, além de Worobey, como Sharp e Hahn (2011), Rambaut *et al.* (2004) e Chitnis, Rawls e Moore (2000) apontam para a história colonial da África Central como fundamental para entender os motivos da epidemia ter surgido justamente nesse período de 1884 a 1924, tendo em vista que a caça e alimentação de chimpanzés era uma prática tradicional na região anterior à colonização. Chitnis, Rawls e Moore (2000) e Rambaut *et al.* (2004) apresentam a ideia de que o vírus não teria se espalhado previamente, pois, ou as variedades não eram patogênicas em humanos, ou indivíduos infectados morriam antes de espalharem a doença, devido à baixa densidade populacional ou práticas sexuais tradicionais.

Dessa forma, Chitnis, Rawls e Moore (2000), que estudavam a relação entre o HIV e a República do Congo, apresentam que fatores criados pela colonização francesa na África Central teriam aumentado o risco de exposição, incrementando a probabilidade de transmissão de vírus e elevando a probabilidade de adaptação do HIV aos humanos. Assim, a colonização francesa da região teria causado alterações estruturais, as quais causaram a epidemia (CHITNIS; RAWLS; MOORE, 2000).

Com isso, Chitnis, Rawls e Moore (2000) analisam que os colonizadores forçaram a população da região a trabalhar como carregadores e com a construção de ferrovias e outros projetos de infraestrutura. Isto reduziu o tempo dedicado à agricultura, o qual, conseqüentemente, levou a um aumento na alimentação da carne de animais selvagens. Além disso, os campos de trabalho forçado incrementaram práticas de risco, como a prostituição (CHITNIS; RAWLS; MOORE, 2000).

Entre outros fatores citados pelos autores, temos também o aumento populacional, urbanização e as vacinações em massa conduzidas pelos colonizadores, as quais foram realizadas com recursos extremamente limitados, tendo sido utilizadas, em determinado caso, seis seringas para 90 mil pessoas. Isto pode ter “resultado na passagem do vírus através de uma série de hospedeiros por um período relativamente curto de tempo, um processo que pode selecionar cepas de patógenos mais virulentos” (CHITNIS; RAWLS; MOORE, 2000, p.7, tradução nossa)³.

Os autores também mencionam brevemente uma possível associação entre as práticas coloniais na África Ocidental e o desenvolvimento do HIV-2, como a extração de goma, o qual levou à destruição de vilas e distritos, que, posteriormente, ao serem repovoados, tiveram que depender da alimentação da carne de animais selvagens, enquanto a agricultura não era restabelecida. Tem-se também que a grande diversificação do trabalho associada à extração de goma e construção de ferrovias reduziram significativamente os suprimentos de comida. Ademais o exército francês que operava no nordeste da Guiné e oeste do Mali encorajou práticas sexuais de risco, visto que oficiais escolhiam escravas sexuais frequentemente (CHITNIS; RAWLS; MOORE, 2000).

Cabe ressaltar que no momento de publicação do artigo de Chitnis, Rawls e Moore (2000) ainda não se tinha certeza sobre o local mais preciso que teria dado origem a epidemia do HIV-1, por isso os autores discutem a colonização francesa, e não a belga. Hoje sabe-se que

³ “resulted in passaging of virus through a series of hosts over a relatively short period of time, a process that can select for more virulent pathogen strains”

teria sido em Kinshasa, capital da República Democrática do Congo, região colonizada pela Bélgica (HAHN, 2005; RAMBAUT *et al.*, 2004).

Devido a isso, alguns fatores citados pelos autores mais específicos da colonização francesa não podem ser utilizados para análises atuais. Portanto, ainda é necessário identificar os fatores causadores da epidemia na RDC, tornando fundamental compreender a colonização belga do continente africano e o imperialismo de forma geral na África, conforme será realizado neste capítulo.

2.1 O IMPERIALISMO NA ÁFRICA

Anos antes do início do imperialismo prevalecer no continente africano, Marx e Hegel, no próprio Manifesto Comunista de 1848, previram a inevitabilidade de sua ocorrência, dentro do sistema capitalista: “Impelida pela necessidade de mercados sempre novos, a burguesia invade o globo. Necessita estabelecer-se em toda parte, explorar em toda parte, criar vínculos em toda parte” (MARX; ENGELS, 2007, p. 43). Assim, as discussões sobre a internacionalização da exploração da burguesia já se encontravam presentes nos escritos marxistas anos da Conferência de Berlim e antes de Hobson publicar *Imperialism: A Study*, em 1902. Porém, o termo imperialismo só entraria no vocabulário político do Reino Unido na década de 1870 (HOBSBAWM, 2010).

O imperialismo tem suas raízes na necessidade básica do capitalismo de exploração do trabalho para garantir a manutenção do lucro e superprodução. Conforme afirma Lenin, na famosa obra *O Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo* (2005), o imperialismo, é fruto de alterações nas bases do capitalismo, em que a livre competição, característica deste sistema, transforma-se no monopólio, com a dominação das grandes indústrias e concentração da produção e capital.

Segundo Lenin (2005, p. 66, tradução nossa)⁴ “O monopólio é a transição do capitalismo para um sistema superior”. Este monopólio traz uma tendência à estagnação e decadência, tendo em vista que a motivação para o progresso desaparece mediante o estabelecimento dos preços e a ausência de qualquer forma de competição. Com isso, o mundo passa a ser dividido entre alguns poucos Estados monopolistas usureiros e uma predominância de devedores a mercê destes (LENIN, 2005)

Estes Estados rentistas são parasíticos e necessitam explorar outros para manterem seus níveis de lucro excessivos. Neste contexto, Lenin (2005) destaca que este lucro possibilita

⁴ “Monopoly is the transition from capitalism to a higher system”

subornar as camadas superiores do proletariado, dividindo os trabalhadores e enfraquecendo sua luta.

Neste contexto, é necessário destacar a importância das mudanças nos bancos para o surgimento do imperialismo. Estes, antes meros intermediários, crescem e também se tornam monopólios do capital financeiro. Dentro deste novo sistema, a Bolsa de Valores, antes fundamental para a manutenção da livre concorrência, perde parte de sua importância, pois cada banco, em sua nova dimensão, passa a ser uma bolsa de valores em si próprio (LENIN, 2005).

Dessa forma, os bancos passam a se associar e criar acordos monopolistas, aumentando a dependência das indústrias em um número cada vez menor de instituições financeiras, as quais, a partir desta dependência, ganham mais poder com o acúmulo do capital destas empresas. Com isso, o capital bancário e industrial se funde, gerando o domínio do capital financeiro, e não mais o capital de forma geral (LENIN, 2005).

Para Lenin (2005) este predomínio do capital financeiro concentrado de forma monopolística gera níveis elevados de lucro, com empréstimos, ações e flutuações no mercado, criando oligarquias financeiras. Isto forma uma predominância de um pequeno número de Estados rentistas financeiramente poderosos.

A partir disso, estes Estados passam a ter um excedente de capital, que é utilizado para aumentar os lucros, a partir da exportação de capital para países periféricos, em que é possível, com baixos custos, explorar terras, matéria-prima e trabalhadores. Dessa forma, as associações monopolísticas que já controlavam os mercados em seus países de origem passaram a necessitar novas áreas de controle, gerando a necessidade de dividir os mercados do mundo entre si (LENIN, 2005).

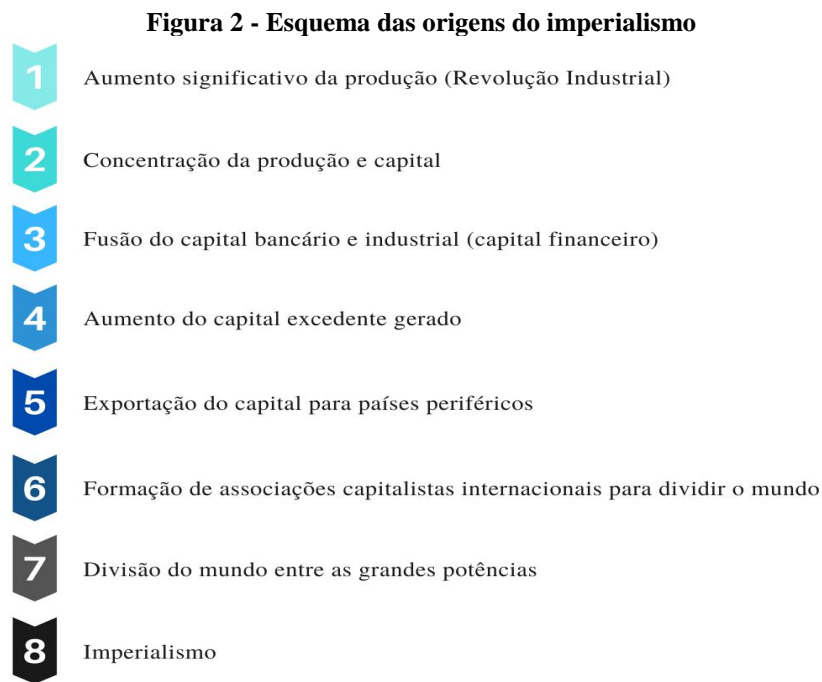
Com isso, temos a luta entre as grandes potências para assumir controle destes novos mercados e fontes de matérias-primas que devem ser divididos e dominados. Temos então a divisão do mundo entre os donos de colônias, as colônias e aquelas formalmente independentes, mas ainda dependentes dos dominadores, as quais Lenin (2005) denomina de semicolônias. Posteriormente, Wallerstein baseia-se nesta ideia para desenvolver a Teoria do Sistema Mundo, com o Centro, a Periferia e a Semi-Periferia (WALLERSTEIN, 2004).

Dessa forma, para Lenin, as cinco características básicas do imperialismo são:

- (1) a concentração da produção e do capital atingiu um nível tão elevado que criou monopólios que desempenham um papel decisivo na vida econômica; (2) a fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação, a partir desse “capital financeiro”, de uma oligarquia financeira; (3) a exportação de capital, distinta da exportação de commodities, adquire importância excepcional; (4) a formação de associações capitalistas monopolistas internacionais que compartilham o mundo entre si, e (5) a divisão territorial de todo o mundo entre as maiores potências capitalistas é concluída.

O imperialismo é o capitalismo naquele estágio de desenvolvimento em que o domínio dos monopólios e do capital financeiro é estabelecido; em que a exportação de capitais adquiriu importância pronunciada; na qual começou a divisão do mundo entre os trustes internacionais, na qual foi concluída a divisão de todos os territórios do globo entre as maiores potências capitalistas (LENIN, 2005, p. 66, 67, tradução nossa)⁵.

Este processo detalhado anteriormente, pode ser esquematizado conforme na Figura 2, abaixo:



Fonte: Elaboração própria com base em Lenin, 2005

O imperialismo na África, conforme discutido por Hobsbawm (2010), em *A Era dos Impérios*, teve como catalisadora a Segunda Revolução Industrial. Isto se deu pela expansão da industrialização, que antes era limitada à Inglaterra, a outros Estados, provocando alterações ao sistema internacional e encaminhando-o para um cenário multipolar.

Assim, com o declínio da Pax Britânica e ascensão de novos competidores pela hegemonia, como os Estados Unidos, Japão, Alemanha e França, as disputas imperialistas na periferia se acirraram, acelerando, assim, as rivalidades por novas colônias. Esta busca se deveu

⁵ (1) the concentration of production and capital has developed to such a high stage that it has created monopolies which play a decisive role in economic life; (2) the merging of bank capital with industrial capital, and the creation, on the basis of this “finance capital”, of a financial oligarchy; (3) the export of capital as distinguished from the export of commodities acquires exceptional importance; (4) the formation of international monopolist capitalist associations which share the world among themselves, and (5) the territorial division of the whole world among the biggest capitalist powers is completed. Imperialism is capitalism at that stage of development at which the dominance of monopolies and finance capital is established; in which the export of capital has acquired pronounced importance; in which the division of the world among the international trusts has begun, in which the division of all territories of the globe among the biggest capitalist powers has been completed.

a necessidade de obter novos mercados consumidores para a venda da crescente produção de mercadorias e extração de matérias-primas (HOBSBAWM, 2010; FOSSAERT, 1996).

Com isso, a atenção da Europa se voltou para a África e, considerando 1885 como ano inicial da colonização, devido à Conferência de Berlim, temos o início dos 75 anos do domínio europeu do continente. Apesar de 75 anos poder ser considerado um curto período temporal, o imperialismo deixou marcas sobre a estrutura social, política e econômica da África, gerando consequências permanentes para os Estados africanos atuais (VISENTINI; TEIXEIRA; PEREIRA, 2013). Conforme será observado, um desses vestígios é o HIV, que surgiu durante o período colonial e se alastrou pelo continente, posteriormente, se internacionalizando, e tornando-se, assim, uma epidemia global.

A Conferência de Berlim marcou o início dessa colonização, com a partilha da África e legitimação da exploração do continente. Segundo sua ata, ela tinha por objetivos:

Num espírito de bom e mútuo acordo, regular as condições mais favoráveis ao desenvolvimento do comércio e da civilização em certas regiões da África e assegurar a todas as nações as vantagens da livre navegação nos dois principais rios da África que deságuam no Oceano Atlântico [rio Congo e Níger] (BERLIN CONFERENCE ON WEST AFRICA, 1885, p.1, tradução nossa)⁶.

Conforme pode ser observado no trecho acima, a Europa tinha grande interesse pelas Bacias do Congo e do Níger. Além do excerto acima, na lista de assuntos tratados na conferência foram destacados na ata justamente o tema da liberdade de comércio na bacia do congo, a neutralidade dos territórios na bacia do Congo, a navegação do Congo e a navegação do Níger (BERLIN CONFERENCE ON WEST AFRICA, 1885). Assim, dos 6 assuntos destacados na ata, 4 dizem respeito às bacias do Congo e do Níger, inclusive, destacando este fato, os próprios jornais da época, muitas vezes, se referiam à Conferência de Berlim pelo nome Conferência do Congo, indicando que, publicamente, era reconhecido que o foco temático era, de fato, o Congo (MARIANO, 2019).

Contudo, Leopoldo já havia se afirmado no Congo e, através de um processo prévio de inserção na região e uma inteligente aliança com a França, que também havia começado a explorar a área previamente, o rei conseguiu assegurar sua posse, com o reconhecimento do Estado Livre do Congo, antes do fim da Conferência de Berlim, em 1884 (HOCHSCHILD, 1999).

⁶ “in a spirit of good and mutual accord, to regulate the conditions most favourable to the development of trade and civilization in certain regions of Africa, and to assure to all nations the advantages of free navigation on the two chief rivers of Africa flowing into the Atlantic Ocean”

2.2 O HIV NA COLONIZAÇÃO DE LEOPOLDO II

Durante a década de 1870, o então rei da Bélgica, Leopoldo II, passou a dar mais atenção à África, financiando exploradores e acompanhando suas descobertas. O rei, seguindo os passos de Portugal, que dominava grande parte do território do antigo Reino do Kongo e da Inglaterra, a qual já controlava a África do Sul, via a África como uma empreitada lucrativa. Porém, ele reconhecia que, por ser o líder de um pequeno país sem interesse público em colônias, seria necessário criar um viés humanitário para seu projeto colonial (HOCHSCHILD, 1999).

Com isso, em setembro de 1876, Leopoldo II, realizou a Conferência Geográfica de Bruxelas, com a participação de representantes das seis grandes potências (Inglaterra, França, Alemanha, Áustria, Itália e Rússia), na qual demonstrou seu desejo por explorar a África, abrindo a conferência com o discurso:

O tema que hoje nos reúne é um dos que merece ser protagonista em engajar a atenção dos amigos da humanidade. Abrir à civilização a única parte do globo em que ela ainda não penetrou, perfurar a escuridão que envolve populações inteiras é, ousado dizer, uma cruzada digna deste século de progresso (BANNING, 1877, p. 152, tradução nossa)⁷.

Leopoldo apresentou a si mesmo e a Bélgica como neutros, não egoístas e “contentes com seu lote” (BANNING, 1877, p. 152), com o desejo de levar a “civilização” aos povos africanos. Assim, a Bélgica seria a sede perfeita para o chamado movimento civilizatório da África.

O rei ressaltou a necessidade de criar bases de operações na costa de Zanzibar (situada no arquipélago da Tanzânia) e no Congo, abrir rotas para o interior do continente, criar bases hospitalares, científicas e de pacificação, e estabelecer comitês nacionais e internacionais para executar estas metas. Em sua fala, Leopoldo ressaltou que estes passos teriam como objetivo primordial a abolição da escravidão, apresentando, assim, seu projeto como puramente filantrópico e altruísta (BANNING, 1877).

Dessa forma, no final da Conferência votou-se por estabelecer a Associação Internacional Africana e Leopoldo ofereceu Bruxelas como sede da organização. Com isso, utilizando-se da justificativa humanitária, o rei conseguiu o apoio das outras nações europeias

⁷ “the subject which brings us together to day is one of those which deserve to take a leading place in engaging the attention of the friends of humanity. To open up to civilization the only part of our globe which it has not yet penetrated, to pierce the darkness in which entire populations are enveloped, is, I venture to say, a crusade worthy of this age of progress”

para enviar expedições à Bacia do Congo legitimando, assim, sua exploração (HOCHSCHILD, 1999).

