

HERBERT DANIEL
RICHARD PARKER

AIDS: A TERCEIRA EPIDEMIA

ENSAIOS E TENTATIVAS

"DOIS OLHARES SE CRUZAM
NUMA NOITE SUJA"

2ª EDIÇÃO
2018



ABIA
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

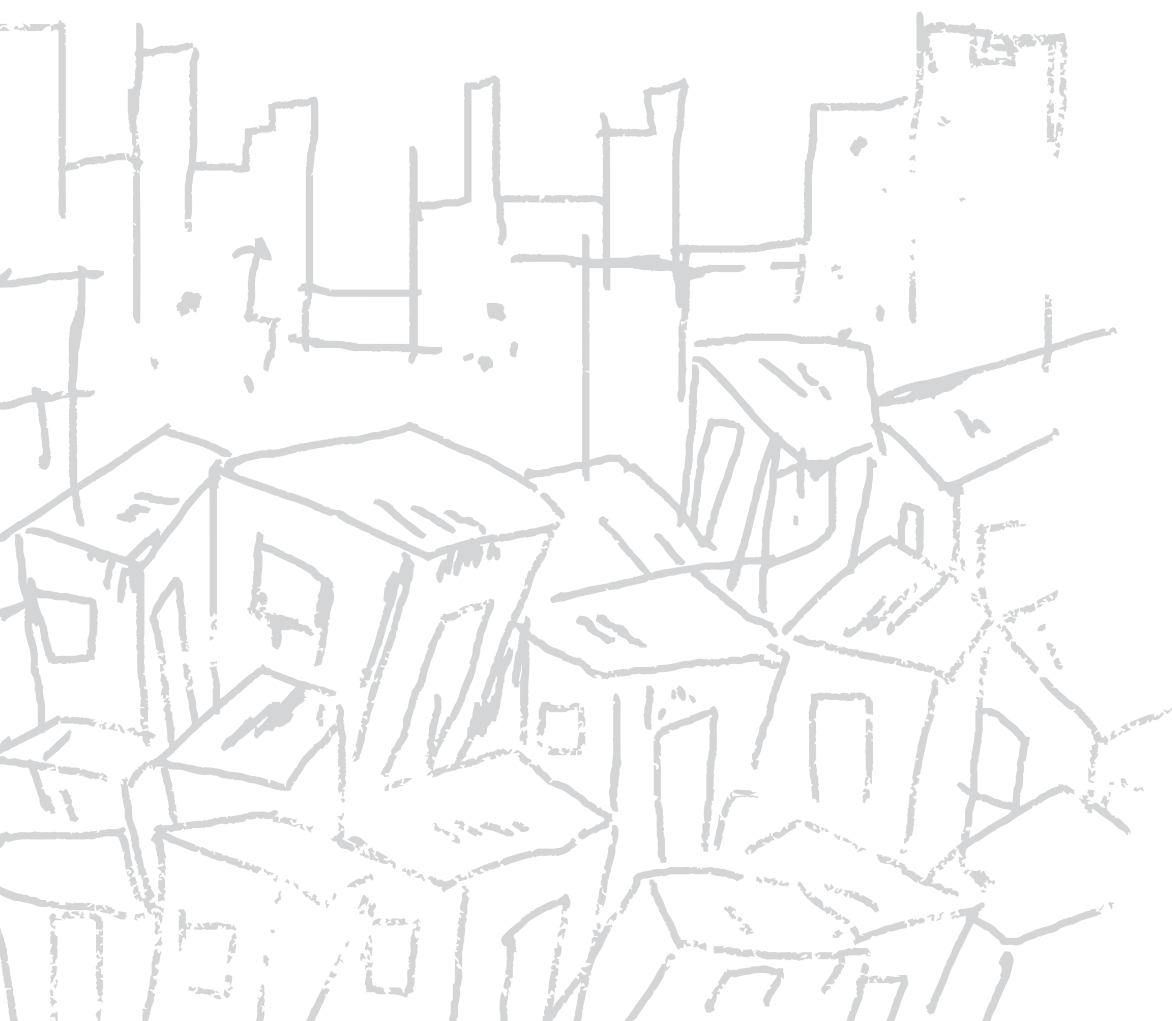
HERBERT DANIEL
RICHARD PARKER

**AIDS: A
TERCEIRA
EPIDEMIA**
ENSAIOS E
TENTATIVAS

"DOIS OLHARES SE CRUZAM
NUMA NOITE SUJA"

2ª EDIÇÃO
2018

 **ABIA**
Associação Brasileira de
Intercâmbio Acadêmico



HERBERT DANIEL
RICHARD PARKER

AIDS: A TERCEIRA EPIDEMIA ENSAIOS E TENTATIVAS

"NOS OLHARES SE CRUZAM
NUMA NOITE SUJA"



2ª edição

2018



ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

Copyright © 1990 Herbert Daniel e
Richard Parker

**ABIA - Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS**

Av. Presidente Vargas, 446, 13º andar

– Centro – CEP: 20071-907 –

Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Tel.: (021) 2223-1040

Email: abia@abiids.org.br

Site: www.abiids.org.br

Capa:

Maria Lúcia Meira

Sergio Rossi

Projeto Gráfico e diagramação:

Sergio Rossi



"The financial contribution of UNAIDS towards this project is gratefully acknowledged. However, its content and ideas expressed therein do not necessarily reflect the views and opinions of UNAIDS or engage the responsibility of UNAIDS."

"O apoio financeiro/aporte de recursos do UNAIDS para este projeto é reconhecido com gratidão. No entanto, o conteúdo e as ideias nele expressas não refletem necessariamente os pontos de vista e opiniões, nem são de responsabilidade do UNAIDS."

Copydesk e Revisão:

Ebe Christina Spadaccini

Emília Noríko Ohno

Impressão/Printing:

IMOS Gráfica e Editora

Distribuição gratuita

Dado da Catalogação na Publicação (CIP) Internacional

(Câmara Brasília do Livro, SP, Brasil)

Daniel, Herbert, 1946-1992

AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas/ Herbert Daniel e Richard Parker.

- Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

1. AIDS (Doença) – Aspectos psicológicos 2. AIDS (Doença) – Aspectos sociais 3.

AIDS (Doença) – Brasil – Aspectos sociais I. Parker. Richard, 1956- II. Título.

CDD–304.620981

-616.9792

91-0161

NLM–WD 308

Índices para catálogo sistemático:

1. AIDS: Aspectos psicológicos: Medicina 616.9792

2. AIDS: Aspectos sociais: Medicina 616.9792

304.620981

4. Brasil: AIDS: Efeitos na população: Sociologia

304.620981

ESTE LIVRO É DEDICADO A TODAS AS
PERSONAGENS

– HOMOSSEXUAIS, BICHAS, VIADOS,
SAPATÕES, SAPATILHAS,
ENTENDIDOS, GAYS, LÉSBICAS, BOFES,
MONAS, GUEIS,

MARICONAS, TRAVESTIS, TRANSFORMISTAS,
PEROBOS, TRANSEXUAIS, MICHÊS,
PROSTITUTOS[AS], GARDTOS,
GILETES, BONECAS –

QUE CONSTELANDO A NOITE DAS CIDADES
FAZEM-NAS MAIS BELAS E MENOS SÓRDIDAS.

E, ESPERAMOS, UM DIA, MAIS SOLIDÁRIAS.



SUMÁRIO

9 -- INTRODUÇÃO

13 -- A TERCEIRA EPIDEMIA: O EXERCÍCIO DA SOLIDARIEDADE
HERBERT DANIEL E RICHARD PARKER

33 -- AIDS NO BRASIL: A FALÊNCIA DOS MODELOS
HERBERT DANIEL

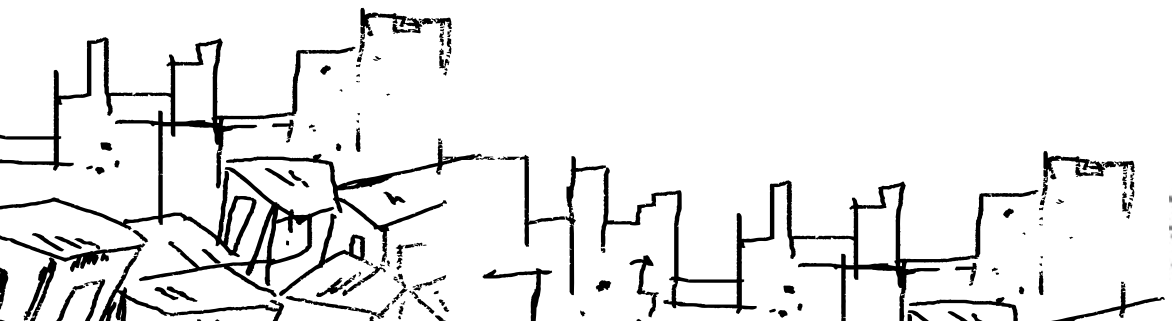
57 -- UM AMERICANO QUANDO CAI NO SAMBA, OU
A CULTURA SEXUAL BRASILEIRA E A AIDS
RICHARD PARKER

87 -- A AIDS É UM TIGRE DE PAPEL. .. HIGIÊNICO
HERBERT DANIEL

111 -- DEPOIS DA AIDS: MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO
[HOMOS]SEXUAL
RICHARD PARKER

127 -- A SÍNDROME DE NOSSOS DIAS
HERBERT DANIEL

139 -- O PRIMEIRO AZT A GENTE NUNCA ESQUECE
HERBERT DANIEL



NOTA SOBRE A 2ª EDIÇÃO DE "AIDS: A TERCEIRA EPIDEMIA"

Já se passaram quase três décadas desde a edição do livro *AIDS: A Terceira Epidemia*, construído a quatro mãos por Herbert Daniel e eu, e originalmente publicado em 1991. Apesar do tempo, muitas questões que o texto aborda ainda persistem – os desafios do estigma e da discriminação, a difícil tarefa de reconhecer e valorizar a diversidade sexual e de gênero, a luta constante que ainda é necessária para viver com HIV e AIDS – fazem deste livro antigo uma publicação atual. É, portanto, com muita alegria que a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil, lança a segunda edição de *AIDS: A Terceira Epidemia*. Com esta publicação, temos o prazer em disponibilizar o pensamento instigante de um dos mais importantes ativistas brasileiros na história da luta contra a AIDS. O Herbert Daniel nos deixou cedo demais, mas as suas ideias e palavras ainda vivem e merecem ser conhecidas por novas gerações que continuam a sua luta. Que seja no famoso grito do Daniel: Viva a Vida!

Richard Parker, diretor-presidente da ABIA
Rio de Janeiro, novembro de 2018



INTRODUÇÃO

E

ste livro nasceu de um namoro interdisciplinar. Foi uma das maneiras pela qual os olhares de um antropólogo americano e os de um escritor brasileiro encontraram-se na perplexidade de entender as reações sociais diante de uma epidemia de nosso fim de século, reações estas geradas por um vírus ideológico de consequências mais funestas do que a epidemia provocada pelo vírus biológico chamado HIV.