Alguns autores, como MacDonnell (1905) acreditam que os líderes das potências europeias presentes na Conferência tinham plena consciência das verdadeiras intenções de Leopoldo, entretanto, eles as viam como utópicas e acreditavam que o rei era um fanático. A decisão de apoiar o projeto teria sido devido à promessa de Leopoldo de abolir o tráfico negreiro na região, o qual impediu as potências de se oporem ao projeto exploratório, já que estas haviam feito diversos comprometimentos na Conferência de Viena, em 1815, e na de Verona, em 1822, de que aboliriam o tráfico.

Ademais, outro fator considerado, seria que se o rei encontrasse alguma riqueza no interior da África, ele teria que passar pelos europeus no litoral para serem exportados. Assim, eles teriam decidido permitir que Leopoldo buscasse conquistar o território (MACDONNEL, 1905).

Independente dos verdadeiros motivos para as potências europeias terem permitido que Leopoldo iniciasse a exploração da região do Congo, com um quase monopólio da Associação Internacional Africana, o rei começou a enviar diversas expedições para o território, com destaque para Henry Morton Stanley, que encontrou as origens do Rio do Congo, aumentando o interesse de Leopoldo. Dessa forma, Leopoldo enviou Stanley, pois esta seria uma forma velada de começar a obter sua reivindicação sobre o território, já que ele não podia fazê-lo abertamente, conforme ele próprio afirmou: “Devemos ser cautelosos, habilidosos e rápidos para agir ao mesmo tempo. Não quero correr o risco de aborrecer os ingleses, nem de perder uma boa oportunidade de conseguirmos uma fatia deste magnífico bolo africano” (ZUYLEN, 1959, p. 43, tradução nossa)⁸.

Estas expedições tinham, oficialmente, a missão de criar as bases para o estabelecimento de uma confederação de repúblicas negras livres, sobre autoridade de um presidente na Europa. Contudo, como pode ser observado no trecho escrito pelos subordinados de Leopoldo à Stanley, isto se tratava apenas de uma justificativa para a exploração: "Não se trata de conceder o menor poder político aos negros. Isso seria um absurdo. Os homens brancos, chefes das estações, detêm todos os poderes" (HOCHSCHILD, 1999, p. 67, tradução nossa)⁹. Dessa forma,

⁸ “Nous devons être à la fois prudents, habiles et prompts à agir. Je ne voudrais m’exposer ni à mécontenter les Anglais, ni à laisser échapper une bonne occasion de nous procurer une part de ce magnifique gâteau africain”

⁹ “There is no question of granting the slightest political power to negroes. That would be absurd. The white men, heads of the stations, retain all the powers”

Leopoldo II iniciou de forma velada o processo de colonização do Congo, assegurando sua futura reivindicação do território (HOCHSCHILD, 1999).

Após criar as bases para sua reivindicação do território do Congo por meio das expedições da Associação Internacional Africana, na Conferência de Berlim Leopoldo II obteve oficialmente controle do território da República Democrática do Congo. Dessa forma, em 1 de agosto de 1885, Leopoldo II ascendeu, oficialmente, como rei soberano do Estado Livre do Congo (ELC). A partir disso, Leopoldo iniciou sua brutal colonização do território (NZONGOLA-NTALAJA, 2002; HOCHSCHILD, 1999).

Entre 1885 e 1890, a empreitada não trouxe lucros, demandando altos gastos para criação de bases militares, pontos de coleta de marfim e pequenos edifícios para habitação de militares. Para lucrar, Leopoldo alugou terras para empresas privadas e expandiu a exploração do marfim de elefantes. Porém, o verdadeiro lucro viria com o boom da borracha, a partir da década de 1890 (HOCHSCHILD, 1999).

No final do século XVIII, o pneu de goma foi inventado e, a partir da década 1890, passou a ser produzido em massa para bicicletas e para o crescente mercado de automóveis (NZONGOLA-NTALAJA, 2002). No Congo, Leopoldo viu uma oportunidade de negócio única: explorar as abundantes árvores de goma presentes no ELC. A partir disso, em 1891 os congolezes passaram a ser obrigados por lei a entregarem cotas de goma, marfim e mão de obra para o rei (NZONGOLA-NTALAJA, 2002).

Essa borracha era extraída a partir de vinhas, que tinham de ser cortadas para coletar a seiva. Assim, a medida que as seivas próximas ao solo eram drenadas, tornava-se necessário escalar as árvores cada vez mais para alcançar as plantas, o qual causava mortes e ferimentos. Ademais, para secar a goma e fazê-la coagular, os trabalhadores tinham que espalhar a borracha pelo corpo e depois, quando esta secasse, arrancá-la, de forma extremamente dolorosa (HOCHSCHILD, 1999).

Para garantir que essas cotas fossem cumpridas, diversos métodos violentos foram utilizados, incluindo assassinatos, estupros, sequestros e, o mais conhecido: o corte de mãos:

Se uma vila se recusasse a se submeter ao regime da borracha, tropas estatais ou empresariais ou seus aliados às vezes atiravam em todos à vista, para que as aldeias próximas recebessem a mensagem. Mas nessas ocasiões alguns oficiais europeus desconfiavam. Para cada cartucho entregue a seus soldados, exigiam provas de que a bala havia sido usada para matar alguém, não "desperdiçada" na caça ou, pior ainda, guardada para possível uso em um motim. A prova padrão era a mão direita de um cadáver. Ou ocasionalmente não de um cadáver. "Às vezes", disse um oficial a um

missionário, soldados "atiraram um cartucho em um animal em caça; depois cortaram a mão de um homem vivo" (HOCHSCHILD, 1999, p. 165, tradução nossa)¹⁰.

Existem também relatos de que se uma vila não atingisse a cota, dever-se-ia substituir o peso da borracha faltante por mãos direitas cortadas, o qual, inclusive, levou a guerras entre aldeias, a fim de obter mãos para entregar aos colonizadores (MESQUITA, 2007). Um relato deste período, feito por um refugiado congolês ao diplomata Casement, que investigava os abusos ocorridos no Congo, é uma das poucas descrições dos horrores sofridos, diretamente de um congolês que temos atualmente:

Tínhamos que ir cada vez mais para dentro da floresta para encontrar as vinhas, ficávamos sem comida, e nossas mulheres tiveram que desistir de cultivar os campos e as hortas. Então morremos de fome. Animais selvagens - os leopardos - mataram alguns de nós quando estávamos trabalhando na floresta, e outros se perderam ou morreram de exposição e fome, e imploramos ao homem branco para nos deixar em paz, dizendo que não poderíamos obter mais borracha, mas os homens brancos e seus soldados disseram: 'Vá! Vocês são apenas bestas, vocês são nyama (carne)'. "Nós tentamos, sempre indo mais longe na floresta, e quando falhamos e nossa borracha era pouca, os soldados vieram às nossas cidades e nos mataram. Muitos foram baleados, alguns tiveram suas orelhas cortadas; outros foram amarrados com cordas em volta do pescoço e do corpo e levados embora. Os homens brancos às vezes nos postos não sabiam das coisas ruins que os soldados nos faziam, mas foram os homens brancos que enviaram os soldados para nos punir por não trazer borracha suficiente (CASEMENT, 1904, p. 57, tradução nossa)¹¹.

Ademais, o trabalho forçado também foi utilizado para a construção de ferrovias para possibilitar a exportação da goma, além de ser usado para a construção de outros projetos públicos (NZONGOLA-NTALAJA, 2002). Nesse contexto, o projeto da construção da ferrovia Matadi-Kinshasa foi marcante.

A construção desta ferrovia era fundamental, pois neste trajeto, o rio do Congo não era navegável, tornando necessário o transporte terrestre das mercadorias. Além disso, antes da construção da ferrovia, foi necessário carregar os barcos a vapor desmontados de Matadi a

¹⁰ "If a village refused to submit to the rubber regime, state or company troops or their allies sometimes shot everyone in sight, so that nearby villages would get the message. But on such occasions some European officers were mistrustful. For each cartridge issued to their soldiers they demanded proof that the bullet had been used to kill someone, not "wasted" in hunting or, worse yet, saved for possible use in a mutiny. The standard proof was the right hand from a corpse. Or occasionally not from a corpse. "Sometimes," said one officer to a missionary, soldiers "shot a cartridge at an animal in hunting; they then cut off a hand from a living man."

¹¹ We had to go further and further into the forest to find the rubber vines, to go without food, and our women had to give up cultivating the fields and gardens. Then we starved. Wild beasts—the leopards—killed some of us when we were working away in the forest, and others got lost or died from exposure and starvation, and we begged the white man to leave us alone, saying we could get no more rubber, but the white men and their soldiers said: 'Go! You are only beasts yourselves, you are nyama (meat).' We tried, always going further into the forest, and when we failed and our rubber was short, the soldiers came to our towns and killed us. Many were shot, some had their ears cut off; others were tied up with ropes around their necks and bodies and taken away. The white men sometimes at the posts did not know of the bad things the soldiers did to us, but it was the white men who sent the soldiers to punish us for not bringing in enough rubber."

Kinshasa, para que estes pudessem ser levados para a exploração do alto Congo. Em 1887, por exemplo, 60 mil trabalhadores carregaram 992 toneladas de partes destes barcos (HEADRICK, 1981).

Considerando os empecilhos causados pela não navegabilidade do rio, a construção da ferrovia Matadi-Kinshasa iniciou-se em 1890, sendo terminada apenas oito anos depois, em 1898, com 401 quilômetros de vias férreas (HEADRICK, 1981). Primeiramente, houve a tentativa da utilização do trabalho remunerado para a construção, porém as condições de trabalho e de vida eram extremamente duras, com violência, doenças (malária, varíola, beribéri e disenteria) e fome constantes. Este fato, associado à baixa densidade populacional na região, dificultou o recrutamento de pessoas para a construção (HAWKINS, 1981; HOCHSCHILD, 1999).

Assim, os oficiais coloniais passaram a importar trabalhadores de outras regiões, como os territórios britânicos e franceses da África Ocidental, de Barbados, Hong Kong, Macão e das Antilhas Britânicas (HOCHSCHILD, 1999). Estes trabalhadores, devido às condições de vida, se rebelavam e fugiam constantemente. Outras soluções encontradas para o problema da força de trabalho foram o trabalho forçado ou escravo de congoleses e de criminosos (HAWKINS, 1981).

Dessa forma, podemos identificar um ambiente propício ao desenvolvimento de doenças, associado a campos de trabalho, os quais, muitas vezes atraem prostituição, ou seja, temos um cenário que possivelmente possibilitaria o desenvolvimento de HIV. A partir desse ambiente de exploração, segundo dados coloniais oficiais, 1.800 não brancos e 132 brancos morreram na construção, porém, outras estimativas apontam para 1.800 mortes por ano até 1892, período de maior dificuldade na construção (HOCHSCHILD, 1999).

Com isso, este período da construção da ferrovia e do início da extração de goma é de extrema relevância para a questão do surgimento do HIV. Assim, é com essa exploração intensa do Congo que começam a surgir os fatores, que, possivelmente, potencializaram a transmissão do vírus.

Em relação ao trabalho forçado para a extração de goma, temos o fato de que este levou à redução do tempo disponível para a agricultura, causando uma grande fome na região, a qual aumentou o consumo da carne de animais selvagens, com um destaque para a carne de chimpanzés (HOCHSCHILD, 1991). Ademais, devido à falta de alimentos, não era incomum que os trabalhadores da extração de goma e os da construção de ferrovias entrassem nas florestas em busca de comida, o qual pode ter levado a um maior contato entre os humanos e os símios (CHITNIS, RAWLS, e MOORE, 2000). Dessa forma, é possível que o incremento

na alimentação da carne de chimpanzés e no contato com os primatas tenha potencializado a adaptação do SIV aos humanos.

Ademais, cabe destacar os estupros em massa que ocorriam como forma de punição durante o governo de Leopoldo. Existem diversos relatos de violações de mulheres e crianças congolezas pelos soldados coloniais, além de várias narrações de: “guardas se divertindo forçando aldeões a cometerem atos sexuais de incesto” (VANGROENWEGHE, 1986¹², p. 125, *apud* HUNT, 2008, p. 239, tradução nossa)¹³, o qual pode ter incrementado a transmissão do vírus.

Os relatos e imagens das atrocidades cometidas se alastraram pelo mundo, causando revolta internacional. Nesse contexto, cabe destacar o livro de Joseph Conrad, “Heart of Darkness”, a publicação “King Leopold’s Soliloquy”, de Mark Twain, e o livro “The Crime of the Congo” de Arthur Conan Doyle (WEISBORD, 2003). Com isso, surgiu uma pressão sobre a Bélgica para deter Leopoldo, o qual a levou a transformação do Congo, de colônia pessoal do rei, para posse da Bélgica, em 1908, sobre a promessa de que estes acabariam com as atrocidades (NZONGOLA-NTALAJA, 2002).

Antes de passar a posse do território para o Estado belga, Leopoldo ordenou a queima dos arquivos relacionados a sua colonização, tanto nos escritórios na Bélgica, como no Congo, a fim de esconder as atrocidades cometidas. Sobre esta ordem, Leopoldo relatou a seu assessor militar Gustave Stinglhamber, “Vou dar-lhes meu Congo, mas eles não têm o direito de saber o que fiz lá” (HOCHSCHILD, 1998, p. 294, tradução nossa)¹⁴. Assim, parte da história dos crimes contra humanidade cometidos foi apagada.

Como resultado das atrocidades de Leopoldo, oficiais belgas estimaram que a população do país teria sido reduzida a apenas a metade desde a fundação do Estado Livre do Congo até seu fim. Com este cálculo, o número de pessoas que teriam morrido ou fugido seria de 10 milhões, mas estimativas paralelas, como a do historiador congolês Ndaywel apontam para 13 milhões de mortos no breve período da dominação de Leopoldo (WRONG, 2001).

2.3 O HIV NA COLONIZAÇÃO BELGA DO CONGO

¹² VANGROENWEGHE, Daniel. **Du sang sur les lianes**: Léopold II et son Congo. Brussels: Didier Hatier, 1986.

¹³ “guards amused themselves in forcing villagers to commit incestuous sexual acts”

¹⁴ “I will give them my Congo, but they have no right to know what I did there.”

A colonização belga, apesar de ter rompido com algumas das práticas implementadas por Leopoldo, continuou utilizando-se do trabalho forçado, em que homens eram obrigados a trabalharem para a construção de projetos públicos, por 60 dias no ano. Durante a Primeira Guerra Mundial, esse período foi estendido para 120 dias e passou a incluir também o trabalho na extração de goma. Dessa forma, a fome que havia marcado o governo de Leopoldo retornou, devido à falta de mão de obra para a agricultura, o qual novamente aumentou o consumo da carne de animais selvagens (NZONGOLA-NTALAJA, 2002). Com isso, temos o retorno de um dos fatores-chave para a adaptação dos SIV aos humanos.

Ademais, esses homens submetidos ao trabalho forçado eram levados para longe de suas famílias, com a permanência de esposas nas vilas. Com isso, havia uma predominância de homens em cidades, principalmente em Kinshasa, em que, na década de 1920, a proporção de homens para mulheres era de 4 para 1 (SOUSA *et al.*, 2010).

A partir disso, tem-se a elevação da prostituição, em que se tinha um número baixo de mulheres tendo relações com diversos homens, aumentando substancialmente o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (CRAWFORD, 2013). Isto pode ser observado pelo fato de, no período, segundo as autoridades coloniais, das 6.000 mulheres vivendo na parte leste da cidade, 28,7% eram casadas, 26,6% estavam em “relações ilegítimas de mais ou menos duração” (SOUSA *et al.*, 2010, p. 4, tradução nossa)¹⁵ e 45% viviam principalmente da prostituição (SOUSA *et al.*, 2010).

Neste contexto, doenças sexualmente transmissíveis pré-existentes elevam substancialmente o risco de transmissão do HIV, especialmente, as infecções que causam úlceras genitais (CRAWFORD, 2013; SOUSA *et al.*, 2010). Estudos indicam que está elevação do risco de transmissão de HIV, nos casos em que há infecção com úlceras genitais pré-existente, é de 10 a 50 vezes maior por ato sexual, na transmissão do HIV advindo de homens para mulheres, e entre 50 e 300 vezes maior no contágio de mulheres para homens (CRAWFORD, 2013).

A partir disto, dados coloniais indicam que, no período de 1930 a 1932, cerca de 5% das mulheres tinham úlceras genitais. Estima-se que no período anterior, a partir de 1919, estes números eram mais elevados, contudo, os dados dessa época são incompletos (SOUSA *et al.*, 2010). Neste contexto, cabe ressaltar que no período as doenças que mais comumente causavam úlceras genitais eram sífilis e cancroide, ambas introduzidas à região com a chegada dos europeus no final do século XIX. Dentro disto, Kinshasa, com sua população em rápido

¹⁵ “illegitimate relationships of more or less duration”

crescimento e prevalência de relações sexuais não monogâmicas, foi fortemente afetada por estas infecções (SOUSA *et al.*, 2010; CRAWFORD, 2013).

Dentro disto, também é necessário analisar a questão da circuncisão masculina e sua relação com a redução no risco de transmissão do HIV, “Em um estudo em homens que adquiriram úlcera genital de profissionais do sexo, as taxas de transmissão concomitante do HIV-1 foram de 43% por ato sexual no grupo não circuncidado em comparação com 4% nos participantes circuncidados” (CRAWFORD, 2013, p. 174, tradução nossa)¹⁶.