Naquele momento, quando nos conhecemos, víamos as primeiras sombras escuras de uma noite que nada prometia de muito exaltante. A noite do preconceito e da discriminação parecia ser o cenário para uma jaula, onde se encarcerariam a epidemia e os seus doentes. Pior ainda, onde seriam degredados aqueles que eram considerados os alvos preferenciais da epidemia, de início particularmente os homossexuais (depois outros “marginais” suceder-se-iam, correndo o mesmo risco de degredo e violência). Quarentena, isolamento, estigmatização, assassinato. A noite parecia ser muito suja, com a mesma qualidade do lixo que os dominantes costumam deixar como lote para todos os oprimidos.

Muito conversamos, discutimos horas a fio, encontramos muitos pontos em comum, fomos tecendo amizade e concepções semelhantes. Ficamos amigos e daí tudo foi possível. Inclusive este livro. Que, como todo livro noturno, descreve, ou tenta intuir, as claridades do escuro, a luz do outro lado, não a do fundo do túnel, mas a do próprio túnel. Aprendemos que esta luminosidade, quase invisível ao olhar frio da ciência que se quer exata, nasce dos próprios movimentos de gestação da sociedade. Dar à luz. Esta é uma metáfora para a solidariedade e é uma descrição bastante realista do fenômeno gerado pela AIDS no mundo.

As reações provocadas pelo alarmismo e pelo pânico foram, em geral, estimuladas por visões grosseiramente equivocadas da epidemia, que também levaram frequentemente ao imobilismo de muitos governos e instituições estatais. Contra isto e apesar disto, gestou-se uma outra resposta social imediata, em geral consolidada em organizações comunitárias. Essas entidades, nascidas das mais variadas iniciativas no âmbito das mais diversas comunidades, no mundo todo, encontraram concepções originais e mobilizadoras sobre a epide-

mia e respostas mais adequadas aos desafios que propõe. Dessas concepções e dessas respostas falamos neste livro, numa série de artigos que procuram não apenas divulgar novas maneiras de entender a AIDS, mas principalmente procuram se integrar num movimento mundial de solidariedade, capaz de deter o avanço dessa preocupante epidemia.

O livro é composto de artigos escritos em diversas épocas, nos últimos quatro anos. O artigo inicial foi escrito a quatro mãos, com o objetivo de analisar, a pedido do Panos Institute, de Londres, as repercussões do medo e da ignorância sobre a AIDS, no Brasil. Essas repercussões sociais, de medo, pânico, discriminação, ficaram sendo conhecidas como “a terceira epidemia”. Muito deste livro tenta analisar os vários aspectos dessa terceira epidemia.

Por outro lado, os autores entendem que é preciso analisar as determinações culturais da epidemia de AIDS, para não só melhor entender sua evolução, como para fundamentar políticas preventivas mais eficientes. A AIDS, certamente, tem a cara da cultura da sociedade onde se desenvolve. Por isto, o entendimento da cultura sexual do Brasil, sobretudo a subcultura que envolve relações entre pessoas de mesmo sexo, é um elemento decisivo para entender todas as dimensões da epidemia e avaliar seus impactos na sociedade deste país. Desta maneira, muitos dos artigos são, em parte, dedicados ao comportamento (homos)sexual.

E aqui há um fato interessante que gostaríamos de ressaltar: durante os primeiros anos da epidemia, insistimos muito no fato de que a AIDS *não era* uma doença de “homossexuais”, ou de alguma forma ligada à “homossexualidade”. A epidemia evoluiu historicamente, de forma bastante rápida, e hoje não é preciso mais argumentar neste sentido. Está claro, contra tudo que desejava o preconceito mais antiquado, que esta é uma epidemia que atinge homens, mulheres e crianças, de todas as idades e em todas as partes do mundo.

No entanto, o preconceito tem muitas caras. Hoje, há uma nítida tendência, quando se tenta democratizar a informação sobre a AIDS, de *des-homossexualizar* a epidemia, como se não houvesse importância em falar dos riscos que correm os homossexuais, como se já houvesse terminado a epidemia entre homens que mantêm relações sexuais com outros homens. Certamente, mais uma vez isto faz parte de uma estratégia de “esconder” as questões relativas aos tabus que envolvem o ato homossexual (falando sem rodeios, “dar

ou comer cu” continua sendo um assunto traumatizante e cheio de fascínios insuportáveis para a média moral dos nossos dias). Ainda agora, e durante muito tempo, as relações sexuais entre homens, quaisquer nomes que tenham em dada cultura, continuam sendo relações que apresentam um grande risco diante do HIV e é preciso uma mobilização permanente para promover boas políticas de prevenção que, ao mesmo tempo que evitem a doença, garantam às pessoas a livre expressão de suas vidas sexual e afetiva.

Esconder ou obscurecer qualquer fato relativo à epidemia de AIDS é seguramente favorecer seu espraiamento. Não se trata de “valorizar” alguma via de transmissão da epidemia mais do que outras. Trata-se de compreender toda a dinâmica da epidemia e estar atento onde o preconceito gera entraves ou simplesmente abre portas para o vírus.

Estamos convencidos de que, no Brasil, é de extrema urgência a elaboração e a implementação de programas dirigidos a homens que têm relações sexuais com outros homens. Acreditamos que estes programas não podem ficar apenas nas informações gerais sobre a doença e a epidemia. Devem, atualmente, dinamizar conhecimentos e técnicas que permitam que uma parcela da população já profundamente atingida pela epidemia possa usar os instrumentos da solidariedade, de forma coletiva. Em resumo, cremos que a orientação política dessas campanhas de hoje devem ser fundadas na concepção de “viver com AIDS”: onde se aprende não apenas a conviver e evitar o vírus, como também a conviver e viver melhor, mesmo quando se está diretamente afetado pelo vírus.

Nossos artigos analisam muito a questão das práticas homossexuais, dentro da cultura sexual brasileira. Pensamos que isto não interessa apenas aos que são “homossexuais” ou que têm práticas “homossexuais”. Pensamos que esta reflexão interessa ao conjunto da sociedade porque estamos falando, em última instância, de cidadania. Isto é, do direito coletivo de todos. A capacidade de reconhecer a diferença, que é o cimento básico da democracia, estabelece as leis da solidariedade. E esta será não apenas a melhor vacina contra a AIDS, mas também o melhor andaime para estruturar o edifício de um mundo melhor.

Rio, setembro de 1990
Herbert Daniel/Richard Parker

A TERCEIRA EPIDEMIA: O EXERCÍCIO DA SOLIDARIEDADE*

HERBERT DANIEL E RICHARD PARKER

* Este texto foi preparado para o Projeto *AIDS and discrimination* do Panos Institute, Londres.

5

Segundo o dr. Jonathan Mann, da Organização Mundial de Saúde, podemos indicar pelo menos três fases da epidemia de AIDS, numa dada comunidade; três fases que são entre si, de fato, tão distintas que poderiam ser descritas como três diferentes epidemias. A primeira é a epidemia da infecção pelo HIV que silenciosamente penetra na comunidade e passa muitas vezes despercebida. A segunda epidemia, que ocorre alguns anos depois da primeira, é a epidemia da própria AIDS: a síndrome de doenças infecciosas que se instalam em decorrência da imunodeficiência provocada pela infecção pelo HIV. Finalmente, a terceira (talvez, potencialmente, a mais explosiva) epidemia de reações sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS, reações que, nas palavras do dr. Mann, são “tão fundamentais para o desafio global da AIDS quanto a própria doença”¹.

Este artigo focaliza a terceira epidemia de AIDS no Brasil. Procura examinar algumas das complexas, por vezes contraditórias, reações e respostas que emergiram desde 1982, quando os primeiros casos de AIDS foram relatados no Brasil e a própria doença começou a penetrar na consciência brasileira como um dos mais sérios problemas de saúde pública da vida contemporânea. Esta terceira epidemia, no Brasil tanto quanto em outras partes do mundo, está nitidamente ligada às epidemias da infecção pelo HIV e AIDS. A relação entre essas epidemias é frequentemente complexa, na medida em que as reações da sociedade brasileira diante dessas duas epidemias foram quase sempre baseadas em imagens amplamente distorcidas do que é a AIDS, a quem ela atinge e como atinge essas pessoas².

1 J. Mann, discurso na Assembléia Geral da ONU, 20 de outubro de 1987, New York; The Panos Institute, *AIDS and the Third World*, edição revista, Londres, The Panos Institute, 1988; R. Sabatier et al., *Blaming Others: Prejudice, Race and Worldwide AIDS*, Londres, The Panos Institute, 1988.

2 R. G. Parker, “Responding to AIDS in Brazil”, in *Action on AIDS: National Policies in Comparative Perspective*, D. Moss and B. A. Misztal, eds., Westport, CT, Greenwood Press (no prelo).

Acompanhando essas imagens específicas, a reação social mais ampla dada à AIDS no Brasil foi conformada dentro de um contexto no qual até os mais básicos problemas de saúde vivenciados pela população brasileira nunca foram enfrentados ou resolvidos. O Brasil é um país onde as endemias da vida rural tradicional, acentuadas pelo subdesenvolvimento econômico, continuam a existir ao lado das doenças mais modernas típicas de uma sociedade em rápida industrialização. É um país onde a noção de saúde pública foi durante muito tempo vista como um problema quase insolúvel. Além disso tudo, durante vinte anos de governo militar autoritário, entre 1964 e 1984, a privatização do sistema de atendimento médico criou uma nítida deterioração dos serviços de saúde primários para o público em geral. Falar de um “quadro calamitoso da saúde” tornou-se um lugar comum e, muito frequentemente, mascarou uma espécie de atitude derrotista que sugeria que pouco ou nada poderia ser feito diante de tão gigantescos problemas de saúde³.

Dentro desse quadro, a epidemia de AIDS foi muitas vezes apresentada, inclusive por sucessivos Ministros da Saúde e outras altas autoridades da saúde pública, como um problema secundário – relativamente insignificante em comparação com dilemas sanitários mais complexos ou estatisticamente mais relevantes. A gravidade potencial da epidemia foi minimizada ainda mais por uma visão que considera as pessoas com AIDS uma parte de uma minoria social; por um lado, como membro de uma “elite” limitada, e por outro lado, como fundamentalmente “marginal” dentro da estrutura global da sociedade. Essas análises distorcidas, por sua vez, modelaram amplamente as políticas oficiais destinadas ao controle da epidemia de AIDS⁴.

O resultado de tais distorções, no Brasil como igualmente em muitas outras sociedades, foi quase sempre o crescimento dos preconceitos; das discriminações e, às vezes, da violência. Fundadas em entendimentos parciais ou incompreensões completas, as reações diante da AIDS, não apenas de indivíduos, mas até mesmo de grupos sociais e instituições, foram frequentemente provocadas pelo medo, muito mais do que por qualquer outra causa. Deram

3 ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), “The face of AIDS in Brazil”, IV International Conference on AIDS, Estocolmo, Suécia, Junho, 1988.