Nesse contexto, a circuncisão masculina neste período era relativamente baixa, com estimadamente 70 a 80% dos homens sendo circuncidados em 1910. Em comparação, até 1960, esse número atingiu 95%. Com isso, temos como fatores de transmissão do HIV o elevado nível de úlceras genitais, somado à baixa porcentagem de homens circuncidados (SOUSA *et al.*, 2010; CRAWFORD, 2013).

Conforme analisado por Sousa *et al.* (2010) em seu estudo sobre o crescimento de úlceras genitais no início do século XX, outro fator associado à transmissão do HIV é o rápido aumento populacional e urbanização de Kinshasa, tendo em vista que as cidades em crescimento apresentam maior potencial de migração de infectados com o vírus por unidade de tempo, podendo, dessa forma, ampliar a infecção entre os habitantes da cidade. Dentro disto, Kinshasa foi uma das cidades da África Central de relativa proximidade a concentrações de chimpanzés e gorilas com maior chegada de imigrantes das zonas de concentração destes símios.

Com isso, o crescimento da capital foi de 10.000 habitantes no início do século XX, para 16.000 em 1920 e, finalmente, 47.000 em 1929 (CRAWFORD, 2013). Dessa forma, evidencia-se que a população da capital cresceu significativamente em um curto período de tempo, tornando-a, na década de 1930, a maior cidade da região dentro da faixa de concentração de chimpanzés e gorilas (SOUSA *et al.*, 2010).

Ademais, cabe ressaltar o início das campanhas de transfusões de sangue na África Subsaariana, em que o Congo Belga foi pioneiro, tendo começado em 1923 para dar apoio às operações de mineração na região de Katanga e se espalhando posteriormente pelo resto do Estado. Apesar de se reconhecer a possibilidade de um link entre a transmissão do vírus no século XX e as transfusões de sangue realizadas no período, os estudos sobre o tema ainda são

¹⁶ “In one study in men who acquired genital ulcer disease from commercial sex workers, the concomitant HIV-1 transmission rates were 43 per cent per sexual act in the non-circumcised group compared to 4 per cent in the circumcised participants.”

quase inexistentes, o que pode ser explicado pelo fato de se existir uma ideia de que as transfusões não eram tão comuns, o qual tem sido refutado nos últimos anos.

Os números específicos de pacientes são difíceis de calcular, visto que não se tem muitos dados do período, porém, sabe-se que na campanha inicial houve 300 pacientes, havendo várias outras campanhas subsequentes (SCHNEIDER, 2013). Dessa forma, é cabível presumir que, caso um indivíduo infectado houvesse doado sangue ou, até mesmo, recebido uma doação, quase todos os subsequentes que fossem injetados com a mesma agulha seriam contaminados, porquanto a higienização das seringas era precária ou inexistente. Nesse contexto, cabe destacar que transfusões de sangue são o método mais eficiente para transmitir o vírus: enquanto sexo vaginal desprotegido, o qual é o modo mais comum de se adquirir a doença, apresenta uma eficiência de menos de 1% (podendo estar entre 0.01% e 0.2%), as transfusões têm 90% de eficácia (DRUCKER; SCHNEIDER, 2006).

Cabe ressaltar que especialmente após a Segunda Guerra Mundial, estas campanhas se espalharam rapidamente pela África, principalmente a partir da década de 60. Segundo Drucker e Schneider (2006), p. 989, a motivação disto foi que “Os países europeus estavam ansiosos por introduzir as novas técnicas desenvolvidas durante a Segunda Guerra Mundial para demonstrar o valor da tecnologia ocidental que acompanhava o domínio colonial, entre outras razões” (tradução nossa)¹⁷.

Ademais, após os processos de independência africanos, as transfusões continuaram crescendo, inclusive com auxílio dos ex-colonizadores. Isto se deve ao fato de diversos países estrangeiros desejarem manter relações amigáveis com as novas nações e, portanto, providenciaram apoio na área da saúde. Além disso, houve um auxílio da Organização Mundial da Saúde e da Cruz Vermelha na expansão dos programas de transfusões pela região (DRUCKER; SCHNEIDER, 2006).

A partir disto, Drucker e Schneider estimam que entre 1950 e 1990 foram realizadas entre 30 e 40 milhões de transfusões de sangue na África subsaariana. Todas sem testes para identificar o vírus da AIDS, visto que este só foi descoberto em 1981 e sua associação à transmissão sanguínea e o posterior desenvolvimento dos exames de sangue para encontrar o vírus só foram feitos em 1983, pela cientista Flossie Wong-Staal. Cabe ressaltar que apesar desse link ter sido realizado em 1983, a maioria dos países africanos só começaram a testar suas reservas de sangue em busca do vírus em 1992 (DRUCKER; SCHNEIDER, 2006).

¹⁷ “European countries were eager to introduce the new techniques developed during World War 2 to demonstrate the value of Western technology that accompanied colonial rule, among other reasons”

Retornando ao período colonial, a epidemia da Doença do Sono (Tripanossomíase Humana Africana) se alastrava pelo Congo: estima-se que milhões morreram da doença apenas durante a colonização. Assim, as autoridades coloniais buscavam desesperadamente combater o parasita, por meio de quarentenas, exames médicos obrigatórios, regulamentações sanitárias, coleta de dados, confisco de passaportes, entre outros. O método que se tornou mais famoso foi o isolamento dos indivíduos infectados em “campos de morte”, onde se estima que centenas de milhares morreram (LYONS, 1985).

Contudo, o relevante para a transmissão do HIV foram as campanhas de tratamento intravenoso dos doentes, as quais se tornaram famosas pela falta de recursos. Com isso, há relatos de casos em que dezenas de milhares de pessoas foram tratadas com o uso de pouquíssimas seringas, as quais não foram esterilizadas, porquanto o processo para fazê-lo no período requeria tempo e recursos que os médicos não possuíam (CHITNIS; RAWLS; MOORE, 2000; CRAWFORD, 2013).

O número exato de indivíduos os quais receberam o tratamento é difícil de se calcular, podendo estar entre 60.000 e 600.000 por ano (CHITNIS, RAWLS; MOORE, 2000). Independentemente do número de tratados, a possibilidade de contaminação de HIV a partir de injeções é superior a de sexo vaginal, sendo de 0.3% (DRUCKER; SCHNEIDER, 2006).

Ademais, um estudo realizado na República Centro Africana, próximo à República Democrática do Congo, identificou um link entre infecções de HTLV-I e HCV genótipo e o tratamento da Doença do Sono até a década de 1950. O HTLV-I pode ser utilizado como um proxy para o HIV-1, pois a infecção por vias injetáveis é compatível com o que ocorre com o HIV e a sobrevivência do hospedeiro a longo prazo após a infecção também. Estes pesquisadores também estimaram que a alta taxa de mortalidade destes indivíduos estudados e de pessoas tratadas contra Doença do Sono na década de 1930 a 1940, pode ser associada a transmissão de HIV-1-M para estes pacientes (PÉPIN *et al.*, 2010).

Neste contexto, cabe ressaltar um estudo utilizou um modelo simulado por computador da emergência do HIV-1-M em Kinshasa no período colonial e, a partir disto, concluiu que devido à ausência dos fatores mencionados anteriormente, como as doenças sexualmente transmissíveis que potencializaram o HIV e o trabalho sexual comercial, o vírus não poderia ter sobrevivido no período pré-colonial (CRAWFORD, 2013).

2.4 CONCLUSÕES PARCIAIS

Conforme discutido por Lenin (2005) e Hobsbawm (2010) o imperialismo no século XIX, causado pela necessidade crescente de atingir novos mercados e matéria-prima, associado às revoluções industriais e conseqüente crescimento da produção e criação de monopólios, levou à colonização da África, causando mudanças estruturais permanentes sobre as regiões exploradas. A epidemia de HIV é uma das conseqüências desse brutal período de exploração.

Assim, temos que a colonização da República Democrática do Congo por Leopoldo II e, posteriormente, pela Bélgica, criou diversos fatores que podem ter potencializado o surgimento e expansão da epidemia do HIV. Entre estes fatores podemos destacar o aumento da alimentação da carne de chimpanzés, associado ao trabalho forçado, os estupros em massa, a urbanização de Kinshasa, o deslocamento forçado de trabalhadores para construção de ferrovias, relacionado ao crescimento da prostituição, as vacinações contra a Doença do Sono, com seringas não esterilizadas, e os programas de transfusões de sangue.

A partir disso, associado às análises científicas da área da saúde, é possível teorizar que o HIV, só pôde se adaptar e espalhar pela população devido a estas alterações estruturais trazidas pela colonização. Conforme foi observado pelo modelo de computador que simulou a emergência do HIV, Kinshasa, com sua rápida urbanização e prostituição crescente, neste específico período colonial, foi a chave para o desenvolvimento da epidemia do grupo M do HIV-1.

Conforme será observado nos próximos capítulos, é a partir de Kinshasa que o HIV-1-M atinge outras regiões do Congo, sofrendo mutações até a emergência do subtipo C do HIV-1-M. Este subtipo é responsável pela atual epidemia do HIV na África Austral, região do globo com as maiores taxas de prevalência deste vírus em adultos.

3 A CHEGADA DO HIV À ÁFRICA AUSTRAL

A epidemia do HIV-1-M surgiu em Kinshasa, conforme comprovado por análises filogenéticas do vírus que identificaram o ancestral comum deste subtipo na capital. Porém, o vírus não se manteve contido à Kinshasa, se espalhando para outras regiões da África e do mundo, sendo responsável por cerca de 90% das infecções de HIV atuais (FARIA *et al.*, 2014; HEMELAAR, 2012).

Os padrões iniciais de dispersão do HIV-1-M indicam muito movimento deste entre a República Democrática do Congo e a República do Congo, e mostram que 57% de todos os movimentos da linhagem viral tiveram origem em Kinshasa (FARIA *et al.*, 2014). Assim, a dispersão do vírus desde Kinshasa a outras cidades, regiões e Estados foi fundamental para o surgimento da epidemia.

Neste contexto, Brazzaville, capital da República do Congo, foi a que mais teve a entrada do vírus a partir de Kinshasa, com um terço dos movimentos de dispersão da linhagem vindos da capital sendo direcionados à Brazzaville (FARIA *et al.*, 2014). Assim, foi possível identificar que as primeiras introduções do HIV-1-M à capital do Congo ocorreram até 1937.

A linhagem HIV-1-M também se espalhou dentro da República Democrática do Congo, a partir de Kinshasa. O vírus chegou às duas maiores cidades do sul do Estado, Lubumbashi e Mbuji-Mayi até, respectivamente, 1937 e 1939. Isto pode ser associado ao fluxo de pessoas pela rede de ferrovias entre estas cidades e a capital. Esta rede chegou à cerca de 300 mil passageiros por ano em 1922 e em 1948 já chegava a um milhão de passageiros anuais, e Lubumbashi e Mbuji-Mayi estavam conectadas pela seção mais ativa da rede ferroviária (FARIA *et al.*, 2014).

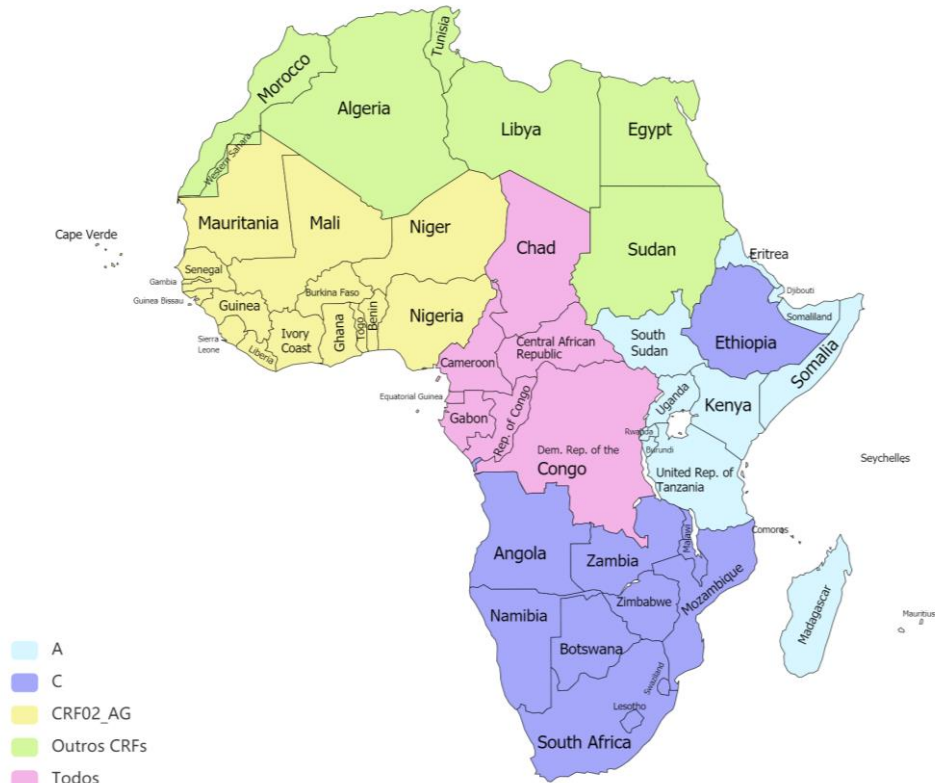
Posteriormente, o vírus foi de Kinshasa a Bwamanda, na região central da República Democrática do Congo, chegando lá até 1946. Já ao norte da RDC, em Kisangani, estima-se que o vírus chegou até 1953, esta demora em comparação a outras regiões do Estado pode ser associada ao fato de apenas 5% das viagens ocorrerem na rede fluvial entre Kinshasa e Kisangani (FARIA *et al.*, 2014).

3.1 AS ORIGENS DO SUBTIPO C DO HIV-1-M

Conforme foi discutido na introdução deste trabalho, o HIV-1 é dividido em diversos grupos, tipos e subtipos. Os grupos são o M, N, O e P, em que o M, por ser o responsável pela epidemia global, é o prevalente. Este apresenta subtipos do vírus, o A, B, C, D, E, F, G, H, I, K

No caso africano, conforme pode ser observado na Figura 3 abaixo, o continente apresenta todos os subtipos e CRFs diferentes da doença, com maiores prevalências de cada de acordo com a região, história e correntes migratórias associadas a esta (HEMELAAR *et al.*, 2019).

Figura 3 - Mapa dos subtipos prevalentes de HIV-1-M na África¹



Fonte: Elaboração própria com base em dados de Hemelaar *et al.* (2019)

Conforme identificado no mapa, a África Central apresentou todos os subtipos do HIV-1-M e seus CRFs, sem prevalência significativa de um subtipo específico. Isto pode ser associado ao fato desta ser a região de origem do vírus, sendo, portanto, a com maior diversidade genética deste (VIDAL *et al.*, 2000).

Para o seguimento desta pesquisa, torna-se relevante o fato observado no mapa de que o subtipo C do HIV é o prevalente na África Austral, tendo em vista que esta é a região que, atualmente, é mais afetada pela epidemia de HIV no mundo e, portanto, será enfocada nesta

¹ O mapa elaborado consiste numa simplificação dos dados de Hemelaar *et al.* (2019). Os subtipos demarcados por região não indicam o único subtipo presente na região, e sim o mais prevalente. No caso da África Central, nenhum tipo é de fato predominante, por isso é indicada a marcação “Todos”.

análise. Cabe destacar que o subtipo C é tão dominante na África Austral que ele é responsável por cerca de 99% dos casos de HIV (HEMELAAR *et al.*, 2019).

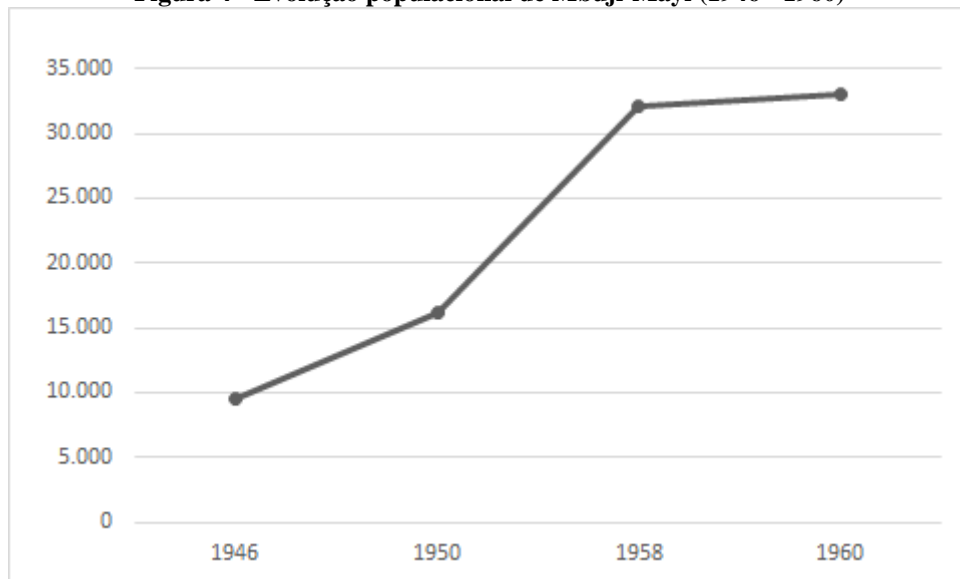
Tendo isto em mente, foi em Mbuji-Mayi, onde se estima que o vírus chegou até 1939 a partir de Kinshasa, que se originou o subtipo C do HIV-1-M. A importância da cidade, capital da província do Kasai Oriental, que levou ao fluxo elevado de pessoas vindas de Kinshasa deveu-se à descoberta de diamantes em 1907 e comprovação de seu valor e início de sua exploração a partir de 1913. Oficialmente, a mineração se iniciou em 1919, com a fundação da *La Societe Miniere du Beceka* (MIBA) (atualmente conhecida como *Societé Minière de Bakwanga*).

O crescimento da cidade era controlado pela MIBA, assim como as pessoas que ingressavam na região. Com isso, residência permanente na área era quase impossível de ser estabelecida. A partir disso, podemos associar a entrada e saída de pessoas com o propósito da exploração de diamantes à entrada do HIV-1-M na capital (PIERMAY, 1986).

Possivelmente, o surgimento do subtipo C do vírus HIV-1-M, que tem suas origens em torno do início da década de 50, pode ser associado ao grande fluxo de imigrantes de Lubumbashi e países vizinhos ingressando à Mbuji-Mayi para trabalhar nas minas de diamantes neste período. Este fluxo repentino elevado de mineradores para a cidade neste período tem como causa o aumento dos usos práticos dos diamantes industriais no pós-Segunda Guerra Mundial, levando à elevação da rentabilidade da exploração deste produto (PIERMAY, 1986). A MIBA, que controlava a região, se beneficiava desta mão de obra, e, assim, foi receptiva aos imigrantes e, inclusive, construiu residências para estes (PIERMAY, 1986).

Além disso, posteriormente, com a independência da República Democrática do Congo, a inquietação e tensões étnicas que acompanharam este movimento levaram ao retorno do povo Baluba a sua região de origem, no Kasai Oriental (PIERMAY, 1986). Dessa forma, houve dois movimentos migratórios em um curto espaço de tempo, o primeiro no início da década de 50, associado à mineração, e o segundo no início da década de 60, associado aos chamados refugiados Baluba (PIERMAY, 1986).

Assim, a densidade populacional da cidade foi crescendo e a administração de Mbuji-Mayi não foi capaz de a urbanizar de forma eficiente (PIERMAY, 1986). Estes dois fatores potencializaram a transmissão do HIV e, conseqüentemente, suas mutações (GARTNER *et al.*, 2020). Este foi o mesmo cenário que pôde ser observado previamente em Kinshasa, em que o crescimento e urbanização veloz da cidade levou a condições propícias para a expansão do HIV. Esta evolução demográfica de Mbuji-Mayi pode ser observada na Figura 4, abaixo:

Figura 4 - Evolução populacional de Mbuji-Mayi (1946 - 1960)

Fonte: Elaboração própria com base em dados de Nkuba (2019).

A partir do gráfico, pode-se comprovar que Mbuji-Mayi evoluiu de menos de 10 mil habitantes em 1946, para cerca de 35 mil em 1960. Assim, este crescimento deu-se de forma acelerada e desorganizada, criando um ambiente propício para o HIV (NKUBA, 2019).

De Mbuji-Mayi, no início da década de 60, o HIV-1-M, subtipo C, se expandiu e assentou em Lubumbashi (próxima à fronteira de Zâmbia), possivelmente associado ao fluxo de pessoas entre as cidades, devido à atividade mineradora (FARIA *et al.*, 2014). Lubumbashi, assim como Mbuji-Mayi, também foi uma cidade com rápido crescimento populacional, porém, o de Lubumbashi se iniciou antes do de Mbuji-Mayi, associado à mineração e ferrovias após a Primeira Guerra Mundial. Além disso, as missões religiosas neste período na cidade também podem ser associadas ao fluxo populacional. Este boom demográfico também se repetiu no período posterior à Segunda Guerra Mundial, devido à atração de imigrantes para o setor minerador (BRUNEAU; LOOTENS-DE-MUYNCK, 1985), conforme pode ser observado na Figura 5, abaixo:

Figura 5 - Evolução populacional de Lubumbashi (1911 - 1957)

Fonte: elaboração própria com base em dados de Bruneau e Lootens-de-Muynck (1985).

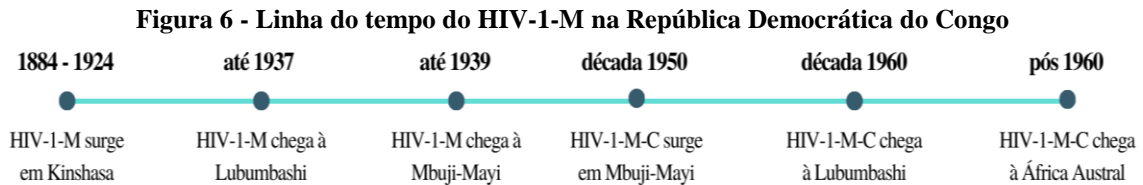
Foi neste cenário de rápido crescimento populacional e urbanização que subtipo C do HIV-1-M se assentou efetivamente em Lubumbashi, importado, conforme mencionado anteriormente, de Mbuji-Mayi (FARIA *et al.*, 2014). Ademais, outro fator de transmissão do HIV a ser ressaltado é a prostituição em Lubumbashi neste período, que era prevalente e, assim como em Kinshasa, era associada a alta proporção de homens para mulheres, tendo em vista os imigrantes que iam à cidade para trabalhar nas minas. Esta prática era, inclusive, passada de geração para geração, a partir de mães, avós, irmãs, entre outros, que necessitavam da renda gerada por esta atividade (PÉPIN, 2021).

A prostituição era tão aberta, que o governo belga passou a impor um imposto para mulheres solteiras, incluindo trabalhadoras do sexo, como forma de aceitação oficial da prostituição como fruto inevitável da vida urbana. Este imposto foi introduzido inicialmente na região mineradora do Congo sobre mulheres brancas, em 1918, e, posteriormente, sobre mulheres africanas em 1932. Além disso, o imposto também prévio o exame regular destas mulheres, visando identificar doenças sexualmente transmissíveis (HUNT, 1991).

A cidade, que possuía uma rede ferroviária conectando-a a várias outras, como, Beira, em Moçambique, Bulawayo e Salisbury, em Zimbabué, Lobito da Angola e Sakania na fronteira com Zâmbia (BOONEN; LAGAE, 2015). Assim, Lubumbashi pode ter representado uma porta de saída a outros Estados para o subtipo C do HIV-1-M.

Abaixo, na Figura 6, pode-se observar uma linha do tempo indicando este movimento do grupo M do HIV-1, com seu surgimento estimado em Kinshasa, no período de 1884 a 1924, sua chegada de Kinshasa à Lubumbashi até 1937 e em Mbuji-Mayi até 1939. Posteriormente,

o surgimento do subtipo C do grupo M do HIV-1 em Mbuji-Mayi até a década de 1950, sua exportação desta cidade à Lubumbashi até a década de 1960 e, logo, sua chegada à África Austral a partir de 1960.



Fonte: Elaboração própria com base em dados de Crawford (2013) e Faria *et al.* (2014).

3.2 A CHEGADA DO SUBTIPO C DO HIV-1 À ÁFRICA AUSTRAL

A seguir, devido, provavelmente, ao retorno de mineradores trabalhando nesta cidade, este subtipo do vírus foi introduzido à Zimbabué, Etiópia, Quênia, Tanzânia e Uganda, até a década de 70 (GARTNER *et al.*, 2020; FARIA *et al.*, 2019). Dessa forma, temos que o vírus se espalhou, possivelmente a partir do trabalho de imigrantes, à África Austral, o qual pode ser associado à prevalência do subtipo C do HIV-1-M nesta região (FARIA *et al.*, 2014).

A Angola, por possuir fronteira com a República Democrática do Congo e amplo contato e imigração com esta, teve múltiplas introduções do vírus do HIV. Inicialmente, estima-se que o HIV-1 tenha sido exportado ao Estado em 1924 e 1927. Sua introdução à Angola, estimadamente, ocorreu por volta de 1946. Isto é associado ao fato de Luanda ter sido um dos principais polos de imigrantes vindos de Kinshasa (PINEDA-PEÑA *et al.*, 2016).

Porém, o subtipo C do vírus só aparenta ter chegado ao país a partir da década de 1970 até os anos 2000 (AFONSO; MORGADO; BELLO, 2012). Isto pode estar associado à instabilidade de Angola neste período, tendo em vista a Guerra de Independência (1961 - 1974), em que os movimentos nacionais de libertação - Movimento Popular pela Libertação de Angola (MPLA), Frente Nacional de Libertação (FNLA), União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA) - lideraram a luta contra Portugal pela independência. O fim da guerra deu-se em 1974 e a independência foi declarada oficialmente em 1975 (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018).

Quando Angola tornou-se independente, iniciou-se então a Guerra Civil Angolana (1975 - 2000), em que o MPLA e UNITA², ambas com visões diferentes sobre o rumo a ser

² A FNLA também foi parte do conflito inicialmente, como aliada da UNITA, porém, ela foi derrotada militarmente alguns anos após o início da guerra (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018).

seguido por Angola após sua libertação, entraram em guerra pelo poder, tornando-se, no processo, uma guerra proxy para os EUA e URSS na Guerra Fria. O MPLA tinha apoio da URSS e de Cuba, enquanto a UNITA era apoiada pelos Estados Unidos. O conflito teve seu fim oficial em 2002, após a morte de Savimbi, líder da UNITA e vitória do MPLA (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018).

Entretanto, as décadas de conflito deixaram a infraestrutura de Angola destruída. Este fato, somado ao deslocamento de pessoas da Angola para outros países da África Central e Austral durante sua Guerra de Independência e Guerra Civil e subsequente retorno de pessoas após o fim dos conflitos, pode ser associado à expansão do subtipo C do vírus do HIV (AFONSO; MORGADO; BELLO, 2012).

Em Botsuana, estima-se que o subtipo C do vírus surgiu entre 1955 e 1960, porém as origens para a entrada do vírus ao país ainda permanecem desconhecidas (WALKER *et al.*, 2005). Apesar disso, considerando este período de chegada do vírus, seria possível teorizar uma associação entre a chegada e expansão do vírus à Botsuana e a riqueza de diamantes deste Estado, a qual atraiu imigrantes nas décadas de 1960 e 1970, e a relativa estabilidade política deste, em comparação a outros países da região no período, que levou à entrada de refugiados vindos de outras nações da África Austral (NSHIMBI; FIORAMONTI, 2014).

Botsuana é, inclusive, junto a África do Sul, a nação da África Austral com a maior diversidade genética do subtipo C do HIV-1-M. Este fato pode ser associado à elevada prevalência atual do vírus, à migração associada à sua prosperidade econômica e sua posição geográfica central (NSHIMBI; FIORAMONTI, 2014).

No caso de Essuatíni e Lesoto, estes são, atualmente, os países com as maiores prevalências de HIV em adultos, 27,1% e 23,1%, respectivamente (UNAIDS, 2021). Não foi possível localizar estudos genéticos relacionados às origens e primeiras introduções do subtipo C do vírus a estes países, destacando-se aqui a necessidade de expandir estudos nesta área, contudo, é marcante que estes dois Estados têm em comum o fato de fazerem fronteira com a África do Sul. No caso de Lesoto, o país inteiro está cercado pela África do Sul, e Essuatíni possui quase todo seu território em contato com a nação vizinha, com exceção de uma pequena porção em fronteira com Moçambique, conforme pode ser observado na Figura 7, abaixo:

Figura 7 - Mapa da África Austral destacando Lesoto e Essuatíni³



Fonte: Elaboração própria por meio do Google Maps

Além de fazerem fronteira com a África do Sul, ambos os países passaram pelo recrutamento massivo de pessoas para trabalharem nas minas sul-africanas, de forma que há mais de um século cerca de 60% dos mineradores na África do Sul são de Lesoto e Essuatíni (CORNO; DE WALQUE, 2012). Dessa forma, teorizasse existir uma possível relação entre esta atividade de mineração e a expansão da epidemia do HIV nestes países, devido a três fatores, delineados por Corno e de Walque (2012, p. 466, tradução nossa):

Em primeiro lugar, trabalhar em minas sul-africanas implica em migração temporária de longo prazo da família de origem e isso aumenta a probabilidade de envolvimento com vários parceiros sexuais simultâneos. Em segundo lugar, os mineiros têm sido tradicionalmente acomodados em albergues para pessoas do mesmo sexo e isso impulsionou uma indústria do sexo ativa na área ao redor dos locais de mineração, onde os mineiros têm renda disponível para se envolver em relações sexuais com profissionais do sexo. Finalmente, as mulheres, que esperam que seus maridos voltem das minas, podem ser mais propensas a se envolver em relações sexuais com outros parceiros também⁴.

Além disso, cabe destacar que Essuatíni e Lesoto também receberam refugiados de Estados da África Austral passando por conflitos de independência. Dentro disto, destacam-se os refugiados vindos da África do Sul, devido ao regime do Apartheid (SCHNEIDER, 1999).

³ Suazilândia é o antigo nome oficial de Essuatíni, porém, segue sendo utilizado comumente em mapas.

⁴ “First, working in South African mines implies temporary long-term migration from the household of origin and this increases the probability of engaging in multiple concurrent sexual partners. Second, miners have traditionally been accommodated in single-sex hostels and this has boosted an active sex industry in the area surrounding the mining sites where miners have disposable income to engage in sexual relationships with commercial sex workers. Finally, women, who wait for their husbands to come back from the mines, might be more likely to engage in sexual relationships with other partners as well”

No caso do Malawi, também houve dificuldade significativa em identificar estudos que traçassem a origem do HIV no Estado, porém, um estudo feito em 2002, com base em 44 mil amostras de sangue coletadas entre 1981 e 1984 e logo 1987 e 1989, no distrito de Karonga, no norte do Malauí, foi capaz de identificar 200 amostras positivas do vírus. Assim, foram identificadas em amostras de 1982 os subtipos A e D do vírus de 1982 e em uma amostra de 1983 o subtipo C (MCCORMACK *et al.*, 2002).

Dessa forma, temos comprovação de que até 1984 o subtipo C do HIV já teria chegado à Karonga. Este é um distrito com uma economia baseada, primariamente, (até o fim da década de 1990) na agricultura de subsistência e pesca. Sua densidade populacional, segundo o censo de 1987, era de apenas 44 pessoas por quilômetro quadrado (CHIRWA *et al.*, 2005).

Considerando estas características do distrito, pode-se presumir que este não é um ambiente propício para o desenvolvimento do vírus e, possivelmente, não seria o primeiro lugar de chegada do subtipo C ao Malauí. Assim, se em 1983 o vírus já se encontrava em Karonga, existe a possibilidade de que ele tenha chegado a outras regiões mais populosas e com maior contato exterior até 1980.

Relacionado a isto, temos o fato de Malauí ter sido um dos países da região a receberem refugiados e imigrantes de outros Estados em conflitos. O país recebeu, por exemplo, mais de um milhão de refugiados vindos somente de Moçambique (SCHNEIDER, 1999). Dessa forma, tem-se então um grande fator de risco para a expansão do HIV.

Não foi possível identificar estudos que discutissem as origens do subtipo C do vírus em Moçambique, porém, é possível que haja uma associação entre este e os períodos de instabilidade enfrentados pelo Estado. Inicialmente, com sua Guerra de Independência (1964 - 1974), liderada pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) contra o Estado português (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018).

A seguir, com a retirada das tropas portuguesas após a Revolução dos Cravos, Moçambique declarou sua independência em 1975. Contudo, assim como em outros países analisados anteriormente, após a independência, houve uma Guerra Civil (1977 - 1992), devido a divergências sobre o rumo a ser tomado pelo novo Estado, em que a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO) se opunha ao novo governo instaurado pela FRELIMO, de cunho socialista (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018).

O conflito terminou em 1992 com a assinatura de um Acordo de Paz e subsequente eleição multipartidária em 1994 (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018), porém, o legado deixado pela guerra foi de mais de um milhão de mortos, uma crise fome, mais de 5 milhões de deslocados, crise econômica, um sistema de saúde destruído, entre outros (CLIF,

1998). Assim, é possível que, conforme ocorreu em outros Estados analisados neste trabalho, este período conturbado, associado aos movimentos migratórios de refugiados das guerras, tenha relação com a inserção e expansão do HIV em Moçambique. Porém, destaca-se aqui a necessidade de ampliação da literatura sobre o período inicial de chegada e expansão do subtipo C do HIV-1 em Moçambique, tendo em vista a não identificação de trabalhos sobre este assunto durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Em Namíbia, assim como em Moçambique e outros países listados, não foi possível identificar estudos que traçassem as rotas de chegada do vírus ao país, destacando a necessidade da expansão destas análises. Contudo, o país também passou por conflitos de independência que podem ter possibilitado e/ou potencializado esta inserção do HIV no Estado. Na década de 60, guerrilhas se desenvolveram em Namíbia, em busca da independência da África do Sul, sobre comando da Organização Marxista do Povo da África do Sudeste (SWAPO) (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018).

Estas guerrilhas foram duramente reprimidas, culminando na intervenção da ONU em 1966, que declarou a ilegitimidade da dominação sul-africana. Apesar disto, o conflito armado se manteve até 1988, quando a África do Sul concordou em conceder independência à Namíbia (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018). Com a declaração oficial da independência em 1990, refugiados do conflito passaram a retornar ao país (MWASE, 1990).

Em relação à Zâmbia, teoriza-se a possibilidade de o vírus ter adentrado o Estado diretamente a partir de Lubumbashi, considerando a proximidade e conexão ferroviária entre Lubumbashi e Zâmbia (FARIA *et al.*, 2014). Contudo, não foi possível identificar estudos que analisassem e datassem a entrada do subtipo C do HIV a este Estado, dificultando, assim, a definição da periodicidade deste acontecimento.