4 ABIA, “The face of AIDS in Brazil”

origem muito menos a ações coletivas razoáveis e responsáveis destinadas a enfrentar a epidemia do que suscitaram o que pode ser descrito como uma síndrome de culpabilização e acusação que em nada contribui, no final das contas, para diminuir o avanço da doença ou para atender aqueles cuja vida atingiu.

Mesmo tendo sido essa a reação dominante diante das epidemias de AIDS, pode-se, entretanto, encontrar alguma esperança certamente no fato dela não ter evoluído sem ter sido questionada. No Brasil, como em muitas outras partes do mundo nos últimos anos, aquela resposta fundamentalmente reacionária tem sido crescentemente contestada; e a tarefa de elaborar para o futuro uma resposta mais bem fundamentada e eficaz tomou-se o objetivo central de um número crescente de grupos voluntários e organizações profissionais. Diante do preconceito e do medo, a informação e a solidariedade têm sido cada vez mais oferecidas como a única resposta verdadeiramente eficiente ao avanço da AIDS⁵.

Até mesmo este artigo é um produto dessa e uma contribuição para essa mais recente mobilização diante dos desafios da AIDS. Nosso propósito é analisar criticamente algumas das forças relevantes que formaram a terceira epidemia e, assim fazendo, contribuir para o desenvolvimento de uma resposta mais bem fundamentada para o futuro. Com este pensamento, dividimos o corpo do texto em três grandes seções. Primeiro, procuraremos analisar o que deve ser descrito como alguns dos maiores mitos ou falácias que foram construídos em torno e acerca da epidemia de AIDS – imagens da doença e dos doentes, ou dos que supostamente estariam mais em risco de contrair a doença, que conformaram um clima inicial de medo e preconceito. Segundo, da análise passaremos para alguns atos concretos e algumas incidências da violência e da discriminação que marcaram a história social da AIDS no Brasil. Terceiro, examinaremos alguns dos recentes desenvolvimentos na luta brasileira contra a AIDS – particularmente, a emergência de grupos e organizações cujo objetivo é encontrar uma resposta mais efetiva à epidemia. Finalmente, numa breve seção de conclusão, tentaremos ajuntar todas essas discussões e daremos uma ideia do que acreditamos ser o caminho dessa terceira epidemia no Brasil – como está se espalhando, e qual será seu futuro no Brasil.

5 ABIA. "The face of AIDS in Brazil", R. G. Parker, "Responding to AIDS in Brazil".

IMAGENS DA AIDS

Embora saibamos agora que o espriamento silente do HIV na população brasileira vem ocorrendo pelo menos desde o final dos anos 70, foi somente por volta de 1982, com os primeiros casos relatados no Brasil (ou com a expectativa em torno do aparecimento dos primeiros casos), que a terceira epidemia gradualmente começou a tomar forma na vida brasileira contemporânea. Mesmo antes que a AIDS tenha de fato se tornado estatisticamente significativa, entretanto, atraiu ampla atenção, particularmente nos meios de comunicação e, por extensão, tornou-se um importante tópico de conversação inclusive na vida cotidiana. Muito antes que muitos brasileiros tenham tido qualquer contato direto com a doença já circulavam concepções dela que tomaram formas complexas e frequentemente contraditórias. Essas concepções basearam-se amplamente nas imagens e representações da AIDS, dos doentes, ou daqueles que estariam em maior risco de contraí-la, produzidas e reproduzidas pelos meios de comunicação e daí estendidas e desenvolvidas nos discursos da vida do dia-a-dia.

No decorrer desses anos, pelo menos dois conjuntos correlacionados de imagens foram particularmente importantes na conformação da resposta social ampla à AIDS no Brasil. Por um lado, uma atenção prioritária foi dirigida às assim denominadas “vítimas” da AIDS; uma concepção da epidemia em seu conjunto decorreu de um vasto conjunto de suposições mais ou menos fantasistas relativas às características atribuídas àqueles que eram atingidos pela doença. Por outro lado, além desse foco dado aos doentes (ou “vítimas”), já outro conjunto de suposições foi construído relativamente às mais fundamentais características da própria doença. Misturando preconceitos populares e teorias científicas de tal modo que se tornava impossível distinguir uns das outras, essas diferentes representações parecem ter interagido umas sobre as outras através do tempo, reforçando-se mutuamente e influenciando profundamente as maneiras com as quais a sociedade brasileira tem respondido à epidemia.

Durante os primeiros anos da epidemia, foi talvez, acima de tudo, as características percebidas nos primeiros doentes de AIDS que dominou a atenção pública. No Brasil, como nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, a vasta maioria dos primeiros doentes de AIDS foram identificados como homossexuais

masculinos, muitos dos quais viveram muito tempo fora do Brasil ou viajando para fora do país, e por causa disso supunha-se que teriam contraído o vírus em outros países. Em consequência disso, portanto, eram considerados, em geral, indivíduos relativamente ricos que dividiam seu tempo entre Rio de Janeiro e São Paulo e grandes cidades estrangeiras como Nova York ou Paris. Talvez seja ainda mais importante o fato de terem sido caracterizados, quase uniformemente, em termos de sua conduta sexual promíscua – uma espécie de perigosa imoralidade que rapidamente se tornou central na concessão popular de AIDS⁶.

Nunca foi confirmada a acuidade que essa imagem do doente de AIDS – como um saudável, promíscuo, homossexual masculino – oferecia como descrição de alguma oculta realidade epidemiológica. A discussão dessas ideias raramente foram aprofundadas, tanto por cientistas quanto por profissionais de saúde. Entretanto, essas imagens dominaram as precoces discussões sobre a epidemia e continuaram a desempenhar um papel central na concepção popular de AIDS. Como em certas partes da Europa e dos Estados Unidos, a epidemia rapidamente tomou a forma (no que pode ser descrito como o imaginário social) de uma espécie de “praga gay” ou “câncer gay” que estaria basicamente limitado ao que já se constituía como um dos mais nitidamente marginalizados segmentos da sociedade brasileira contemporânea. Associada, como foi, por outro lado, com as vidas de alguns indivíduos, relativamente muito poucos, viajantes e ricos, podia facilmente ser descartada, mesmo pelos responsáveis de saúde pública no mais alto escalão, como uma doença que atingia apenas uma elite limitada que requereria muito pouca atenção da ação governamental e nenhuma alocação significativa de recursos financeiros⁷.

Já na década de 80, a compreensão que emergia gradualmente da epidemiologia da AIDS no Brasil tornou aquela concepção de epidemia absolutamente

6 Ver, por exemplo, H. Daniel, “A Síndrome do Preconceito”, *Comunicações do ISER*, 1985, vol. 4, pp. 48-56; J. Galvão, “AIDS: a ‘doença’ e os ‘doentes’”, *Comunicações do ISER*, 1985, vol. 4, pp. 42-47; C. Moraes e S. Carrara, “Um Mal de Folhetim”, *Comunicações do ISER*, 1985, vol. 4, pp. 20-27; R. Parker, “Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 1985, vol. I, n° 2, pp. 155-175; R. G. Parker, “Responding to AIDS in Brazil”.

7 R. G. Parker, “Responding to AIDS in Brazil”; *Folha de São Paulo*, “Ministro diz que AIDS ataca a elite, 17 de julho de 1988.

insustentável. Pelo contrário, apesar dos contatos homossexuais continuarem a contribuir com o maior número de casos notificados, eles, no entanto, constituíram menos da metade dos casos notificados no total, e o número de casos ligados tanto a contatos bissexuais como heterossexuais, por um lado, e o contato com sangue contaminado e hemoderivados, por outro lado, rapidamente emergiram como fatores igualmente significativos no crescimento da epidemia brasileira de AIDS⁸. Além disso, pesquisas destinadas a investigar as origens sociais dos doentes de AIDS e o perfil sociológico da epidemia demonstraram claramente o grau em que o crescimento da AIDS efetivamente atravessava os limites de classes e *status* social, tirando talvez maior contingente de afetados nos segmentos mais pobres da sociedade brasileira⁹.

Mesmo diante das significativas evidências em contrário, entretanto, a visão da AIDS como doença homossexual e todos os estigmas ligados à própria homossexualidade continuaram a ter um grande efeito na modelação da resposta brasileira à epidemia. Mesmo quando se questionou o foco exclusivamente homossexual dado nessa visão inicial, mesmo assim, essa, com sua ênfase definitiva na fundamental marginalidade do doente de AIDS, parece ter servido como uma espécie de modelo para a gradual expansão da epidemia na imaginação popular. Imagens de homossexuais de classe média ou alta foram substituídas por um novo elenco de personagens – personagens que estavam ligados àquela visão inicial acima de tudo por sua marginalidade social e moral. Prostitutas, prisioneiros, travestis, crianças de rua, drogadictos, por exemplo, todos tomaram seu lugar ao lado dos homossexuais dentro das imagens conjuradas pela simples menção à AIDS e tornaram-se parte de uma visão, cada vez mais ampliada, não apenas de marginalidade como, por extensão, de perigo. Ainda que caracterizada como uma doença da elite, a AIDS começou simultaneamente a tomar forma como uma moléstia de classes mais carentes – das mais pobres e, em última análise, mais perigosamente ameaçadoras parcelas da sociedade brasileira¹⁰.

8 ABIA, “The face of AIDS in Brazil”; R. G. Parker, “Responding to AIDS in Brazil”.

9 ABIA, “AIDS no Brasil: Incidência e Evidência”, *Comunicações do ISEER*, 1988, vol. 7, pp. 4-8.

10 Sobre marginalidade e marginalização em relação à AIDS, ver C. Patton, *Sex and Germs: The politics of AIDS*, Boston, South End Press, 1985; The Panos Institute, AIDS

Essa caracterização básica das pessoas com AIDS e, por extensão, daqueles que estão mais expostos ao risco de contraírem o vírus foi finalmente ligada, então, a um amplo conjunto de significações nos quais a marginalidade social é rapidamente traduzida numa série de noções relativas à contaminação, ao contágio e ao perigo. Particularmente em conjuntos sociais altamente hierarquizados, tais como o Brasil contemporâneo, os setores mais marginalizados da sociedade têm sido vistos, há muito tempo, como uma fonte de perigo e têm sido submetidos tradicionalmente a um amplo conjunto de práticas destinadas à contenção e ao controle, tanto moral quanto físico. Não é portanto muito surpreendente que, considerando-se tais conexões, os doentes de AIDS, e também os que são considerados potencialmente mais em risco diante da AIDS, tenham frequentemente se tornado o alvo de medos irracionais e de preconceitos.

Infelizmente, essa situação apenas foi agravada com um outro conjunto de imagens relacionadas não tanto aos doentes de AIDS quanto à própria doença. Desde que a epidemia começou a tomar forma, particularmente nas páginas dos jornais diários, a observada marginalidade de suas vítimas foi ligada à observável severidade das consequências da doença. Uma atenção particular foi dada, talvez acima de todo o resto, a pelo menos três características da doença: sua natureza contagiosa, sua aparente incurabilidade e seu desfecho inevitavelmente fatal. Tomadas em conjunto, essas (obviamente interrelacionadas) características vieram a se tornar essencialmente uma definição mínima do que é AIDS – uma definição que pode representar certos fatos científicos, mas que finalmente levou ao desrespeito de direitos humanos básicos¹¹.

Provavelmente haja sido, mais do que qualquer outro assunto, a natureza contagiosa da doença que mais tenha atraído a atenção popular – o fato de que a AIDS se dissemina, de que pode ser contraída e que se pode pegá-la no contato com outros. Associando complexas noções de doença, sujeira ou contaminação, e perversão sexual, a AIDS relacionou essa noção de contágio com a transgressão perigosa, implícita em práticas proibidas, como sexo ou uso de drogas. Como acontece com o contágio moral das suas vítimas marginais, a

and the Third World; R. Sabatier et al., *Blaming Others*.

11 H. Daniel, “Notícias da Outra Vida”, *Jornal do Brasil*. 5 de março de 1989; H. Daniel, *Vida antes da Morte/Life Before Death*, Rio de Janeiro, Jaboti, 1989.

AIDS algumas vezes ultrapassa os limites – ela contamina até mesmo as vítimas aparentemente inocentes que desapareceradamente entram em contato com ela. O fato de que o vírus somente se transmita através de vias limitadas e relativamente bem conhecidas, entretanto, tem sido muitas vezes esquecido e tem sido dada muita atenção, quase histericamente por vezes, à ideia do próprio contágio (ao invés de uma análise racional dos modos concretos de transmissão) como sendo básica na imagem da infecção pelo HIV e da AIDS.

Muito dessa mesma ênfase distorcida tem sido ligada, da mesma forma, às consequências dessa doença contagiosa. Diferentemente do que acontece com outras enfermidades, tem sido repetidamente enfatizado que a AIDS não oferece às suas vítimas nenhuma esperança de cura e sua incurabilidade tornou-se um ponto central em praticamente todas as concepções populares mais básicas da doença como um todo. A AIDS é entendida como uma doença inevitavelmente fatal, uma doença na qual mesmo um diagnóstico inicial traduz imediatamente uma sentença de morte e na qual, como Susan Sontag sugeriu ao escrever sobre doenças fatais há algum tempo, o próprio ser social de sua vítima é então posto em questão – sua cidadania é colocada entre parênteses¹². Desse modo, quanto mais a discussão sobre a epidemia é dominada pelas consequências finais de uma morte definitiva: cada vez menos atenção é dada àquilo que podemos descrever como a qualidade de vida das pessoas com AIDS.

Finalmente, então, a AIDS conformou-se como um caso muito especial – uma doença diferente de outras doenças, cujos doentes são diferentes de outros doentes. Como a lepra (e não estamos aqui falando da hanseníase), literalmente define a própria essência das suas vítimas: não simplesmente *pessoas com aids*, mas “aidéticos”. Construída, na concepção popular, como maior do que a vida e como sinônimo de morte, a AIDS tomou forma no Brasil, e em outros lugares, como parte de um contexto no qual os mais elementares direitos humanos podem simplesmente desaparecer ou deixar de ter validade. Imagens’ distorcidas, tanto da AIDS quanto das pessoas que vivem com ela, dominaram a discussão pública da epidemia e produziram muito frequentemente a espécie de pânico moral que quase inevitavelmente ignora ou viola os

12 S. Sontag, *Illness as Metaphor*, New York, Farrar, Straus and Giroux, 1989.

direitos e a humanidade de uma minoria estigmatizada¹³. É contra tal pano de fundo, infelizmente, que a história social da AIDS no Brasil se desenrolou, e são algumas de suas mais óbvias (mesmo se não intencionais) consequências que agora abordaremos.

AS CONSEQUÊNCIAS DO MEDO E DO PRECONCEITO

Não é muito surpreendente que, desde o princípio, as mais básicas respostas sociais à AIDS tenham sido de pânico e de medo porque, precisamente, a epidemia de AIDS tomou forma nos meios de comunicação e na concepção popular antes que tivesse de fato afetado as vidas de um número significativo de pessoas e porque a concepção popular da epidemia foi quase sempre baseada em desinformação ou distorção. Os primeiros casos notificados de AIDS quase parecem ter, inevitavelmente, dado origem a atos de opressão e desumanidade. No interior de Minas Gerais, um jovem que voltou para casa depois de ter contraído o vírus da AIDS no Rio de Janeiro foi apedrejado e expulso de sua cidade. Em grandes cidades, como Rio ou São Paulo, pacientes com AIDS foram recusados em hospitais locais e foram deixados, às vezes, deitados nas entradas de emergência durante horas, enquanto seus parentes tentavam arranjar permissão para que fossem atendidos. Choferes de ambulâncias recusaram-se a dar transporte a pacientes suspeitos de estarem com AIDS e até mesmo pessoal médico altamente especializado foi algumas vezes responsável pela disseminação de informações imprecisas e incorretas sobre a natureza da AIDS e seu impacto na sociedade brasileira¹⁴.

13 Sobre a noção de pânico moral, ver J. Weeks, *Sexuality and Its Discontents: Meanings, Myths and Modern Sexualities*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1985.

14 Ver, por exemplo, J. S. Trevisan, *Devassos no Paraíso: a Homossexualidade no Brasil, da Colônia à Atualidade*, São Paulo, Editora Max Limonad Ltda.; R. Parker, "Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil"; Veja, "A Multiplicação do Mal: a AIDS se espalha", 14 de agosto de 1985, Veja, "Primeira Vítima", 4 de setembro de 1985.

Incidentes específicos de crueldade e desumanidade são, desgraçadamente, muito fáceis de serem listados. O que talvez seja mais importante, entretanto, é entender as formas pelas quais esses incidentes tornaram-se ligados uns aos outros como parte de uma mais ampla configuração social e cultural – uma configuração na qual as imagens distorcidas, tanto da doença quanto dos doentes, que já discutimos, parecem ter-se ligado a preconceitos pré-existentes de maneira que afinal reproduzem e reinventam esses preconceitos como a única resposta possível para a epidemia. Dessa forma, a AIDS emergiu, por exemplo, como uma evidência disponível para a legitimação da opressão sobre grupos já estigmatizados, como as prostitutas e os homossexuais. Ações policiais – contra lugares bem conhecidos de encontro de homossexuais ou, num caso amplamente noticiado, contra áreas que servem de ponto para a prostituição de travestis – foram apresentadas pelas autoridades como esforços dirigidos no sentido da prevenção da AIDS. A violência policial pretendia servir aos interesses da saúde pública¹⁵...

Essa espécie de confusão básica entre imagens da homossexualidade e imagens da AIDS foram especialmente problemáticas entre os médicos, onde antigas incompreensões em relação aos estilos de vida homossexuais foram rapidamente traduzidas num novo conjunto de incompreensões relativas à AIDS. De um lado, pessoas classificadas como homossexuais foram automaticamente ligadas à AIDS, sem considerar nenhuma outra circunstância. Deu-se, assim, num caso que conhecemos no qual a homossexualidade do paciente, associada ao que parecia ser uma infecção oportunista ligada ao HIV, foi suficiente para definir um diagnóstico de AIDS, sem utilização de nenhum teste para confirmá-lo (mais tarde um aconselhamento qualquer se preocuparia com as consequências deste diagnóstico). Num caso quase inverso, outro paciente, sofrendo de duas severas doenças oportunistas, nunca foi testado para anticorpos anti-HIV simplesmente porque sua conduta homossexual era desconhecida pelo médico e pelos membros da família, e nunca lhes passou pela cabeça a possibilidade de que pudesse estar sofrendo de alguma coisa ainda entendida como uma doença homossexual. Em resumo, diante de uma falta de

15 *Folha de São Paulo*, “Entidades denunciam Violência Policial contra Travestis”, 10 de março de 1987.

compreensão do que é tanto a homossexualidade quanto a AIDS, não apenas o público em geral, mas até mesmo profissionais de saúde, em última instância, adotaram noções preconcebidas e francas fantasias que pouco têm a ver com a realidade, mas que finalmente resultam em assistência e tratamento inadequados¹⁶.

Assim como noções pré-existentes e preconceitos relativos à homossexualidade modelaram o tratamento da AIDS, a estigmatização de outros grupos, reconhecidos como estando em risco diante da epidemia de HIV, levou frequentemente a várias formas de discriminação. Médicos que trabalham com populações na rua, com prostitutas e travestis no Rio de Janeiro, por exemplo, relatam reações hostis da parte de seus colegas de profissão, como se eles próprios, aparentemente através de culpa por associação, passassem a ser vistos como fontes de contágio e risco. Quando enviam seus pacientes para clínicas ou hospitais locais, a simples aparência dos pacientes é suficiente para justificar que a pessoa seja confrontada com questionários agressivos de todo um conjunto de secretárias, assistentes sociais e enfermeiras, antes mesmo de ser admitida para um simples exame. Desde o aparecimento da AIDS e sua amplamente noticiada associação com prostituição dos travestis, tornou-se virtualmente impossível encontrar pessoal médico que consinta em participar até mesmo em procedimentos cirúrgicos rotineiros (como uma apendicectomia) em pacientes travestis. Não é à toa, diante de tão extensa discriminação, que muitas e muitas pessoas abandonem o local desesperadas, sem receber a atenção médica de que precisavam. Entre esses grupos estigmatizados, o número de doentes de AIDS que morrem sozinhos em suas casas, sem nenhum atendimento médico, está crescendo tragicamente.

Assim como as imagens preconcebidas de práticas estigmatizadas ou marginalizadas, como a homossexualidade, a prostituição e o travestismo, a complexa noção de contágio em relação à AIDS parece ter dado origem também às mais históricas respostas num largo espectro de diferentes setores. Numa sociedade que ainda sofre com doenças infecciosas, por exemplo, a malária, a ideia cientificamente infundada de que o HIV possa ser transmitido

16 Para discussão dessas questões, ver L. Mott, "Os Médicos e a AIDS no Brasil", *Ciência e Cultura*, 1987, vol. 39, n° 1, pp. 4-13.

por mosquito continua a exercer um poderoso papel na imaginação popular. Pelo menos uma vez, uma pequena cidade no Nordeste forneceu o lema para uma campanha, organizada por cidadãos locais, destinada a evitar o retorno de um ex-residente que tinha contraído AIDS e cuja presença, pensava-se, poderia abrir caminho para uma epidemia local transmitida pelos mosquitos. Não menos problemática tem sido toda a questão do contágio moral. Um dos casos relativos à AIDS mais amplamente noticiado em todo o país aconteceu recentemente no interior do estado do Rio de Janeiro, onde uma jovem mulher, que trabalhou como empregada doméstica para um homossexual que morreu de AIDS, foi acusada de contaminar as crianças da vizinhança colocando o sangue dele infectado em garrafas de catchup vendidas no supermercado local¹⁷. De fato, durante o curso da epidemia, uma significativa parte da atenção do público foi dirigida para indivíduos (de novo, especialmente os que são marginais ou marginalizados) suspeitos de procurarem intencionalmente contaminar outros, por exemplo, partilhando agulhas contaminadas conscientemente ou buscando manter relações sexuais com o objetivo de espalhar o vírus da AIDS¹⁸.