Considerando que o subtipo C já havia chegado à Zimbabué, Etiópia, Quênia, Tanzânia e Uganda até a década de 1970 (GARTNER *et al.*, 2020), todos Estados mais distantes de Lubumbashi que Zâmbia e sem a conexão ferroviária direta que Zâmbia possui, poder-se-ia teorizar a possibilidade de o vírus também ter chegado à Zâmbia até a década de 1970, ou até mesmo na própria década de 1960.

Zâmbia também foi um Estado com forte movimento migratório, tendo em vista sua riqueza de cobre nas décadas de 1960 e 1970, que atraiu imigrantes da África Austral. Além disso, o fato deste país não ter passado por conflitos de independência atraiu refugiados de outros países, como Moçambique, Angola, Zimbabué, África do Sul e Namíbia (NSHIMBI; FIORAMONTI, 2014; VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018). O país tem, inclusive, uma longa história de auxílio internacional a refugiados, desde a década de 1940. Dessa forma,

existe a possibilidade destes movimentos migratórios associados à Zâmbia terem contribuído para a expansão do HIV pela África Austral, considerando os movimentos de retorno de refugiados com o fim dos conflitos de independência.

Em Zimbabué, a epidemia do subtipo C do HIV-1-M tem sua origem, provavelmente, de múltiplas introduções na década de 1970 e, assim como no caso do Senegal, teve um crescimento exponencial nas transmissões na década de 1980. Isto pode ser associado às questões políticas e sociais enfrentadas pelo Estado em seu processo de independência (DALAI *et al.*, 2009).

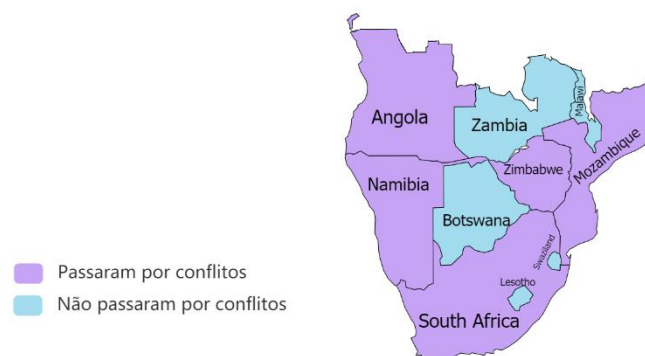
Neste contexto, em 1965 a minoria branca agrária do Estado declarou, de forma unilateral, a independência da então Rodésia. Com isso, iniciou-se uma guerra civil, culminando na efetiva independência de Zimbabué em 1980 e ascensão de Mugabe ao poder (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018). Assim, este conflito civil e o posterior retorno de imigrantes e expatriados com a resolução do conflito na década de 1980 pode ser associado ao aumento das transmissões do HIV neste período (DALAI *et al.*, 2009).

3.3 CONCLUSÕES PARCIAIS

Os Estados continentais da África Austral tiveram uma prevalência de países que passaram por conflitos de independência e pós-independência, conforme pode ser observado na Figura 8. As origens destes conflitos podem ser associadas às instabilidades políticas e disputas étnicas, relacionados à estrutura social, política e econômica de dominação criada pelos Estados colonizadores, para manterem suas colônias subjugadas e obterem o maior nível de lucro destas.

Conforme pode ser observado na Figura 8 abaixo, Angola, África do Sul, Moçambique, Namíbia e Zimbabué passaram por conflitos de independência e pós-independência. Apenas Botswana, Essuatíni, Lesoto, Zâmbia e Malauí se mantiveram com relativa estabilidade neste período.

Figura 8 - Mapa de Estados da África Austral envolvidos em conflitos (1960 - 2000)



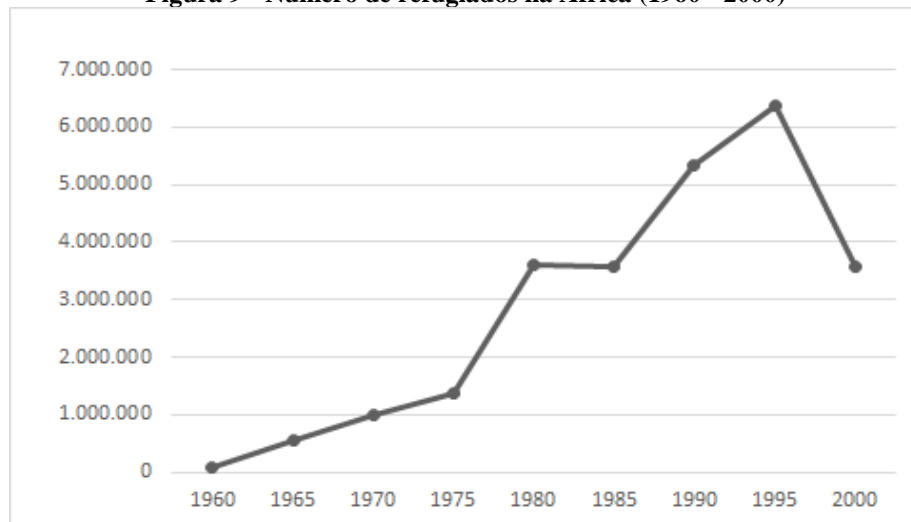
Fonte: Elaboração própria com base em dados de Visentini, NERINT e CEBRAFRICA (2018).

Conforme pôde ser observado no decorrer do capítulo, os movimentos de libertação africanos, associados à instabilidade da África Austral nesse período, podem ser relacionados à chegada e expansão do subtipo C do HIV-M à região. Esta relação entre mudanças políticas, conflitos, imigração e o retorno de imigrantes e a expansão do HIV tem sido estudada previamente, tendo em vista que este contexto causa:

(1) aumento do movimento entre os países conforme os exilados políticos voltam para casa para suas famílias, (2) aumentos nas migrações de comércio e trabalho entre os países durante tempos de paz, e (3) aumentos nas taxas de fertilidade entre a população após os períodos de conflito (*baby-boom*) (WILKINSON *et al.*, 2016, p. 206, tradução nossa)⁵.

Dessa forma, temos que os conflitos de independência e pós-independência na região são associados a um aumento no número de imigrantes na África, tendo em vista a fuga de pessoas destes Estados, em busca de outros próximos com melhores condições de vida. Conforme pode ser observado na Figura 9 abaixo, a quantidade de refugiados africanos subiu constantemente desde a década de 1960 até 1995, exatamente no período das independências africanas, chegando ao pico de mais de 6 milhões em 1995 (ZLOTNIK, 2003):

Figura 9 - Número de refugiados na África (1960 - 2000)



Fonte: Elaboração própria com base em dados de ZLOTNIK (2003).

A partir de 1995, com o fim dos conflitos e retorno dos refugiados aos seus países de origem, temos uma queda significativa nestes números (ZLOTNIK, 2003). Este movimento de

⁵ (1) increase movement between countries as political exiles return home to their families, (2) increases in trade and labour migrations between countries during times of peace, and (3) increases in fertility rates amongst the population following periods of conflict (*baby-boom*)

deslocamento e posterior retorno de pessoas pode, assim, ser associado ao crescimento do HIV neste período na África Austral. Dessa forma, mesmo os Estados que não passaram por conflitos de independência, também foram afetados, devido ao aumento no número de refugiados adentrando o país. Assim, tanto países que passaram pelos conflitos quanto os que não o fizeram tiveram uma potencialização na transmissão do HIV neste período.

Com isso, o vírus foi se espalhando nos territórios continentais da África Austral de forma ampla, gerando a situação atual, em que esta região é a com maior prevalência de casos de HIV em adultos. Conforme pode ser observado na Figura 10 abaixo, isto também afeta significativamente a estrutura populacional destes países:

Figura 10 - Expectativa de vida e aumento populacional de pessoas com HIV⁶

Country	Life expectancy (years)			Population growth (%)	
	Without AIDS	With AIDS	Years lost	Without AIDS	With AIDS
Namibia	70.1	38.9	31.2	2.8	1.2
Botswana	66.3	37.8	28.5	1.9	0.2
Swaziland	63.2	37.1	26.1	3.1	1.7
Zambia	60.1	37.8	22.3	3.1	2.0
Kenya	69.2	43.7	25.5	1.8	0.6
Malawi	56.8	34.8	22.0	2.2	0.7
South Africa	68.2	48.0	20.2	1.4	0.4

Fonte: Fourie (2006) p. 30.

Conforme pode ser observado na figura, a expectativa de vida de pessoas com AIDS na África Austral é reduzida significativamente, com uma perda de mais de 20 anos. Isto pode ser associado ao maior custo e dificuldade de obter medicamentos antirretrovirais nestes países. Assim, seus impactos são marcantes:

A epidemia desestabiliza profundamente as sociedades. À medida que país e trabalhadores sucumbem a doenças relacionadas à AIDS, as estruturas e divisões de trabalho nos lares, famílias, locais de trabalho e comunidades são perturbadas, com as mulheres carregando um fardo especialmente pesado. A partir daí, os efeitos se propagam pela sociedade, reduzindo os níveis de renda, enfraquecendo as economias e minando o tecido social (FOURIE, 2006, p. 30, tradução nossa)⁷

O impacto econômico sobre os países também é significativo, com uma redução estimada no PIB de 1 a 2% por ano nos países com mais de 20% de prevalência de HIV. Além

⁶ Estimativas projetadas para 2010.

⁷ The epidemic destabilises societies in profound ways. As parents and workers succumb to AIDS-related illnesses, the structures and divisions of labour in households, families, workplaces and communities are disrupted, with women bearing an especially heavy burden. From there, the effects cascade across society, reducing income levels, weakening economies and undermining the social fabric.

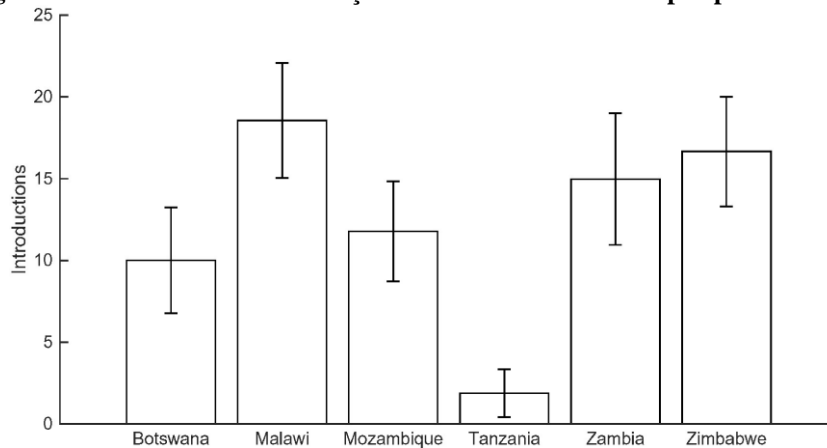
disso, os custos governamentais aumentam, gerando dificuldades no sistema de saúde (FOURIE, 2006).

Este cenário gera um ciclo em que a AIDS prospera em situações de insegurança social e econômica, devido ao aumento das migrações, refugiados, prostituição, presidiários, entre outros. Assim, estes países que já possuem taxas elevadas de HIV são espaços ideais para mais infecções (FOURIE, 2006).

4 O CASO DO HIV NA ÁFRICA DO SUL

O HIV chegou à África do Sul na década de 80, associado a múltiplas introduções do vírus vindas de diferentes países. Conforme pode ser observado na figura abaixo, a qual indica a quantidade de introduções do HIV à África do Sul vinda de cada nação:

Figura 11 - Estimativa de introduções virais na África do Sul por país de origem



Fonte: Wilkinson *et al.* (2016).

Conforme pode ser observado no gráfico, o maior número de introduções virais foi a partir de Malauí, com quase 20 introduções, seguidas por Zimbabué e Zâmbia. A relação histórica entre Malauí e a África do Sul explica a predominância da contribuição deste país nas entradas do vírus, tendo em vista que desde o período colonial, Malauí exportava trabalhadores às minas sul-africanas, o qual se manteve após a independência do país em 1964. Devido a esta relação, o Malauí foi o único Estado africano a manter relações com o governo do Apartheid (WILKINSON *et al.*, 2016). Assim, este fluxo de pessoas pela atividade mineradora pode ser associado à introdução do HIV ser predominantemente a partir de Malauí.

Em relação à Zimbabué, este país estar em segundo lugar em introduções do HIV à África do Sul também pode ser associado aos processos migratórios, tendo em vista a migração circular entre Zimbabué e África do Sul. O movimento de imigrantes de Zimbabué se iniciou após sua independência na década de 1980 e se intensificou de forma significativa para a África do Sul a partir de década de 1990 (CRUSH; CHIKANDA; TAWODZERA, 2015), devido ao fim do Apartheid e a crise econômica iniciada a partir de 1991 em Zimbabué (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018).

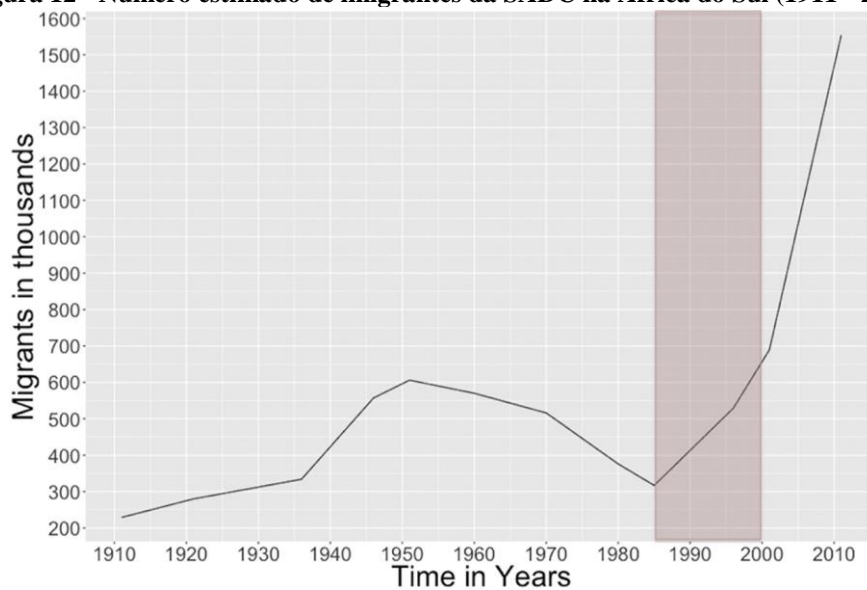
Assim, entre 1980 e 1990, cerca de 200 mil por ano cruzavam a fronteira legalmente de Zimbabué para a África do Sul. Em 1991, esse número ultrapassou 400 mil, chegando ao pico de 700 mil em 1995 (CRUSH; CHIKANDA; TAWODZERA, 2015). Dessa forma, pode-se

associar este movimento significativo de pessoas às diversas introduções do vírus vindo do Zimbabué à África do Sul.

Em relação às introduções do vírus a partir de Zâmbia, conforme foi visto no capítulo dois, este país tem sido, historicamente, um grande receptor de refugiados, incluindo refugiados da África do Sul durante o Apartheid, que retornaram ao país com o fim deste conflito. Dessa forma, Zâmbia também pode ser considerada uma rota histórica de imigrações sul-africanas.

A partir disso, pode-se observar que o grande fluxo migratório de outros países da África Austral a partir de 1990 contribuíram de forma significativa para a introdução do vírus do HIV à África do Sul. Na Figura 12 abaixo, é possível comprovar este elevado aumento nas imigrações vindas de países membros da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) a partir da década de 1990.

Figura 12 - Número estimado de imigrantes da SADC na África do Sul (1911 - 2011)



Fonte: Wilkinson *et al.* (2016).

Dessa forma, conforme pode ser observado no gráfico acima, a África do Sul teve um pico significativo no número de imigrantes originários de países membros da SADC a partir de 1990. Assim, os números passaram de cerca de 300 mil em 1980, para quase 700 mil em 2000 (WILKINSON *et al.*, 2016).

Além disso, o maior número de introduções do vírus à África do Sul, que ocorreram justamente neste período de 1980 a 2000, se deram num período de profundas mudanças sociais e políticas no país, tendo em vista o Apartheid. Dessa forma, com o fim deste momento na história sul-africana, temos a libertação de presos políticos, o retorno de refugiados e a

eliminação das leis segregacionistas, todos fatores que podem ter contribuído para a transmissão do vírus neste período (WILKINSON *et al.*, 2016).

4.1 O HIV NO CONTEXTO DO APARTHEID (1982 - 1994)

O Apartheid consistiu no regime racista sul-africano que foi institucionalizado pela ascensão do Partido Nacional ao poder em 1948. A partir disso, foi criado um sistema de subjugação, implementado pelo Estado, da população negra, com a segregação em diversos aspectos, como na educação, posse de terras, residências, restrição de seu movimento, proibição do casamento entre diferentes grupos raciais, entre outros (PEREIRA, 2012).

Estas práticas segregacionistas enfrentaram forte oposição no país, com destaque para o Congresso Nacional Africano (CNA), aliado do Partido Comunista Sul-Africano. Durante a primeira década do Apartheid, o CNA optou pela resistência pacífica, organizando protestos contra as leis racistas instituídas, contudo, não obteve resultados (PEREIRA, 2012).