Embora esses exemplos possam parecer extremos, o que é particularmente importante neles e na crescente atenção que receberam na sociedade brasileira é até que ponto eles criam um clima moral que conduz não simplesmente à paranóia exagerada, mas a uma espécie de discriminação generalizada (e algumas vezes muito específica) contra os soropositivos – doentes ou não – e também contra as pessoas que são consideradas como estando em risco diante do HIV. Isto, por sua vez, criou uma situação na qual precisamente aquelas pessoas que estão potencialmente em risco são talvez aquelas que menos procuram, ou são capazes de procurar, a informação e a assistência de que precisam. Sem poder contar com uma comunidade homossexual organizada e capaz de fornecer informação e apoio num ambiente receptivo, pessoas envolvidas em práticas sexuais com outras de mesmo sexo geralmente só podem contar com as mesmas instituições médicas e governamentais que tradicionalmente

17 *Isto É Senhor*, “Vítima do Medo”, 14 de setembro de 1988.

18 Ver, por exemplo, *The Washington Post*, “Some Victimins Wish to Spread AIDS sparks fear in Brazil”, 4 de novembro de 1987; *Jornal do Brasil*, “Rebelião da AIDS na Frei Caneca”, 22 de abril de 1988.

as estigmatizaram e oprimiram e têm poucas razões para confiar ou cooperar com aquelas autoridades. E, apesar do crescimento individual mais significativo na transmissão do HIV nos últimos anos ter-se dado entre os usuários de drogas intravenosas, clínicas para tratamento de dependência química recusam-se a aceitar pacientes com AIDS e até mesmo começaram a exigir testes anti-HIV negativos, como um critério para admissão, tornando impossível o acesso ao tratamento para os que mais precisam¹⁹.

Como está indicando esta última situação, os testes sanguíneos, no Brasil e em muitos outros países, tornaram-se focos de muitas polêmicas e provavelmente acentuaram o abismo criado entre as autoridades encarregadas de enfrentar a epidemia de AIDS e os homens e mulheres mais expostos ao risco diante da infecção pelo HIV. Apesar da testagem voluntária para o HIV poder ser usada potencialmente como um importante instrumento no combate à epidemia, praticamente não se encontram lugares onde se realizem testes voluntários, anônimos, gratuitos, equipados com serviços de aconselhamento psicológico adequados. Pessoas que estão envolvidas em práticas ou comportamentos que as coloquem em risco devem, portanto, optar entre viver com a incerteza de nunca terem sido testadas ou, o que percebem ser um risco ainda maior, serem testadas em condições que não protejam sua confidencialidade e seus direitos humanos básicos. Enquanto faltam recursos para uma adequada testagem voluntária do sangue, testagens compulsórias de populações, como prisioneiros ou crianças abandonadas ou internadas, são praticadas em muitas instituições, mesmo que tais métodos tenham poucos ou nulos resultados positivos ou úteis²⁰. Começou então a tomar forma uma série complexa de questões políticas relativas à maneira mais eficaz de enfrentar a epidemia, particularmente em relação a temas inquietantes como a testagem do sangue, mas as respostas mais básicas, até aqui pelo menos, parecem ter gerado mais conflito e desconfiança do que cooperação e solidariedade.

Desde seus primórdios, portanto, a história da AIDS no Brasil, como em muitos outros países, tem sido marcada pelo medo, pelo preconceito e pela injustiça – uma síndrome de culpabilidade e acusação que, em última instância,

19 *Veja*, “A Síndrome Revista”, 1 de fevereiro de 1989.

20 *Ver Folha de São Paulo*, “OMS critica Medicina Americana”, 29 de dezembro de 1988.

é tão perigosa quanto a mais conhecida síndrome de imunodeficiência adquirida²¹. Mesmo neste caso, talvez as coisas não são tão simples como parecem e a situação tem evoluído de maneira complexa e variada. De fato, em praticamente todos os casos que anotamos, desde o ataque aos travestis até as preocupações infundadas com os mosquitos, as respostas irracionais e desumanas dadas por alguns geraram rapidamente contra-respostas por parte de outros. Crescentemente, no decorrer dos últimos anos, a AIDS tornou-se objeto de controvérsias dentro da sociedade e a desinformação foi contestada com informação, tanto mais quanto mais a sociedade brasileira procurou trabalhar nos desafios cada vez mais difíceis que a AIDS apresentou. Em certo sentido, a própria AIDS tornou-se um foco não apenas para o exercício opressor do poder, mas também para resistência. Aos poucos, mas também firmemente, o que podemos descrever como uma política de AIDS gradualmente começou a emergir. Embora a luta para implantar uma resposta mais adequada à epidemia de AIDS no Brasil esteja apenas começando, o fato de que está começando e de que tem sido levada adiante em inúmeras frentes oferece provavelmente a maior das esperanças para o futuro²².

EM BUSCA DE UMA POLÍTICA ALTERNATIVA DE AIDS NO BRASIL

Entender a emergência da AIDS como questão política no Brasil só é possível se lembrarmos que o desenvolvimento da epidemia de AIDS se deu dentro de um contexto histórico mais amplo. A epidemia começou a se desenvolver, precisamente, ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira tentava dar seus primeiros passos em direção ao restabelecimento de uma democracia participativa, após duas décadas de regime autoritário²³.

21 H. Daniel, "A Síndrome do Preconceito".

22 Para maior discussão desses temas, ver R. G. Parker, "Responding to AIDS in Brazil".

23 ABIA, "The face of AIDS in Brazil"; R. G. Parker, "Responding to AIDS in Brazil".

É preciso acentuar fortemente o impacto deste contexto mais amplo. De fato, ele estruturou uma situação inicial na qual a própria tradição de cidadania (que foi sempre, pelo menos, ambígua e duvidosa na história brasileira) e o envolvimento ativo dos cidadãos nos acontecimentos e decisões do conjunto da sociedade foram sistematicamente reprimidos – reprimidos, em muitos casos, durante a vida inteira de uma grande maioria da população do país, predominantemente jovem. Se a síndrome de culpabilização e acusação que caracterizou a resposta precoce à AIDS no Brasil tendeu a colocar entre parênteses, como dissemos, a própria cidadania das pessoas com AIDS ou em risco por causa dela, não é de se surpreender que isto tenha chamado muito pouca atenção – por mais de vinte anos, os brasileiros viveram sob um regime político no qual a cidadania de, virtualmente, toda a população foi colocada entre parênteses. Realmente, o que talvez seja surpreendente seja o fato de que, gradualmente, no decorrer dos últimos anos, essa síndrome de preconceitos – e a violação de direitos humanos fundamentais e da dignidade humana que tão frequentemente produziu – tenha sido questionada por pessoas e grupos que se formaram para lutar contra ela²⁴.

Por um lado, um significativo trabalho começou a ser levado adiante por grupos já existentes anteriormente, como a Associação dos Hemofílicos, e pequenos grupos homossexuais, como o Atobá ou o GGB, que responderam aos riscos percebidos entre suas diferentes clientelas, envolvendo-se em ações políticas em torno das questões apresentadas pela AIDS, bem como na disseminação de materiais educativos. Por outro lado, um grande número de novos grupos e organizações formaram-se especificamente em resposta à AIDS desde meados de 1985, quando um variado grupo de pessoas – de profissionais de saúde até ativistas políticos e membros de organizações homossexuais – reuniram-se em São Paulo para formar o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS), uma organização de voluntários destinada a fornecer ajuda básica e serviços de aconselhamento para pessoas com AIDS, bem como para educar e informar o público em geral.

Desde sua formação inicial, em São Paulo, o GAPA cresceu rapidamente, tanto em número de voluntários quanto de atividades, e outros grupos

24 ABIA, “The face of AIDS in Brazil”; R. G. Parker, “Responding to AIDS in Brazil”.

independentes foram fundados no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte, Porto Alegre e Salvador e numa dezena de outros centros urbanos no Brasil. Além disso, pouco depois da fundação do GAPA, importantes intelectuais de várias áreas, bem como lideranças de movimentos sociais, reuniram-se no Rio para formar a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), destinada a coletar e disseminar informações sobre AIDS através do país, com a produção de material educativo e informativo, e a acompanhar criticamente as políticas governamentais como maneira de elaborar iniciativas de saúde pública mais bem fundamentadas. De fato, nos últimos dois anos, uma série de novas organizações apareceram, e o trabalho de grupos como os GAPAs e a ABIA foram ampliados em várias outras direções por grupos como o ARCA/ISER (Apoio Religioso Contra a AIDS, um programa do ISER, Instituto Superior de Estudos da Religião), um grupo ecumênico de líderes religiosos; o Projeto Nomes (ligado à mesma ideia em outros países), formado como iniciativa artística e cultural, para elaborar “bandeiras” com os nomes dos mortos pela epidemia; e o Grupo Pela VIDDA (Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade dos Doentes de AIDS), constituído basicamente por soropositivos, doentes ou não, seus amigos e familiares, que está lutando pela cidadania e pelos direitos humanos das pessoas com AIDS na sociedade brasileira.

Durante os últimos anos, então, esses diversos grupos e organizações começaram gradualmente a abrir um novo campo na luta contra a AIDS no Brasil – criar o que pode ser descrito como uma política de AIDS destinada a combater não apenas a epidemia da infecção pelo HIV, mas também a terceira epidemia de preconceito e discriminação. Estiveram na frente de batalha na denúncia da discriminação contra pessoas com AIDS, bem como de pessoas consideradas em maior risco, e centralizaram seu combate, acima de tudo, talvez, nos efeitos da estigmatização e da marginalização. Em última instância, ofereceram, em oposição a isso, a noção de *solidariedade* como a única resposta realmente aceitável contra a AIDS – como central à luta contra a epidemia não apenas no Brasil, mas também internacionalmente – e desse modo deram talvez os primeiros passos na tentativa de reescrever a história da AIDS na vida brasileira contemporânea²⁵.

25 ABIA, “The face of AIDS in Brazil”.

CONCLUSÃO

Neste ponto, portanto, podemos oferecer apenas uma interpretação preliminar da terceira epidemia que vem tomando forma no Brasil – alguma compreensão do que a epidemia foi e tem sido, mas apenas uma visão parcial de seus encaminhamentos futuros. A resposta inicial da sociedade brasileira diante da epidemia de HIV e AIDS tem sido, quando muito, uma resposta mista. Concepções distorcidas ou completos desentendimentos sobre a natureza e o impacto tanto do HIV quanto da AIDS levaram muito frequentemente a um clima de medo e culpabilização, a atos concretos de crueldade e discriminação. No entanto, o fato de que o medo e as injustiças deram origem a uma oposição crescente e organizada, dirigida a formar uma resposta mais justa e humana contra a AIDS e a favor das pessoas que ela mais obviamente afeta, oferece uma significativa esperança de que talvez seja possível criar um futuro melhor.