Dessa forma, potencializado pelo Massacre de Sharpeville, ocorrido em 1960, após a repressão do protesto em oposição à Lei do Passe, em 1961 o CNA iniciou a luta armada contra o Apartheid, com a criação de sua ala militar, a Umkhonto we Sizwe "Lanceiro da Nação" (MK), a qual se utilizou de campanhas de sabotagem a instalações governamentais. Isto levou à dura repressão pelo governo, eventual prisão dos líderes do movimento no início da década de 1960 e endurecimento do regime (PEREIRA, 2012).

Com isso, os protestos a luta armada entre 1960 e 1970 foram muito restritos, com um enfoque dos movimentos antirracistas em discussões sobre sua ideologia interna. Em 1976, com o massacre de Soweto, em que 600 manifestantes negros foram mortos, a atenção internacional se voltou mais para o Apartheid. Além disso, com a crise do petróleo, o regime passou a enfrentar fortes dificuldades econômicas. A partir deste enfraquecimento governamental, o MK reativou sua luta armada no final da década de 1970 (PEREIRA, 2012).

A década de 1980 foi marcada pelo período de maior violência do conflito e pela perda de apoio internacional da África do Sul perante outros Estados africanos, tendo em vista as independências de Angola, Moçambique e Rodésia do Sul. Além disso, o país passou a ser boicotado economicamente por outros países, como os Estados Unidos (PEREIRA, 2012).

Foi neste período conturbado politicamente e economicamente que o HIV foi descoberto. Este era um contexto especialmente propício para a transmissão do vírus, já que o governo autoritário discriminatório criou um cenário de desigualdade e instabilidade social:

A sociedade era definida por uma distribuição desigual de recursos, pobreza generalizada, a duplicação perdulária de serviços civis, isolamento internacional e insurgências militares regionais, a ausência de democracia e governança efetiva/boa, instabilidade política interna e desigualdade de gênero [...], haviam práticas sociais tradicionais que fomentavam a infecção, um tecido social decadente, grande vulnerabilidade feminina e um sistema de produção econômica que dependia da mão de obra migratória (FOURIE, 2006, p. 51, 52, tradução nossa)¹.

O primeiro caso de HIV foi identificado na África do Sul em 1982, contudo, esta questão foi majoritariamente ignorada pelo governo, visto que a doença era vista como um problema que atingiria apenas homens homossexuais, prostitutas e imigrantes (FOURIE, 2006; SQUIRE, 2007). É possível associar essa despreocupação do governo sul-africano para com o vírus ao conturbado contexto enfrentado pelo país na época, o qual tornou o HIV um problema em segundo plano (FOURIE, 2006; PEREIRA, 2012).

A visão do governo era apenas que o resto da sociedade civil deveria ser “protegida” destes grupos, tidos como inimigos da sociedade, o qual levou ao desenvolvimento de legislações associadas à restrição e controle destes grupos, com a deportação de imigrantes que testassem positivo, proibição da doação de sangue por homossexuais, exigência de testagem para imigrantes entrando ao país, entre outros.

Com isso, nenhum tipo de estratégia governamental ou política pública relacionada à AIDS foi desenvolvida. O mais próximo disto foi o estabelecimento do *AIDS Advisory Group*, em 1985, para liderar a criação de estratégias para lidar com o vírus, entretanto, sua visão era limitada, reativa e ainda associada a restringir os grupos tidos como de risco, sem buscar trabalhar as causas estruturais da disseminação do HIV (FOURIE, 2006).

A partir de 1988, evidenciou-se que o vírus não estava mais limitado à apenas homossexuais e outros grupos de risco associados. Contudo, ao invés de, a partir disso, passar a desenvolver políticas amplas para prevenir a disseminação do HIV, o governo do Apartheid passou a associar o vírus com negros e culpou membros do CNA pela importação do HIV (FOURIE, 2006).

Dessa forma, esta primeira fase após a descoberta do vírus foi marcada pela inação governamental, perseguição aos grupos de risco do HIV, os quais eram tidos como criminosos, e politização do vírus na questão racial do Apartheid (FOURIE, 2006). Isto criou as bases para o estabelecimento da epidemia:

¹ “Society was defined by an unequal distribution of resources, widespread poverty, the profligate duplication of civil services, international isolation and regional military insurgencies, the absence of democracy and effective/good governance, domestic political instability and gender inequality [...], there were traditional social practices that fostered infection, a decaying social fabric, great female vulnerability and an economic production system that relied on migratory labour”

O país pagaria o preço por isso por muitos anos - um governo ilegítimo doravante teria cada vez mais dificuldade para garantir a adesão e propriedade de suas políticas de AIDS pela maioria dos sul-africanos, o problema da política de AIDS permaneceu erroneamente definido como uma personificação entre certos setores da sociedade, e a estreita resposta biomédica e específica de políticas de saúde tornou-se a opção mais segura de formuladores de políticas e tomadores de decisão nas esferas pública e privada (FOURIE, 2006, p. 98, tradução nossa)².

O governo do Apartheid começou a se preocupar com o desenvolvimento de políticas públicas para lidar com a questão do HIV apenas a partir de 1989. Estas alterações na condução das políticas para prevenção do HIV foram trazidas pelo início do declínio do Apartheid, marcado pela mudança presidencial de P.W. Botha para F.W. de Klerk libertação de Mandela e legalização dos movimentos de libertação (VISENTINI; NERINT; CEBRAFRICA, 2018; PEREIRA, 2012; FOURIE, 2006). Com isso, tem-se a segunda fase da política do Apartheid para o HIV, de 1989 a 1992.

Em 1990, quando foi realizada a primeira testagem ampla para identificar o vírus, constatou-se que a prevalência deste em mulheres grávidas era de 0,76, em 2000 este número chegaria a 22,4% (SQUIRE, 2007). Além disso, em 1991, detectou-se que 1% da população adulta tinha HIV (FELDMAN, 1994), taxa já considerada alta pela UNAIDS. Neste momento, foi criado o *National Advisory Group*, visando desenvolver políticas mais amplas de prevenção à doença (FOURIE, 2006).

Dessa forma, esta segunda fase das políticas foi marcada pelo aumento da preocupação com o HIV, início das testagens de forma mais ampla e redefinição da epidemia como uma questão de direitos humanos. Contudo, a atenção do governo ainda era predominantemente voltada para todas as questões políticas do período, mantendo o HIV em segundo plano (FOURIE, 2006).

Nesse período, grupos conservadores se utilizaram da doença para promover suas ideologias segregacionistas e se oporem ao movimento inicial de transição política, afirmando que o governo estaria escondendo informações sobre a transmissão do vírus para promover o fim da segregação. A revista ultraconservadora *Die Afrikaner*, por exemplo, afirmou que o governo estaria suprimindo informações sobre o HIV ser transmitido por meio de contato humano não sexual, pois isto ameaçaria o término da segregação (PHILLIPS, 2004).

² The country would pay the price for this for many years to come – an illegitimate government would henceforth find it increasingly difficult to secure the buy-in and ownership of their AIDS policies by the majority of South Africans, the AIDS policy problem remained erroneously defined as a personification among certain sections of society, and the narrow biomedical, health-specific policy response became the safest option of policy and decision-makers in the public as well as in the private spheres.

No parlamento, o HIV também foi politizado e se tornou alvo de debates, com destaque para a afirmação do membro do Partido Conservador, Clive Derby-Lewis, que teria afirmado: "Se a AIDS impedisse o crescimento da população negra, seria como o Papai Noel" (DEBATES OF PARLIAMENTE, 18 de maio de 1990, col. 9797³, *apud*, PHILLIPS, 2004, p. 51, tradução nossa)⁴. Assim, tensões políticas relacionadas ao HIV eram prevalentes.

A partir da maior preocupação com a questão do HIV, em 1992, com a ajuda de Mandela, realizou-se a Convenção Nacional de AIDS na África do Sul (NACOSA), buscando redefinir o problema do HIV como uma questão de direitos humanos e desenvolvimento (SQUIRE, 2007). A partir disto, temos o marco para o início da terceira fase da resposta pública do Apartheid ao HIV, de 1992 a 1994.

Neste período, deu-se maior atenção para o HIV, trazendo-o para o primeiro plano das preocupações políticas. Assim, em 1994 foi desenvolvido o *National AIDS Plan* (NAP), que, no entanto, não foi implementado nesse momento (FOURIE, 2006). Este, consistia em uma resposta integrada ao HIV, composta por seis elementos: "educação e prevenção, aconselhamento, assistência médica, direitos humanos e reforma legislativa, bem-estar e pesquisa" (FOURIE, 2006, p. 111, tradução nossa)⁵. Com isso, o plano seguia todas as diretrizes de melhores práticas para prevenção do HIV recomendadas pela OMS, e aparentava ter os elementos necessários para o sucesso (FOURIE, 2006).

Com isso, a última fase da resposta governamental deste governo ao HIV foi finalizada, deixando as bases para as políticas públicas subsequentes. Entretanto, esta demora para desenvolver políticas e planos de ação de combate à epidemia deixaria duras consequências futuras.

4.2 O HIV NO GOVERNO DE MANDELA (1994 - 1999)

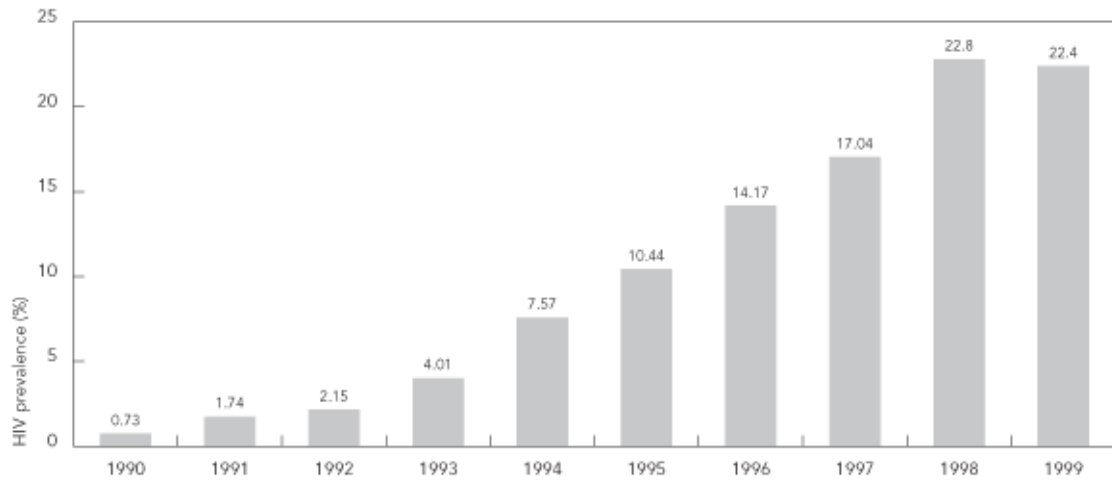
A década de 1990, associada às mudanças políticas trazidas pelo fim do Apartheid, retorno de refugiados e exilados políticos, e inação do governo no início da década, foi o momento em que os casos de HIV realmente começaram a aumentar de forma preocupante no país. Isto pode ser observado na Figura 13 abaixo:

³ Debates of Parliament (1990), Second Session, Ninth Parliament, p. 16–18 May, Col. 9797

⁴ "If AIDS stops black population growth, it would be like Father Christmas"

⁵ "education and prevention; counselling; health care; human rights and law reform; welfare; and research"

Figura 13 - Prevalência de HIV na África do Sul (1990 - 1999)



Fonte: Gilbert e Walker (2002) p. 655.

É possível identificar no gráfico que, nos primeiros anos da década de 1990, a prevalência de HIV estava subindo, mas ainda de forma contida. Porém, a medida que os anos evoluíram, a prevalência foi de 0,73%, taxa já considerada alta pela UNAIDS, para 22,4% em 1999 (FOURIE, 2006).

Assim, o governo recém-eleito de Mandela, em 1994, tinha de lidar com uma prevalência de HIV de 7,57%. Sua primeira ação para lidar com a questão do HIV foi a implementação do NAP, em 1994, criado logo antes do fim do Apartheid.

Contudo, além de ter que se preocupar com o crescente número de casos, o novo presidente devia enfrentar todos os problemas sociais, políticos e econômicos deixados pelo Apartheid. Com isso, em 1994, foi criado o Programa de Reconstrução e Desenvolvimento (RDP, em inglês), que deveria ser a base para as políticas públicas, visando melhorar a igualdade social no país. Entretanto, devido às dificuldades econômicas, em 1996 ele foi substituído pelo *Growth, Employment and Redistribution Programme* (GEAR), mais fiscalmente conservador (FOURIE, 2006).

Neste momento, tornou-se evidente o fracasso do NAP em lidar com a doença, já que nesse ano, a prevalência de HIV chegou à 14,17%, ou seja, o dobro da taxa inicial no primeiro ano do governo de Mandela (FOURIE, 2006; GILBERT; WALKER. 2002). Tendo em vista que o NAP, em sua concepção, seguia todas as recomendações da OMS para a prevenção ao HIV, cabe buscar entender os erros em sua aplicação que levaram a este marcante fracasso, os quais podem ser associados, primariamente, a uma crise em sua implementação:

os detalhes estratégicos e operacionais do documento do NAP simplesmente não foram além das fases de identificação do problema, definição da agenda, formulação de políticas e adoção de políticas. As especificações programáticas e prescrições políticas supostamente ideais, um tanto idealistas, do NAP foram vítimas precisamente de seu idealismo: o NAP não era realista naquilo que pretendia alcançar (FOURIE, 2006, p. 113, tradução nossa)⁶.

Assim, temos que o NAP foi criado a partir da NACOSA de 1992, antes do CNA chegar ao poder, sendo oficialmente adotado quando o partido assumiu o governo, ou seja, antes que este tivesse qualquer contato com as realidades e dificuldades governamentais. Sendo assim, o NAP foi uma lista de desejos, criado fora do verdadeiro contexto de implementar políticas públicas em um cenário de transição governamental, empecilhos políticos, dificuldades econômicas e capacidades estatais reduzidas (FOURIE, 2006).

Dessa forma, conforme discutido por Fourie (2006) o grande problema estrutural do NAP foi que ele consistiu em um plano detalhado de implementação do projeto de prevenção ao HIV feito antes da maior mudança política a ser enfrentada pela África do Sul. Dessa forma, o plano não era capaz de prever os problemas e dificuldades futuros que iriam surgir a partir das alterações no sistema político do Estado.

Um dos principais empecilhos enfrentados na implementação do NAP foi a falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo, tendo em vista que o plano previa sua base de aplicação a nível provincial, sem considerar, contudo, o sistema federativo a ser implementado com o fim do Apartheid. Assim o governo central não podia determinar os valores a serem gastos por cada governo local para a implementação do NAP e, com isso, as províncias foram deixadas para implementarem sozinhas um plano criado nacionalmente, sem considerar os contextos individuais de cada localidade (FOURIE, 2006).

Contudo, quando as primeiras evidências da dificuldade de implementar o NAP se tornaram claras, o Ministério da Saúde buscou soluções simples e rápidas que não resolviam as raízes estruturais do problema. Quando esta estratégia fracassou, o governo passou a adotar um discurso de questionamento da necessidade dos custos da prevenção ao HIV e dos tratamentos antirretrovirais (FOURIE, 2006).

Esta segunda fase de políticas de HIV do governo Mandela, iniciada em 1996, foi marcada pela mudança, não só nas políticas de HIV, mas nas políticas públicas no geral, das políticas de auxílio popular e serviços sociais para as de baixo custo, com ênfase na disciplina

⁶ “the strategic and operational details of the NAP document simply did not move beyond the problem identification, agenda-setting, policy formulation and policy adoption phases. The purportedly ideal, rather idealistic, programmatic specifications and policy prescriptions of the NAP fell victim to precisely its idealism: the NAP was not realistic in what it wanted to achieve”

fiscal, devido ao GEAR (FOURIE, 2006). Dessa forma, a prevenção ao HIV perdeu importância na agenda governamental e, conjuntamente, teve uma redução em seus recursos disponíveis.

Esta segunda fase também foi marcada por escândalos relacionados às políticas de prevenção ao HIV, como o Sarafina II, de 1996, em que o Ministério da Saúde tomou a decisão de investir R14,27 milhões, ou seja, um quinto do orçamento anual do NAP, para a produção de uma peça de teatro a qual deveria educar a população sobre a doença. O gasto, visto como extremamente elevado, foi agravado aos olhos dos ativistas de AIDS pelo fato da peça pregar a abstinência sexual como forma de combate ao vírus. Apesar de duras críticas, o Ministério da Saúde se recusava a aceitar o erro, mantendo uma postura defensiva (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

No ano seguinte, ocorreu o escândalo do remédio Virodene P058, desenvolvida pela Universidade de Pretoria e apresentada como cura milagrosa para o HIV. Contudo, antes da droga passar por qualquer análise do Conselho de Controle Médico, o Ministério da Saúde organizou uma reunião entre os cientistas e o gabinete de governo, para promover o medicamento, buscando acelerar sua aprovação (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

Pouco depois desta reunião, comprovou-se que a droga não era apta para consumo humano e tratava-se de um derivado de solvente industrial. As críticas ao Ministério da Saúde foram de que este estaria intervindo na ciência e não desenvolvendo políticas públicas para lidar com a questão do HIV (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

Cabe destacar, conforme analisado por Fourie (2006) que o governo identificou uma alternativa para a questão dos custos, com a aprovação, em 1997, do *Medicines and Related Substances Control Amendment Act*, o qual previa a possibilidade de importar medicamentos antirretrovirais mais baratos produzidos nos países em desenvolvimento e incluía a possibilidade de licenciamento compulsório das drogas, porém este nunca foi aplicado de fato.

Ainda em 1997, nova revolta popular foi gerada pelas falas de Thabo Mbeki, então vice-presidente, contra os medicamentos AZT e Nevirapene, argumentando que estes seriam ineficientes, apesar de terem comprovação científica. Posteriormente, em 1998, o governo sofreu novas críticas ao anunciar que não distribuiria AZT a mulheres grávidas com HIV, apesar de sua comprovada eficácia, devido às despesas associadas à droga (FOURIE, 2006).

Contudo, análises de custo comprovaram a viabilidade de distribuir este medicamento, tendo em visto que representaria apenas 1% do orçamento anual de saúde, ficando, assim, dentro das estimativas de gastos anual para prevenção ao HIV, e, estimadamente, seria capaz de prevenir 37% das infecções pediátricas anuais do país. A partir disso, o discurso do

Ministério da Saúde foi alterado, passando então a questionar a eficácia do AZT. Assim, novamente, fortes críticas foram dirigidas ao governo pela sociedade civil, que seguiram até o mandato de Mandela em 1999 (FOURIE, 2006).

Cabe, na discussão sobre o AZT ocorrida na época, destacar o caso ocorrido em janeiro de 1999, quando a província do Cabo Ocidental, uma das duas únicas províncias do país a não elegerem o CNA, decidiu providenciar AZT e leite em pó de forma gratuita a grávidas. Com isso, acusações foram feitas de que o governo local estaria utilizando o HIV como ferramenta política para se opor ao governo central (PHILLIPS, 2004), evidenciando o constante aspecto político das discussões associadas à doença na África do Sul.

A terceira fase das políticas públicas para o HIV do governo de Mandela foi de outubro de 1998 ao fim do mandato em junho de 1999, com o lançamento do *Governmental AIDS Action Plan* (GAAP) do vice Mbeki. Contudo, o aparente desinteresse de Mbeki no lançamento do projeto levou opositores a afirmarem que esta seria apenas uma estratégia para angariar votos (FOURIE, 2006).

O último escândalo relacionado ao HIV no governo Mbeki deu-se em dezembro de 1998, com o assassinato da ativista Gugu Dlamini por pessoas de sua comunidade, após revelar seu status soropositivo mediante entrevista por rádio. A revolta contra o governo foi devido à então Diretora-Geral de Saúde, Olive Shisana, criticar o secretismo do diagnóstico de AIDS, apesar da OMS e o NAP defenderem a importância da não notificação pública da soropositividade de indivíduos, por questões de segurança pessoal (FOURIE, 2006).

Além disso, Shisana afirmou que “opponentes de tornar a AIDS notificável pertenciam a uma subcultura Ocidental centrada em homossexuais que não se encaixava na África do Sul” (FOURIE, 2006, p. 132, tradução nossa)⁷. Estes fatos, associados à morte de Dlamini, foram vistos como uma insensibilidade do governo para com a situação (PHILLIPS, 2004).

Dessa forma, o mandato de Mandela foi concluído em 1999 com um novo escândalo e uma taxa de prevalência de HIV em adultos de 22,4% (UNAIDS, 2021). Durante este governo foi marcante na política para o HIV o fracasso do NAP, a recusa do Ministério da Saúde de admitir a necessidade de uma revisão profunda do plano e diversos escândalos relacionados a ação do órgão na prevenção do vírus (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

⁷ “opponents of making AIDS notifiable belonged to a Western, gay-centric subculture that did not fit in the South African”

4.3 O HIV NO PRIMEIRO GOVERNO DE MBEKI (1999 - 2004)

Após o governo de Mandela, Mbeki foi eleito em 1999 com crescente apoio popular nas eleições. Ao assumir o poder, o novo presidente herdou um difícil cenário do HIV no país, com a falta de confiança e insatisfação da sociedade civil para com a ação do governo no combate à doença, devido aos escândalos relacionados ao HIV no governo Mandela (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

No período inicial, o governo de Mbeki pareceu promissor em sua atuação relacionada ao HIV, com a indicação de uma nova ministra da saúde, Tshabalala-Msimang, que prontamente se reuniu com a indústria farmacêutica, médicos e membros da NACOSA. Além disso, ela visitou Uganda, que apresentava resultados promissores em suas ações de prevenção ao vírus, e consultou com os responsáveis locais pelas políticas públicas para o HIV (PHILLIPS, 2004).

Contudo, apenas quatro meses após assumir a presidência, Mbeki afirmou, em seu primeiro discurso ao Conselho Nacional de Províncias, que o AZT seria tóxico e, portanto, inapto para uso humano, e Tshabalala-Msimang afirmou que ele enfraqueceria o sistema imunológico e poderia causar mutações em bebês, sem qualquer forma de embasamento científico (PHILLIPS, 2004). Além disso, Mbeki também passou a questionar se o HIV de fato seria o causador da AIDS (FOURIE, 2006). Com isso, marca-se o início do negacionismo do HIV e seu tratamento pelo governo de Mbeki.

Estes questionamentos relacionados ao HIV e negação da comprovada eficácia dos medicamentos antirretrovirais pode ser relacionada à questão da monetização da AIDS, em que se passou a debater a validade dos gastos públicos associados à doença (FOURIE, 2006). Isto pode ser associado ao cenário econômico da África do Sul, com o programa de reestruturação econômica de Mbeki e a aproximação do país ao FMI e Banco Mundial, e, portanto, ao paradigma neoliberal (PEREIRA, 2012).

Em 2000, decidiu-se que seria necessário revisar e alterar o NAP, a fim de adaptá-lo às novas realidades enfrentadas pelo governo. A partir disso, foi criado o *HIV and AIDS/STDs Strategic Plan for South Africa, 2000 – 2005*, o qual determinava que todos os departamentos e organizações governamentais deveriam utilizá-lo como base para criação de suas estratégias e operações próprias relacionadas à doença (FOURIE, 2006).

Além disso, segundo Fourie (2006) o plano previa a necessidade de pelo menos um ponto focal relacionado ao HIV em cada ministério e setor governamental. Este também determinava a criação de uma série de instituições para garantir sua implementação. Entre estas,

é possível destacar o Conselho Nacional da AIDS (SANAC), o comitê interdepartamental para AIDS (IDC), o comitê dos ministros da saúde de cada província, os conselhos provinciais de AIDS e um fórum de diretores gerais.

Assim como no caso do NAP, o Plano Estratégico tinha todos os elementos de políticas públicas para o HIV recomendados pela OMS, porém, conforme afirmado por Fourie (2006) p. 143, “Embora a África do Sul tenha desenvolvido uma das políticas e ambientes legislativos mais progressistas e mais previdentes em relação ao HIV entre qualquer outro país do mundo [...], o ambiente político ainda não catalisou sua implementação” (tradução nossa)⁸. Com isso, o Plano Estratégico também fracassaria em reduzir as taxas de prevalência de HIV (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

Algumas das principais críticas do Plano, associadas a seu fracasso, são de que este não se comprometia a opções de tratamento para a doença, como os antirretrovirais e não possuía metas claras e orçamentos dedicados. Além disso, assim como no NAP, as províncias eram previstas como seu ponto principal de implementação, contudo, estas não receberam recursos adequados para isto. As províncias também não possuíam sistemas de avaliação independentes e não colaboraram entre si na implementação do Plano (FOURIE, 2006).

Duras críticas também foram dirigidas ao SANAC, o qual prévia 34 membros em sua composição, 16 técnicos e 17 de diversas áreas da sociedade civil, que deveriam aconselhar e monitorar a implementação do Plano Estratégico. Contudo, seus membros, os quais deveriam ser diversos, foram todos unilateralmente apontados pelo governo e eram, majoritariamente, funcionários do governo, sem cientistas, representantes de ONGs ou médicos (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

Agravando o descontentamento popular com a atuação do governo relacionada à epidemia, em 2000 Mbeki lançou o *Presidential International Panel of Scientists on HIV/AIDS in Africa*, para definir os fatos sobre a doença. Contudo, este era composto por cientistas famosos por negarem a relação entre HIV e AIDS (FOURIE, 2006).

Diversos outros escândalos acompanharam a política de Mbeki para o HIV em 2000, como o envio de uma carta por este à Bill Clinton e Tony Blair afirmando ser necessário considerar e analisar a ideia do HIV não causar AIDS. Pouco depois, na 13ª Conferência Internacional de AIDS em Dubai, ele reiterou em discurso que a causa para AIDS não seria o

⁸ “Although South Africa had developed one of the most progressive and far-sighted policy and legislative environments relating to HIV of any country in the world [...] the policy environment has still not catalysed implementation”

HIV, e sim a pobreza no país. Logo, em entrevista com a Revista Times, Mbeki declarou que se o HIV existe, não seria a única causa para AIDS (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

O mesmo padrão se manteve em 2001 e 2002, com a continuidade dos discursos de Mbeki negando a relação entre HIV e AIDS, sua recusa em declarar AIDS uma emergência nacional, em um ano em que 180 mil morreram devido à AIDS na África do Sul (UNAIDS, 2021), e sua descrença em relatórios indicando que AIDS era a principal causa de morte no país.

Neste período, os debates relacionados à distribuição de antirretrovirais pelo governo se mantiveram, com destaque para a vitória da África do Sul no caso levantado contra esta perante a OMC devido à lei de 1997 que permitiria o licenciamento compulsório destes medicamentos. Contudo, apesar disto, o governo manteve sua posição de que o custo para distribuição dos antirretrovirais seria muito elevado, e, portanto, não poderia ser realizado. Dessa forma, apesar da vitória legal, a lei não foi utilizada (FOURIE, 2006).

Em 2001, o grupo ativista *Treatment Action Campaign* (TAC) processou o governo sul-africano, exigindo a distribuição de antirretrovirais como direito humano, por outro lado, o governo se defendeu afirmando que não seria dever de cortes definir políticas públicas e, portanto, o caso seria inválido. Em 14 de dezembro, a corte julgou que o governo deveria providenciar a droga nevirapina em todas as unidades de saúde pública (FOURIE, 2006; PHILLIPS, 2004).

Assim, a questão do tratamento da AIDS foi se tornando mais politizada constantemente, com movimentos da sociedade civil, de médicos e políticos criticando a inação do governo e exigindo o cumprimento da determinação da corte. Dessa forma, anunciou-se que os antirretrovirais seriam providenciados nas unidades de saúde pública, porém, atrasos marcaram a implementação deste projeto (FOURIE, 2006).

A distribuição ampla de antirretrovirais para adultos foi implementada de fato apenas em 2004, após continuada pressão de diferentes alas da sociedade civil. Apesar disso, Mbeki ainda manteve seu discurso de negacionismo e, ao final de seu primeiro mandato, 1.160.000 haviam morrido de AIDS (1999 -2004) (UNAIDS, 2021).

Segundo Fourie (2006) o negacionismo de Mbeki seria relacionado à dificuldade econômica de providenciar o acesso aos antirretrovirais, principalmente, considerando todos os problemas estruturais deixados pelo Apartheid que ainda tinham de ser abordados. Assim, possivelmente, o negacionismo foi uma ferramenta para buscar justificar não ter gastos com a questão da AIDS. Contudo, isto teve duras consequências para a sociedade, tendo em vista os

mais de um milhão de mortos desde a descoberta do vírus até o início da distribuição de antirretrovirais (UNAIDS, 2021)

4.4 CONCLUSÕES PARCIAIS

Conforme pôde ser observado no decorrer deste capítulo, o HIV chegou à África do Sul a partir da década de 1980, relacionado ao movimento de imigrantes que trabalhavam no setor minerador e aos refugiados e exilados políticos do Apartheid. Assim, foi neste período de profundas mudanças sociais que o vírus se inseriu no país.

Durante o Apartheid, a doença foi majoritariamente ignorada, tendo em vista a preocupação dividida do governo com os movimentos revolucionários do período. Quando não era ignorada, a AIDS era utilizada como instrumento político, para taxar negros e membros do CNA como responsáveis pela transmissão da doença. Apenas a partir de 1989, quando o regime iniciou seu processo de declínio, que passaram a ser analisadas possíveis políticas de prevenção ao HIV.

Com o fim do Apartheid e ascensão de Mandela à presidência, havia um cenário de grande esperança no país. Entre seus primeiros atos de governo, o novo presidente implementou o NAP, como política principal para lidar com o HIV. Entretanto, o plano havia sido criado antes da transição política e, portanto, não considerava as mudanças trazidas pela federação e as dificuldades políticas de governar, tendo em vista a necessidade de lidar com todos os problemas sociais e econômicos associados ao Apartheid.

Dessa forma, o NAP fracassou e o governo de Mandela foi marcado por uma série de escândalos associados ao Ministério da Saúde e às políticas de prevenção ao HIV, os quais criaram uma brecha entre a sociedade civil e o governo. Assim, ao final do mandato de Mandela a taxa de prevalência de HIV havia subido de 7,57% em 1994 para 22,4% em 1999.

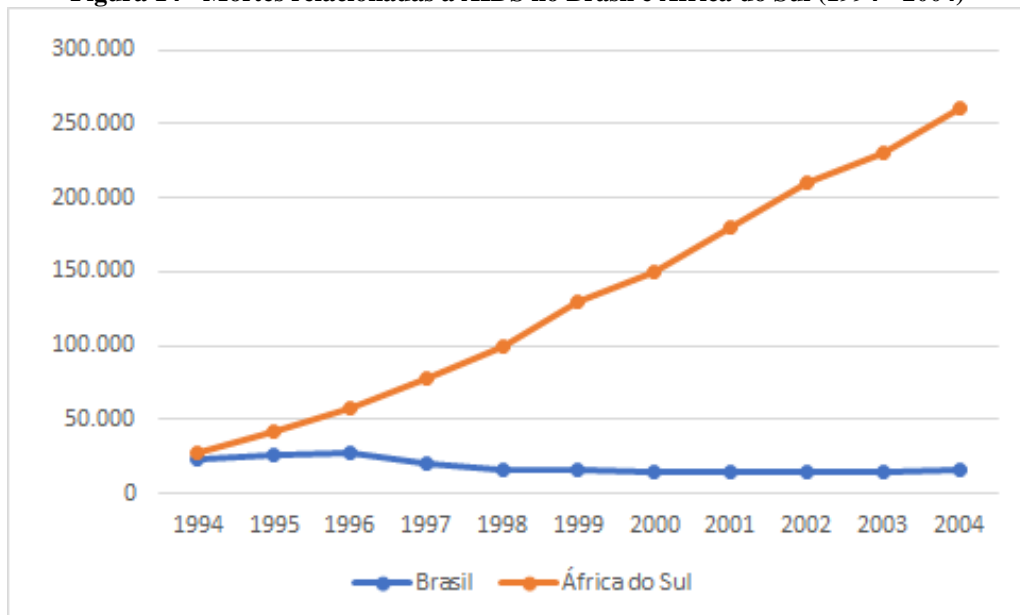
No mandato de Mbeki, o negacionismo sobre a relação causal entre HIV e AIDS prevaleceu, com a recusa do reconhecimento desta associação, apesar de múltiplas comprovações científicas, e a negação da necessidade de providenciar antirretrovirais de forma ampla para a população. Dessa forma, o governo apenas iniciou um plano de distribuição dos medicamentos após o julgamento na corte que exigia esta ação. Assim, em 2004 os sul-africanos conquistaram a distribuição de antirretrovirais.

A partir do analisado, tem-se que este difícil processo de construção de políticas públicas de prevenção ao HIV no país pode ser relacionado ao momento político de transição, em que

os novos governos pós-Apartheid já tinham de lidar com os problemas raciais, a pobreza e dificuldades econômicas, o qual tornou a AIDS um problema em segundo plano.

A consequência para isto foi a morte de 1.466.000 de pessoas por causas relacionadas à AIDS desde 1994 até 2004. Comparando estes números com o do Brasil, um país com uma população três vezes maior que a da África do Sul, temos que no mesmo período, no Brasil 174.000 morreram de causas relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2021). A grande diferença entre os dois países, foi que em 1996, o Brasil se tornou o primeiro no mundo a aprovar a distribuição de forma completamente gratuita de antirretrovirais a todos os infectados com HIV. É possível observar o impacto disto ao compararmos a curva de mortes neste período entre o Brasil e a África do Sul:

Figura 14 - Mortes relacionadas à AIDS no Brasil e África do Sul (1994 - 2004)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de UNAIDS (2021).

A partir do gráfico, observa-se que no Brasil o número de mortes era crescente até 1996, ano em que foi aprovada a distribuição dos antirretrovirais. Em 1997, as mortes começaram a declinar, até se estabilizarem em cerca de 15.000 por ano. Na África do Sul, o aumento nas mortes foi constante, o país atingiu 100.000 mortes em 1998 e, apenas 4 anos depois, dobrou este número, com 210.000 em 2002 (UNAIDS, 2021). Dessa forma, evidencia-se como a distribuição de antirretrovirais de forma gratuita é instrumental para salvar as vidas dos infectados com HIV.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do observado no decorrer deste trabalho, vemos que o imperialismo foi fruto da superprodução das Revoluções Industriais, dos monopólios das grandes indústrias e bancos, e do predomínio do capital financeiro. Assim, a consequência deste cenário foi a necessidade de atingir novos mercados e fontes de matérias-primas, que levou à busca pela dominação da África pelas superpotências.