Esse objetivo, naturalmente, tem importância fundamental não apenas por ser o único aceitável ética e moralmente, mas também porque, mesmo nos termos mais explicitamente pragmáticos, é, afinal, a única resposta viável contra a epidemia de AIDS. Como observou Jonathan Mann, notando as distinções entre as três epidemias ou entre as três fases da epidemia geral de AIDS, o argumento de que a discriminação contra pessoas infectadas ou em risco maior de serem infectadas pelo HIV é ditada pela necessidade de proteger a população em geral é, de fato, falacioso. Pelo contrário, a proteção dos não infectados depende fundamentalmente da preservação dos direitos e da dignidade daqueles já infectados. A luta contra a AIDS depende de vencer as tentativas de dividir o mundo entre “eles” e “nós” – depende de perceber que a proteção da maioria está intimamente ligada à proteção da minoria²⁶.

Em última instância, a luta contra a AIDS só pode ser levada adiante através de um esforço coletivo e de solidariedade. Depende da educação e

26 J. Mann, discurso na Assembléia Geral da ONU.

Agradecimentos especiais: a Martin Foreman, do Panos Institute; a Ranulfo Cardoso Jr., Carmen Dora Guimarães e Silvia Ramos, da ABIA, por sua ajuda na preparação deste artigo. Richard G. Parker deseja agradecer o apoio para pesquisas sobre as dimensões sociais da AIDS no Brasil fornecido pela Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research.

da informação, do desenvolvimento de serviços de assistência e tratamento para os doentes, da assistência e apoio a todos os soropositivos, e em serviços básicos de saúde para todos. Entretanto, esses esforços somente podem ser bem-sucedidos se forem capazes de mobilizar as pessoas e não rejeitá-las ou aliená-las. É somente incluindo, e não excluindo, as pessoas mais afetadas pela AIDS que a informação e os serviços atingirão os mais necessitados. É somente incluindo, e não excluindo, que a própria vida da sociedade pode ser preservada e que poderemos verdadeiramente lutar contra a AIDS, ao invés de ir contra aqueles que sofrem por causa da AIDS. É a maneira como responderemos a esses desafios, no Brasil, como no resto do mundo, que afinal escreverá a história da terceira epidemia.

**AIDS NO
BRASIL: A
FALÊNCIA DOS
MODELOS**

HERBERT DANIEL

INTRODUÇÃO

A

epidemia de AIDS não chegou ao Brasil de surpresa. Pelo contrário, ela foi anunciada por muitos – médicos, cientistas, jornalistas, políticos... A imprensa, mais ou menos acompanhando o noticiário internacional, sobretudo o dos EUA, já desde 82 abria suas páginas para matérias importantes sobre o assunto. Vigorava, então, um certo ar onde a perplexidade não deixava de ser colorida pelo exotismo²⁷. A imprensa, que alimentava a maioria dos debates públicos, insistia no lado mais *provocante e enigmático* da epidemia²⁸. O fato de ser uma doença que atingia, nos Estados Unidos e na Europa, uma população majoritariamente de homossexuais era, em nosso país (onde a homossexualidade tem uma organização social bastante diferente desses outros países), capaz de alimentar emoções ambíguas que vendiam uns parques números a mais das publicações. Por volta de 83, esperava-se, apenas, a confirmação da presença da doença no Brasil. E a imprensa aguardava somente o nome da primeira vítima para produzir uma manchete já preparada de antemão.

A manchete chegou, finalmente, exatamente no ano de 83 que viu um verdadeiro surto de interesse jornalístico sobre o que era então definido, de maneira objetiva, de “câncer gay” ou “peste gay”.

27 As primeiras notícias retiravam a maior parte de suas informações das publicações americanas e européias, mas procuravam-se também histórias locais. Em *Veja*, de 17 de julho de 1982, uma matéria de cunho “científico” insistia numa pesquisa de um professor baiano que, segundo afirmava de suas experiências de clínica, encontrara a razão do contágio na utilização abusiva pelos homossexuais de hormônios femininos (sic), num momento em que a teoria da contaminação por um vírus novo já levava os cientistas franceses a isolarem o LAV (mais tarde chamado HIV). Este professor postulava, do alto de sua prática clínica com os “homossexuais”, que as injeções de hormônios eram a explicação da grande presença da doença entre os homossexuais os quais buscariam, segundo a análise do professor, adotar características “femininas na utilização do silicone (contaminado). Nem é preciso dizer que tais ideias que pulularam naquele momento desapareceram logo depois, varridas pela ação saneadora do bom senso. Outras, porém, vêm tomar-lhes o lugar, para provar que a derrisão faz parte da natureza dos homens.

28 Em *Veja*, de 15 de junho de 1983, o título de uma grande matéria era “O Enigma que Mata”. A AIDS era apresentada como um mistério, algo que transcendia a capacidade tecnológica do mundo moderno e que estabelecia a morte como um elemento praticamente definidor.

Naturalmente, não havia somente sensacionalismo nesta espera. Havia preocupação real com o impacto possível da nova epidemia. Muitos alertaram, advertiram, previram, anunciaram. Mas tudo isto não foi traduzido em ações de prevenção. Nada foi encaminhado, sobretudo do ponto de vista das autoridades de saúde, para enfrentar uma epidemia que ninguém duvidava que chegaria ao país.

O fato de a AIDS ter chegado antes da AIDS, isto é, da epidemia preceder a doença, gerou as determinações para um modelo ideológico que iria estar presente nas respostas que o país deu à epidemia até agora. São as características desse modelo que pretendo discutir neste artigo. Acredito que o que marca principalmente o modelo predominante de AIDS gerado no Brasil, de uso oficial e popular, não é de que se trata de uma doença de homossexuais ou de marginais, mas a marca da “doença do outro”, do estrangeiro ou do estranho. O esforço de entender este modelo é importante para se procurar desfazer uma fração das mitologias que levaram em parte ao imobilismo governamental e têm sido responsáveis pelo sofrimento e desespero de muitos que adoecem mais facilmente com o modelo de AIDS imposto do que com as consequências funestas da ação do HIV.

Estou falando, antes de mais nada, do ponto de vista de uma pessoa vivendo com AIDS. Aprendi a viver com uma doença que não corresponde em nada a um modelo formal. Sei que me livrar do modelo foi um exercício fundamental para minha própria sobrevivência, pois foi uma luta contra a morte civil, imposta por uma concepção que faz do doente de AIDS, tanto no Brasil quanto em outros países, um pária. Se individualmente isto teve importância, creio que socialmente tem a mesma relevância. Livrar-se do modelo e de seus preconceitos é tentar integrar, na cidadania, milhões de brasileiros que hoje já vivem com AIDS. Mais ainda: é uma função essencial para evitar que outros milhões venham a adoecer de uma doença na qual não acreditam, por suporem que se trata de uma doença estrangeira à sua própria vida cotidiana. Parece-me ser esta a ótica mais adequada para falar do impacto possível da AIDS no meu país. Acredito também que esta discussão é, no fundo, apenas mais uma tentativa de dar uma resposta à questão fundamental da nossa época, diante da epidemia de HIV, que é: como viver com a AIDS?

A AIDS ANTES DA AIDS

Seguramente, o primeiro impacto da AIDS no Brasil ocorreu sobretudo no imaginário social. Introduziu-se entre nós, de fato, um “mal de folhetim”²⁹. Ele não deixou de produzir certos efeitos materiais de longo alcance. Tanto assim que, até hoje, as noções predominantes de AIDS estão marcadas com características disso que foram as reações primárias diante da possibilidade da epidemia.

Antes mesmo que qualquer médico registrasse um único caso verificável de AIDS, a imprensa, sobretudo a sensacionalista, marcava a chegada da “peste gay”, no Brasil, como uma inevitabilidade. O recurso usado para falar de uma epidemia – ao mesmo tempo real e distante, ao mesmo tempo mortal e sexual, ao mesmo tempo concreta e enigmática – era usar uma linguagem com que se fala de curiosidades de feira, não sem apelo a uma ironia que chegava, frequentemente, à zombaria mais desrespeitosa,

Uma manchete da época, de um jornal chamado *Folha de O Povo* (e esta é provavelmente a primeira vez que a “peste gay” chegou à primeira página de um jornal no Brasil, em letras garrafais), não traz nenhuma notícia propriamente dita, é apenas uma brincadeira, à falta de algum acontecimento no dia que pudesse escandalizar os leitores do jornal. Dizia a manchete: *Peste Gay deixa toda a bicharada apertadinha*³⁰. A priori, o texto deveria falar sobre o pânico que grassava entre os homossexuais no Brasil. Não havia pânico algum. Dificilmente, os homossexuais nas grandes cidades brasileiras, neste momento, acreditariam que a epidemia pudesse vir a ter importância para eles.

Mesmo que os homossexuais não se sentissem ameaçados – o que era nitidamente um reflexo de autoproteção de um grupo extremamente oprimido, que não reconhece sua opressão e que tem na clandestinização seu recurso mais seguro de defesa – inegavelmente, a chegada da AIDS ao Brasil era aguardada. Havia inclusive um certo fatalismo. Não poucos eram os que usavam suas

29 S. Carrara, “Um Vírus só não faz Epidemia”, *Comunicações do ISEER*, Rio de Janeiro, ano 4, nº 17, dezembro de 1985.

30 Citado em H. Daniel e Leila Miccolis, *Jacarés e Lobisomens: dois ensaios sobre a homossexualidade*, Achiamé, 1983.

trombetas alarmistas para prever que finalmente estava chegando a punição para os pecadores. Mesmo que se discutisse a importância relativa que a AIDS pudesse vir a ter num país onde a saúde pública é catastrófica e as epidemias de doenças infectoparasitárias nunca foram realmente controladas, o importante é que ninguém duvidava do advento da AIDS. Curiosamente, esta espécie de sentimento coletivo – mal e estranhamente expresso na irreverência da imprensa e na preocupação não correspondida de alguns profissionais de saúde, intelectuais e políticos, expresso também de alguma forma pelo desinteresse dos homossexuais – era uma constatação de que a AIDS não dizia de fato respeito a ninguém. Era uma doença abstrata que atingiria os “outros”. A história iria ser muito mais triste do que deixava supor o humorismo das manchetes. Iria ser pior do que supúnhamos nós, os que já tinham certeza que uma nova epidemia fazia seu curso novo no mundo.

Como não havia casos registrados, era a própria AIDS que se tomava um “caso”, pela repercussão que provocava. Seu verdadeiro impacto era puramente simbólico, traduzido numa determinada concepção de uma doença bizarra que vinha de terras estrangeiras.

Em sociedades onde os modernos meios de comunicação dominam, as versões sempre caminham muito mais depressa do que os fatos. Muitas vezes, quando chegam, os fatos são interpretados à luz de uma versão que consegue ser mais real do que a realidade. Com a AIDS aconteceu assim. A verdade da doença no Brasil teve, não muito raramente, que se justificar diante do “modelo” que importamos dos países mais industrializados do norte. Anunciou-se uma epidemia que “parecia” com a norte-americana, esperou-se uma epidemia que seguisse o padrão ocidental, investigou-se, nos consultórios e nas tabelas da epidemiologia local, o modelo preconcebido. Como não é difícil encontrar como resultado aquilo que era o pressuposto da análise, acabamos por ter um modelo que nos iguala ao padrão epidemiológico do primeiro mundo. Rio ou New York, São Paulo ou San Francisco, a AIDS era a mesma.