Neste contexto, Leopoldo II da Bélgica assegurou sua posição de dominador da República Democrática do Congo e iniciou um brutal regime que levaria a uma redução populacional de 50% no território, ou seja, de 10 milhões de vidas. Posteriormente, as atrocidades cometidas em seu governo causaram revolta internacional e levaram o governo belga a assumir o domínio oficial da colônia de Leopoldo.

Com isso, este período da colonização alterou profundamente a estrutura social e econômica da RDC, criando fatores propícios para o surgimento da epidemia de HIV. Alguns fatores a serem destacados são, a urbanização de Kinshasa, o trabalho forçado na extração de borracha, os estupros em massa, o deslocamento de trabalhadores para a construção das ferrovias, o aumento da prostituição, o uso de seringas não esterilizadas para a vacinação contra a Doença do Sono e as transfusões de sangue.

Dessa forma, estima-se que, com esses fatores, o grupo M do HIV-1 surgiu em Kinshasa. A partir desta cidade, o vírus se espalhou para outras regiões conectadas a esta. Aqui podemos destacar Brazzaville, capital da República do Congo, Mbuji-Mayi, na região mineradora do Kasai Oriental e Lubumbashi, na província mineradora do Alto Catanga.

Foi em Mbuji-Mayi, cidade em crescimento pelo boom minerador após a Primeira e Segunda Guerra Mundial, que o grupo M do HIV sofreu mutações, dando origem ao subtipo C do HIV-1-M, na década de 1950. A partir de Mbuji-Mayi, o subtipo C foi à Lubumbashi, cidade que também passava por este boom minerador, onde se assentou na década de 1960 e passou a ser levada a outras regiões da África, por meio das redes ferroviárias e do fluxo de imigrantes.

A partir disso, estima-se que o vírus saiu de Lubumbashi e foi exportado para os territórios continentais da África Austral, onde o subtipo C é responsável por cerca de 99% das infecções de HIV atualmente. Esta chegada do vírus à região, a partir da década de 1960, pode ser associada aos conflitos ocorridos na África Austral neste período, principalmente de independência, os quais levaram a um grande movimento de refugiados dentro da própria região. Com o fim destes conflitos, foi observado o retorno destes refugiados a seus países de origem, o qual é associado a um aumento no potencial de transmissão do HIV.

Dessa forma, tanto os países que não passaram por conflitos a partir da década de 1960, Botsuana, Essuatíni, Lesoto, Malawi e Zâmbia, quanto os que passaram por estes conflitos, África do Sul, Angola, Moçambique, Namíbia e Zimbabuê, tiveram um aumento no risco de transmissão do HIV. Dentro disto, cabe destacar a imigração associada ao trabalho minerador, que também foi um fator importante na transmissão do HIV nos casos, principalmente, da África do Sul, Botsuana, Essuatíni e Lesoto.

Dessa forma, o vírus foi se espalhando nos territórios continentais da África Austral, causando impactos sociais e econômicos na região. Neste contexto, podemos destacar a queda na expectativa de vida destas populações, a redução do PIB e peso sobre o sistema de saúde. Com isso, surgem cenários de instabilidade social, em que o HIV prospera, gerando um ciclo contínuo de problemas sociais associados ao aumento das transmissões.

No caso da África do Sul, país que atualmente possui o maior número de pessoas vivendo com HIV (7,5 milhões segundo a UNAIDS, 2021), o vírus adentrou o país a partir da década de 1980, num período de profundas mudanças e lutas sociais e políticas. Dessa forma, quando os primeiros casos de HIV foram identificados, a atenção do governo estava voltada para as questões políticas, gerando um esquecimento do vírus.

Com o governo de Mandela e Mbeki, as preocupações principais dos governantes no novo momento político do país eram relacionadas a questões econômicas e sociais. Assim, apesar do crescente número de mortos devido à AIDS, os governos buscaram justificativas para não investirem na prevenção à doença, como o negacionismo da relação causal entre o HIV e a AIDS que marcou o governo de Mbeki.

A distribuição dos antirretrovirais de forma ampla à população foi implementada apenas em 2004, após decisão judicial ordenando esta ação do governo. Contudo, neste momento, 1.466.000 já haviam morrido de AIDS, representando uma dura consequência das escolhas dos governos anteriores na questão do HIV.

Dessa forma, foi possível observar no decorrer deste trabalho o impacto do imperialismo sobre o surgimento e expansão do vírus do HIV-1, desde a África Central até os territórios continentais da África Austral, considerando todas as profundas alterações estruturais trazidas pela colonização. Além disso, cabe destacar a influência do período colonial na forma como os governos lidaram com a problemática do HIV, tendo em vista, por exemplo, que, parcialmente, a inação do governo sul-africano para com o vírus pode ser relacionada à falta de recursos e necessidade de voltar sua atenção para as questões sociais e econômicas deixadas pelo Apartheid.

Com isso, o HIV se espalhou pelo continente africano e, posteriormente, pelo planeta. Até 2020, estima-se, segundo a UNAIDS (2021) que 32,7 milhões já faleceram de causas relacionadas à AIDS. Assim, e observando o caso da inação sul-africana para prevenir e tratar o HIV, evidencia-se a necessidade de os governos nacionais voltarem sua atenção para o vírus.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Joana Morais; MORGADO, Mariza G.; BELLO, Gonzalo. Evidence of multiple introductions of HIV-1 subtype C in Angola. **Infection, Genetics and Evolution**, [s. l.], v. 12, n. 7, p. 1458–1465, 2012. Disponível em: shorturl.at/pqyOS. Acesso em: 21 mar. 2021.
- BERCKMAN LF, Kawachi I. **A historic framework for social epidemiology**. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 3-12.
- BOONEN, Sofie; LAGAE, Johan. Scenes from a changing colonial “Far West”: picturing the early urban landscape and colonial society of cosmopolitan Lubumbashi, 1910-1931. **STICHPROBEN**, Vienna, v. 15, n. 28, p. 11–54, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1854/LU-7055290>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- BRUNEAU, Jean-Claude; LOOTENS-DE-MUYNCK, Marie-Thérèse. Dynamique démographique des quartiers de Lubumbashi des origines à nos jours. **Cahiers d’outre-mer**, Bordeaux, v. 38, n. 150, p. 121–149, 1985. Disponível em: shorturl.at/afBJL. Acesso em: 23 mar. 2021.
- CASEMENT, Roger. **Correspondence and report from His Majesty’s consul at Boma respecting the administration of the Independent State of the Congo**. London: Harrison And Sons, 1904. Disponível em: <https://www.gutenberg.org/files/50573/50573-h/50573-h.htm>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- CRAWFORD, Dorothy H. **Virus hunt: the search for the origin of HIV**. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- CHIRWA, Tobias *et al.* Demographic analysis of the population of Karonga District, northern Malawi, 1980-90. **Southern African Journal of Demography**, Pretoria, v. 10, n. 1/2, p. 1–24, 2005. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/20853276>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- CLIF, Julie. Reconstructing Health in Post-War Mozambique. **Health and Political Violence**, Corvallis, n. 50/51, p. 3–5, 1998. Disponível em: shorturl.at/gtOR6. Acesso em: 21 mar. 2021.
- CORNO, Lucia; DE WALQUE, Damien. Mines, Migration and HIV/AIDS in Southern Africa. **Journal of African Economies**, Oxford, v. 21, n. 3, p. 465–498, 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/jae/article-abstract/21/3/465/686119>. Acesso em 30 mar. 2021.
- CRUSH, Jonathan; CHIKANDA, Abel; TAWODZERA, Godfrey. The third wave: mixed migration from Zimbabwe to South Africa. **Canadian Journal of African Studies/Revue canadienne des études africaines**, Ottawa, v. 49, n. 2, p. 363–382, 2015.
- DALAI, Sudeb C *et al.* Evolution and molecular epidemiology of subtype C HIV-1 in Zimbabwe. **AIDS**, London, v. 23, n. 18, p. 2523–2532, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923658/>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- DÉSIRÉ, Nathalie *et al.* Characterization update of HIV-1 M subtypes diversity and proposal for subtypes A and D sub-subtypes reclassification. **Retrovirology**, Londres, v. 15, n. 1, 2018. Disponível em: <https://retrovirology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12977-018-0461-y>. Acesso em: 14 mar. 2021.

- FARIA, Nuno R. *et al.* The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. **Science**, Washington, v. 346, n. 6205, p. 56–61, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254776/>. Acesso em: 16 mar. 2021.
- FARIA, Nuno R. *et al.* Distinct rates and patterns of spread of the major HIV-1 subtypes in Central and East Africa. **PLOS Pathogens**, San Francisco, v. 15, n. 12, 2019. Disponível em: [shorturl.at/nrzJV](https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006841). Acesso em: 16 mar. 2021.
- FELDMAN, Douglas A (org.). **Global AIDS policy**. Westport: Bergin & Garvey, 1994.
- FOSSAERT, Robert. **O Mundo no Século XXI: uma teoria dos sistemas mundiais**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
- FOURIE, Pieter. **The political management of HIV and AIDS in South Africa: one burden too many?** Basingstoke; New York: Palgrave Macmillan, 2006.
- GARTNER, Matthew J. *et al.* Understanding the mechanisms driving the spread of subtype C HIV-1. **EBioMedicine**, London, v. 53, p. 102682, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396420300578#bib0010>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- GILBERT, Leah; WALKER, Liz. HIV/AIDS in South Africa: an overview. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 651–660, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300009. Acesso em: 19 mar. 2021.
- HAWKINS, Hunt. Conrad and congolese exploitation. **Conradiana**, Lubbock, v. 13, n. 2, p. 94–100, 1981. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/24634105>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- HEADRICK, Daniel R. **The tools of empire: technology and European imperialism in the nineteenth century**. New York: Oxford University Press, 1981.
- HEMELAAR, Joris *et al.* Global and regional molecular epidemiology of HIV-1, 1990–2015: a systematic review, global survey, and trend analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, Londres, v. 19, n. 2, p. 143–155, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30647-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30647-9/fulltext). Acesso em: 15 mar. 2021.
- HOBBSAWM, E. J. **A era dos impérios: 1875-1914**. São Paulo: Paz E Terra, 2010.
- HOBSON, J. **Imperialism: a study**. New York: James Pott & Company., 1902.
- HUNT, Nancy Rose. Noise over Camouflaged Polygamy, Colonial Morality Taxation, and a Woman-Naming Crisis in Belgian Africa. **The Journal of African History**, Cambridge, v. 32, n. 3, p. 471–494, 1991. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/182664>. Acesso em: 25 mar. 2021.
- HUNT, Nancy Rose. An Acoustic Register, Tenacious Images, and Congolese Scenes of Rape and Repetition. **Cultural Anthropology**, Washington, v. 23, n. 2, p. 220–253, 2008. Disponível em: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1548-1360.2008.00008.x>. Acesso at: 18 mar. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Migration in Zambia: A Country Profile 2019**. Lusaka: International Organization for Migration, 2019. Disponível em: shorturl.at/ehL24. Acesso em: 21 mar. 2021.

LAURELL, Asa Cristina. **La Salud-Enfermedad como proceso social**. In: Breilh, Jaime; Granda, Edmundo; Campaña, Arturo; Yépez, José; Páez, Rubén; Costales, Patricia. Deterioro de la vida. Quit Corporación Editora Nacional, 1990. p. 23-34.

LENIN, Vladimir Ilyich. **Imperialism, the Highest Stage of Capitalism A Popular Outline**. Tradução: Tim Delaney; Kevin Goins Goins. [S. l.]: Marxists Internet Archive, 2005. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/lenin/works/1916/imp-hsc/imperialism.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

MACEDO, José Rivair. **História da África**. São Paulo: Editora Contexto, 2014.

MARIANO, Aline Barbosa Pereira. Resoluções da Conferência de Berlim: uma análise das questões debatidas de acordo com os jornais ingleses. In: FONSECA, Mariana Bracks; MANNARINO, Giovanni Garcia (org.). **Áfricas: representações e relações de poder**. Rio de Janeiro: Edições Áfricas, 2019. p. 159–183.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MCCORMACK, Grace P. *et al.* Early Evolution of the Human Immunodeficiency Virus Type 1 Subtype C Epidemic in Rural Malawi. **Journal of Virology**, Washington, v. 76, n. 24, p. 12890–12899, 2002. Disponível em: <https://jvi.asm.org/content/jvi/76/24/12890.full.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

MWASE, Ngila R. L. The Repatriation, Rehabilitation and Resettlement of Namibian Refugees at Independence. **Community Development Journal**, Oxford, v. 25, n. 2, p. 113–121, 1990.

NSHIMBI, Christopher Changwe; FIORAMONTI, Lorenzo. The Will to Integrate: South Africa's Responses to Regional Migration from the SADC Region. **African Development Review**, Blackwell, v. 26, n. S1, p. 52–63, 2014. Disponível em: shorturl.at/ntF13. Acesso em: 31 mar. 2021.

NKUBA, Stéphane Kadima Mubaya. **La minière de Bakwanga “MIBA”**: analyse et perspective d’avenir pour le développement régional du Kasai-Oriental. Saint-Denis: Publibook, 2019. 430 p.

PÉPIN, Jacques *et al.* Iatrogenic Transmission of Human T Cell Lymphotropic Virus Type 1 and Hepatitis C Virus through Parenteral Treatment and Chemoprophylaxis of Sleeping Sickness in Colonial Equatorial Africa. **Clinical Infectious Diseases**, Oxford, v. 51, n. 7, p. 777–784, 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/51/7/777/354025>. Acesso em: 23 fev. 2021.

PÉPIN, Jacques. **The origins of AIDS**. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

PEREIRA, Analúcia Danilevicz. **A revolução Sul-Africana: classe ou raça, revolução social ou libertação nacional?** São Paulo: Editora Unesp, 2012.

PIERMAY, Jean-Luc. Naissance et évolution d'une ville post-coloniale: Mbuji-Mayi (Zaire). *In: Espaces Disputés En Afrique: Pratiques Foncières Locales*. Paris: Karthala, 1986. p. 133–143.

PINEDA-PEÑA, Andrea-Clemencia *et al.* On the contribution of Angola to the initial spread of HIV-1. *Infection, Genetics and Evolution*, [s. l.], v. 46, p. 219–222, 2016. Disponível em: shorturl.at/xBCJ4. Acesso em: 21 mar. 2021.

PHILLIPS, Howard. HIV/AIDS in the Context of South Africa's Epidemic History. *In: KAUFFMAN, Kyle D.; LINDAUER, David L. (ed.). AIDS and South Africa: The Social Expression of a Pandemic*. New York: Palgrave Macmillan, 2004. p. 48–96.

SCHNEIDER, James. The refugee crisis in Southern and Central Africa. *Global Dialogue*, Pretoria, v. 4, n. 1, 1999. Disponível em: <https://sites.tufts.edu/jha/archives/142>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SHARP, Paul Martin; HAHN, Beatrice. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, Huntington, v. 1, n. 1, p. a006841–a006841, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/>. Acesso em: 14 mar. 2021.

SOUSA, João Dinis de *et al.* High GUD Incidence in the Early 20th Century Created a Particularly Permissive Time Window for the Origin and Initial Spread of Epidemic HIV Strains. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 5, n. 4, p. e9936, 2010. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0009936>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SQUIRE, Corinne. *HIV in South Africa: Talking about the big thing*. London: Routledge, 2007.

TEMPLETON, Alan R. The reality and importance of founder speciation in evolution. *BioEssays*, [s. l.], v. 30, n. 5, p. 470–479, 2008.

UNAIDS. *AIDSinfo | UNAIDS*. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso em: 1 abr. 2021.

VISENTINI, Paulo Fagundes; NERINT; CEBRAFRICA. *Guia da política externa dos estados africanos*. Porto Alegre: Palmarinca e NERINT/UFRGS, 2018.

VIDAL, Nicole *et al.* Unprecedented Degree of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Group M Genetic Diversity in the Democratic Republic of Congo Suggests that the HIV-1 Pandemic Originated in Central Africa. *Journal of Virology*, Washington, v. 74, n. 22, p. 10498–10507, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC110924/#B48>. Acesso em: 14 mar. 2021.

WALLERSTEIN, Immanuel Maurice. *World-systems analysis: an introduction*. Durham; London: Duke University Press, 2004.

WALKER, Polly R. *et al.* Comparative population dynamics of HIV-1 subtypes B and C: subtype-specific differences in patterns of epidemic growth. *Infection, Genetics and Evolution*, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 199–208, 2005. Disponível em: shorturl.at/csDSX. Acesso em: 21 mar. 2021.

WILKINSON, Eduan *et al.* Origin, imports and exports of HIV-1 subtype C in South Africa: A historical perspective. **Infection, Genetics and Evolution**, [s. l.], v. 46, p. 200–208, 2016. Disponível em: shorturl.at/jowIS. Acesso em: 30 mar. 2021.

WRONG, Michela. **In the footsteps of Mr. Kurtz: living on the brink of disaster in the Congo**. 1. ed. New York: Harpercollins Publishers, 2001.

YAMAGUCHI, Julie *et al.* Complete genome sequence of CG-0018a-01 establishes HIV-1 subtype L. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Philadelphia, v. 3, n. 83, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31693506/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ZLOTNIK, Hania. Migrants' Rights, Forced Migration and Migration Policy in Africa. *In: CONFERENCE ON AFRICAN MIGRATION IN COMPARATIVE PERSPECTIVE*, 2003, Johannesburg.

Zuylen, P. van. **L'échiquier congolais ou le secret du roi**. Bruxelles: Dessart, 1959.