Não são poucos os desastres decorrentes dos equívocos metodológicos de tal atitude. No meu caso, interessa procurar entender essa necessidade de fundar um modelo no qual, caracteristicamente, a doença tem a cara de uma epidemia nascida e criada fora das nossas condições sociais. Inegavelmente,

a AIDS é uma epidemia mundial e em toda a parte é a mesma epidemia. Mas, ainda mais inegável, em cada parte a AIDS tem uma especificidade ligada a determinações culturais que fazem com que em cada país a AIDS tenha a cara do meio onde cresce.

A crônica da epidemia anunciada, no Brasil, é de fato a história de um modelo da epidemia adotado para não fazer face ao verdadeiro problema de uma crise de saúde pública que revela a cara do país, que desvenda, de maneira cruenta, o caráter da crise social que defrontamos. Houve uma confusa massa de informações e atitudes que levou à adoção de um modelo de AIDS inspirado no modelo epidemiológico dominante nos Estados Unidos. Mas, é importante frisar que estou falando de um modelo mais complexo do que o simplesmente adotado pela epidemiologia, que aliás cópia diretamente sua fórmula das elaboradas pelo CDC, em Atlanta. Houve a iniciativa governamental que gerou uma “AIDS oficial”, mas há também a maneira como a epidemia de repercussões sociais da AIDS fez colar, na concepção popular predominante da epidemia, velhos preconceitos e novas discriminações.

Quando se analisa esta pré-história da AIDS no Brasil, a pergunta que se pode fazer é: por que o país não se preparou para controlar a epidemia logo nos seus primórdios, já que era mais do que evidente que a epidemia teria uma grande importância entre nós? Havia, certamente, uma grande comoção com a nova epidemia. Por que ela não foi traduzida em ações concretas?

Basicamente, a adoção de um modelo abstrato, sem definições retiradas da própria realidade social onde a epidemia caminha, é um recurso do imobilismo. Não se pode elaborar nenhuma estratégia de ação quando não há uma base onde sustentar tal estratégia. Seria importante agora definir exatamente o que estou chamando de “modelo abstrato de AIDS”, bem como mostrar que, embora seja um fato extremo no Brasil, este fenômeno acompanha a AIDS mundialmente, com diferenças importantes de país para país. A partir disso, entendendo melhor as reações do governo e da comunidade diante da epidemia, poderemos avaliar as questões do impacto econômico da AIDS para os anos 90.

O MUNDO É UM PEQUENO CONDADO

No condado de Highland, na Virgínia, houve urna enorme discussão sobre AIDS, quando E. Kubler-Ross quis levar para lá um asilo para bebês abandonados com AIDS. A comunidade local ficou, em boa parte, contra o projeto, que poderia afetar o turismo, os negócios e alguns outros sentimentos e valores cristãos dos quais não me lembro agora. Durante o debate, os jornais locais receberam muitas cartas de leitores³¹. Numa dessas cartas, urna senhora, provavelmente muito bem informada, escreve em letras maiúsculas: A AIDS É UM PROBLEMA MUNDIAL. No meio dos confusos e preconceituosos argumentos dos leitores locais, este parecia um refrigério de sabedoria. Mas a senhora acrescenta imediatamente: POR QUE ENTÃO TRAZÊ-LO PARA HIGHLAND?

No vídeo *We're not republicans*, vê-se urna outra senhora esclarecendo que a AIDS é um problema de homossexuais, drogados, haitianos, etc., não é “felizmente um problema que atinge os seres humanos”.

Onde é o mundo? Onde começa a humanidade? De urna certa forma, a AIDS, como crise mundial de sociedade, como a crise característica da civilização moderna, coloca de fato estas questões que aquelas senhoras responderam da maneira mais pragmática possível.

Certamente, fortes sentimentos etnocêntricos levam todas as sociedades a atribuírem a origem das doenças a outros grupos humanos. É famoso o caso da sífilis, que é o mal francês dos napolitanos, e o mal napolitano dos franceses. Exemplos são muitos. E a AIDS veio aumentar a lista de análises etnocêntricas e racistas. Não interessa discutir aqui os esforços para descobrir a origem do vírus. Interessa, sem levar em conta as possíveis descobertas científicas, acentuar que desde sempre havia urna certeza de que o vírus era um elemento estranho, vindo do além, isto é, do Terceiro Mundo. E antes do Terceiro Mundo, no mais estranho mundo dos animais, na natureza. Mesmo sem provas, havia a convicção dominante³². É bom observar que estas desco-

31 E. Kubler Ross, *AIDS, o desafio final*, São Paulo, Editora Best Seller, 1988.

32 Ver, por exemplo, J. Leibowitch que escreveu *Um Vírus Estranho de Origem Desconhecida*, São Paulo, Record, 1984, para provar que o HTLV-1 era o “culpado” pela nova

bertas históricas poderiam esclarecer algumas coisas, mas não iriam alterar uma história da epidemia tal como se desenvolve hoje. Não alteraria o fato de ter começado em grandes cidades do mundo ocidental, na forma epidêmica que a conhecemos atualmente.

De qualquer modo, falo disto para acentuar a necessidade geral de fazer de uma doença com as características da AIDS algo necessariamente alheio, vindo “de fora” da sociedade, resultado de uma prática de “alheios”. Um cientista, analisando a epidemia, nos momentos iniciais, garantiu que os homossexuais americanos teriam criado nas saunas, nos bares e em outros lugares pouco higiênicos de sexo, um “terceiro mundo sexual” (sic) onde as doenças poderiam facilmente se multiplicar³³. Nunca deve ter ocorrido ao cientista que aquele universo sexual era nitidamente resultado do primeiro mundo, das grandes cidades do primeiro mundo, copiadas mal e mal pelas metrópoles do terceiro mundo.

Toda esta ideia da AIDS como doença do “outro” nasce seguramente com a forma com que foram analisados os dados epidemiológicos sobre os chamados “grupos de risco”. Sem discutir o conceito epidemiológico, de função restrita dentro da epidemiologia; o importante é acentuar como este conceito saiu dos seus limites e se tornou um conceito de sociologia e antropologia e como tal foi usado no caso da AIDS.

A tal ponto isto tem importância que um certo grupo de risco viu seu advento ser a maior justificativa para inúmeras ações governamentais no mundo inteiro, embora nunca tivesse provado sua suscetibilidade à AIDS: é o famoso grupo da “população em geral”. Enquanto a AIDS provocava desastres em “grupos de risco”, parecia que isto não era motivo para sensibilizar, por exemplo, o governo Reagan. Para que ações fossem implementadas era preciso que a AIDS ameaçasse a “população em geral”. Parece-me inútil discutir a ética e a eficácia de tal atitude. De todo modo, descobre-se nesta fórmula que a população em geral não é composta de pessoas concretas, grupos sociais concretos, mas é o cidadão etéreo, uma mera figura jurídica sem relações humanas que o distinga por sua diferença. A população em geral é o grupo dos indiferentes,

doença. O vírus da AIDS ficou muito mais estranho depois da disputa que opôs cientistas para a sua descoberta.

33 Citado em Mirko D. Grmek, *Histoire du Sida*, Paris, Medicine et Sociétés Payot, 1989.

a massa amorfa e fora das realidades complexas de um mundo cada vez mais dividido e cada vez mais uniforme.

A AIDS, mesmo antes de se chamar AIDS, pareceu estar destinada a ser a marca exclusiva dos diferentes. A tal ponto que a primeira notícia sobre AIDS no *N. Y. Times* dizia que um curioso fenômeno de câncer de pele entre 41 homossexuais americanos serviria como estímulo ao estudo de cânceres raros entre a população em geral. Quarenta e um homossexuais mortos parecia ser algo muito à parte da população em geral, uma porção de cobaias para uma experiência útil para salvar “vidas humanas”³⁴

Estou citando exemplos americanos para acentuar os desvios de um modelo epidemiológico que se tornou padrão. Há muito que discutir e duvidar no padrão criado pela epidemiologia americana. O importante, no caso deste artigo, é apenas alertar para as consequências da “ideologia dos grupos de risco” e acentuar a definição “mínima da AIDS” (não apenas a definição médica, estou falando da definição socialmente operante) que foi a que importamos com alguma adaptação para o Brasil.

Basicamente, a AIDS vigora com uma definição pragmática, acima de qualquer discussão científica: trata-se de uma doença *contagiosa, incurável e mortal*. Estas três características geram o ideário da AIDS, fonte de todos os preconceitos e apoio de todas as políticas discriminatórias, tanto as que envolvem o diagnóstico e a terapêutica do doente quanto as que envolvem as ações sociais de controle e prevenção da epidemia”³⁵.

Essa trilogia de interpretações pré-críticas da AIDS fundam toda a ideologia da AIDS como doença do outro. Em toda parte servem de apelo à quarentena e à segregação, são as justificativas básicas para todo tipo de pânico e pavor que sustentam a chamada Terceira Epidemia, na linguagem do dr. Johnatan Mann, adotada pela OMS.

Com esta definição mínima de AIDS, ainda por cima enrolada nas ataduras difíceis da múmia dos grupos de risco, a AIDS foi investigada inicialmente no Brasil. Numa pesquisa realizada pela ABIA, em 1988, entre os 500

34 *N. Y. Times*, 3 de julho de 1981, “Rare Cancer Seen in 41 Homosexuals”, por L. K. Altman.

35 Para discussão dessas características da AIDS ver: Herbert Daniel, *Vida Antes da Morte/Life Before Death*, Jaboti, 1989.

primeiros casos notificados no Rio de Janeiro³⁶, ficou claro como a ficha de investigação gerava, por si mesmo, o modelo. Uma das perguntas mais insistentes da ficha de interrogatório era a de “viagens de risco” (onde estava englobado o exterior, principalmente Nova York ou San Francisco). Nem sempre se encontrava a “viagem de risco”, mas às vezes as respostas tinham humor, como a de um viajante que relatava como risco uma viagem que fizera a uma pacatíssima cidade do interior do país onde teria tido contato com prostitutas. De qualquer maneira, havia uma certa tranquilidade quando o caso podia ser atribuído a uma contaminação fora do país.

Houve bastante dificuldade em enquadrar esses primeiros 500 casos dentro de alguns *grupos de risco*, como por exemplo, os “homossexuais” e “bissexuais”. Essa terminologia dificilmente descreve as práticas sexuais entre homens, comuns no Brasil³⁷. Apresentam mais ambiguidades do que sonhava a vã filosofia da epidemiologia de empréstimo de uma sociedade como a americana onde a comunidade gay é uma realidade. Normalmente, as fichas vinham extremamente rasuradas, na linha referente às práticas sexuais. Havia um x no quadrado de heterossexual, logo depois uma rasura e um outro x mais nítido em bissexual, a seguir um círculo em volta da palavra homossexual. E ainda havia mais algumas setas, marcas, traços, em várias cores e intensidades, demonstrando a enorme vacilação do investigador e do investigado. Não deixava de haver manifestações de insatisfação dos investigadores, que, além das três palavras, faziam questão de acrescentar um “promíscuo”, quando se tratava de um homossexual. Havia também humor, inclusive não percebido pelo investigador. Um paciente interrogado confessou ser promíscuo, tendo mais de dez relações por dia, inclusive com gatos, macacos e papagaios (sic). Como o investigador não conhece o vocabulário usual entre as bichas no Brasil, não entendeu a zombaria do paciente³⁸. E lá está um caso fantástico de promis-

36 Relatório da pesquisa *O Impacto Social da AIDS no Brasil*, de C. D. Guimarães, H. Daniel, J. Galvão, ABIA, mimeo, 1989.

37 Ver Richard Parker, “Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil”, *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1, number 2, June 1987.

38 Para entender a variedade de jargões em diversas “tribos” de homossexuais brasileiros, há um estudo muito interessante de Paulo Fatal, *Invicta AIDS aqui*, Rio de Janeiro, GAPA/RJ, 1988.

cuidade zoófila, quando na verdade se tratava de uma simples tirada humorística. Notável evolução dessa investigação inglória começa a se desenvolver com o aparecimento de casos de “heterossexuais” suspeitos de contaminação sexual, onde ao lado da palavra heterossexual vinha marcado em vermelho, a lápis, “promíscuo”. O advento de “heterossexual promíscuo”, visível no início de 1987, embora não tenha tido evolução – os casos de heterossexuais “promíscuos” são muito mais raros que outros... – demonstra a lógica dos preconceitos que faz mover o modelo. A figura mística logo desapareceu do interesse dos pesquisadores, mas permaneceu a ideia básica de que a promiscuidade era uma das etiologias da AIDS.

No entanto, apesar dessas dificuldades, o modelo seguia seu medíocre curso de dar razão ao modelo “ocidental”. Uma brutal realidade foi capaz de introduzir uma “especificidade”. Acontece que, pelo menos 1 (um) em cada 5 (cinco) casos (em torno de 20%) registrados de AIDS nesses primeiros meses da epidemia era decorrente da utilização de sangue ou hemoderivados contaminados. A questão do sangue surgia aí como uma especificidade absoluta do modelo do Rio de Janeiro. Indicava uma tradicional catástrofe da saúde pública, ou seja, a utilização do sangue podre a partir de um comércio imoral que controlava todo o mercado de sangue do estado. Ora, a própria importância dos números, bem como a distribuição social desses casos, colocava em xeque o modelo que gerara as fichas de investigação epidemiológica. No entanto, tudo foi considerado uma espécie de exageração de um caso particular, uma espécie de exceção que confirmava a regra do modelo “ocidental”.

A tragédia que se abateu sobre os hemofílicos e sobre todos os usuários de sangue transfundido no Rio, em particular, e no Brasil, em geral, não foi suficiente para uma reavaliação profunda das nossas metodologias em epidemiologia. Foi, no entanto, suficiente para que a sociedade civil se alertasse grandemente para a situação da AIDS e criasse um importante movimento social na defesa do sangue do povo brasileiro, que teve condição inclusive de introduzir reivindicações importantes na Constituição que então se votava. Hoje, no Brasil, é anticonstitucional o comércio de sangue no país. Mas até agora ainda é apenas uma lei muito bem intencionada, que não foi implementada pelas autoridades de saúde pública.

Assim, o modelo abstrato adotado, que faz da AIDS uma doença mágica, sempre de um outro, sempre de um estereótipo dificilmente identificado na prática cotidiana de cada cidadão (inclusive quando este cidadão é enquadrado dentro do estereótipo), tem por um lado uma *função anestésica* – serve para esvaziar da consciência o problema social revelado ou aguçado pela AIDS. Por outro lado, tem uma *função camufladora* – serve para atribuir ao enigma e ao mistério problemas sociais e humanos concretos. Aquilo que é conhecimento, como por exemplo as informações recolhidas nas investigações médicas e epidemiológicas, toma-se pura superstição. O saber médico torna-se um instrumento de poder de medicalização, isto é, de controle de corpos e mentes. Por outro lado, os velhos preconceitos recebem novas capas, novos modos de ação e atualizações às vezes surpreendentes. No caso dos homossexuais, por exemplo, não apenas os velhos preconceitos continuam em vigor dentro da AIDS. A AIDS gera uma modificação que torna este grupo de pessoas não seres patológicos (doentes, nem que sua doença fosse apenas psicossocial); os homossexuais tornam-se seres patogênicos.

Anestesia e camuflagem, os modelos em geral adotados nos últimos anos para enfrentar a AIDS, são maneiras de esvaziar a tragédia da epidemia, reduzindo-a a vagos melodramas. Tudo se passa como se estivesse em questão apenas o problema de indivíduos, mesmo que sejam muitos indivíduos, quando na verdade trata-se de um problema da humanidade, de toda ela. Trata-se do problema deste condado chamado mundo, deste planeta único e vário. Não se quer, com isto, dizer que toda a humanidade está ameaçada de ter a doença ou ser exterminada. Esta é uma ideia fútil. Mas, com isto, afirma-se que esta noção de humanidade não nos faz uniformes, mas torna-nos todos *um*, isto é, um único grupo. Talvez isto nos facilite a compreensão de que a população em geral é sempre um cidadão qualquer de qualquer condado, um ser histórico real, sede de diferenças humanas, com as quais temos que nos regozizar. O que nos evita de sermos *uns* indiferentes e nos torna *um* humano, ou humanidade, é a experiência da solidariedade.

E esta noção de solidariedade é a única capaz de gerar um modelo de compreensão da AIDS em que não haja amortização de consciências nem substituição dos problemas sociais por superstições devastadoras. Por isto, contra

o fracasso de modelos que não fizeram mais do que transformar a morte numa espécie de sinônimo moral da AIDS, é preciso renovar a noção de cidadania das pessoas vivendo com AIDS. Com isto, PWA (pessoas com AIDS), estou falando dos habitantes deste condado-mundo, de todos eles, que deveriam orgulhar-se de usar o patronímico de humanos.

SOLIDARIEDADE E ECONOMIA

Pode parecer, de um ponto de vista frio e analítico, que as ideias da solidariedade sejam simplesmente eficientes como recurso humanitário, uma postura mais poética do que prática. Nitidamente é uma ideia poética e daí muito de sua força, ao contrário do que querem crer certos “pragmáticos”, para quem a realidade é tristemente um amontoado de dados e fatos possíveis de serem enfeixados em tabelas estatísticas. No entanto, mais que poética, *et pour cause*, a solidariedade é principalmente uma posição política, uma concepção da democracia como vida cotidiana, uma definição da cidadania.

No entanto – a experiência histórica tem demonstrado – os preconceitos causam prejuízos, e muito graves. Não apenas do ponto de vista do abalo provocado em termos de direitos humanos, mas também no estrito sentido econômico. Fica mais caro enfrentar a AIDS com os preconceitos. Isto porque ela vai produzir, por causa exclusiva dos preconceitos, abalos econômicos dificilmente contornáveis.

A epidemia de AIDS provoca uma desagregação econômica importante, principalmente em países do Terceiro Mundo. O Brasil, por exemplo, sabe que não dispõe de recursos suficientes para resolver esta crise. De todo modo, nenhum país pode resolver a crise da AIDS, se a considerar apenas uma crise de saúde onde se conta apenas com as ações do sistema de saúde e do governo para solucionar a questão. Entendendo a epidemia como uma vasta crise de sociedade, as ações contra a AIDS devem mobilizar importantes recursos comunitários, centrando-se numa clara noção de cidadania, portanto de solidariedade. Na medida em que a doença é visada como um “fato individual”, particular, ou até mesmo um apanágio de “grupos”, há no máximo uma busca

de assistência para minimizar o problema. Aqui, não há nenhuma mobilização comunitária, enquanto a doença não é percebida como um problema global, um compromisso coletivo.

Aqui, a eficiência, ou o contrário disto, do modelo abstrato adotado para a AIDS revela suas consequências econômicas. Primeiro, porque não controla a epidemia e a deixa seguir um curso onde, mais tarde, nada será mais possível fazer senão contar as perdas. Segundo, porque o doente é visto como um morto civil, para quem nada adianta fazer, senão esperar o óbito. O doente discriminado não é mobilizado para um esforço fundamental, que é o de evitar a epidemia. Seguramente, a mobilização de pessoas vivendo com o HIV é um elemento vital (e este adjetivo assume aqui várias acepções) para reduzir os impactos da epidemia numa comunidade. O modelo discrimina, ao invés de estimular a participação.

Existem duas ordens de impacto econômico propriamente dito: aquele decorrente da epidemia de HIV e das doenças que pode provocar e um outro impacto que é o decorrente do vírus ideológico e suas consequências sócio-patológicas. Se entendermos que o impacto econômico se desdobra nestas duas linhas, poderemos pelo menos retirar de uma análise fria da “economia pura” o predomínio das previsões para o campo da AIDS.

No caso da AIDS, um certo jargão de “economês” se soma ao linguajar médico, dando um quadro, dentro do modelo oficial de AIDS, onde a dor física e a dor moral se tornam elementos de uma economia que estabelece a sociedade como aqueles que podem produzir e afastam desse centro da cidadania os que ainda não podem produzir (crianças) e os que não mais podem produzir (velhos, doentes). O elemento central da produção, e da produção de lucro, constitui a alma e a essência do cidadão. Portanto, a cidade dos homens é a cidade do lucro, de sua busca e de sua adoração. As ações humanas produtivas e reprodutivas fora deste universo de reprodução de valores de consumo não são econometráveis, isto é, não têm nem comensurabilidade, nem por isto humanidade propriamente dita.

No terreno fora do “consumir-se no trabalho, para consumir e ser consumido”, está o ostracismo, o universo propriamente fora de cena, *obsceno*, do morto civil, do peso morto. Para que – já que não podem penetrar direta-

te no campo da produção direta – estes seres, imaturos demais, ou demasiado ultrapassados, sejam captados pelo sistema, devem entrar na lógica do lucro; uns, no sentido estritamente escolar de preparação do corpo e da alma para os movimentos da carne e espírito necessários para fazer mover futuramente a máquina no mundo; outros, os que passaram, devem ser absorvidos nas tecnologias lucrativas do adoecer, do curar, da morte e do morrer, até que finalmente a morte, sucessiva à morte civil, seja absolutamente banida como acidente, a mais alta obscenidade da civilização contemporânea.

UMA EPIDEMIA DE SEGUNDA CATEGORIA

Todas as considerações anteriores têm consequências *práticas* muito imediatas. Uma tentativa de enfrentar a AIDS e minimizar seu impacto não pode, dentro dessa perspectiva, resumir-se a uma contabilidade que se resume de um lado a listar problemas “materiais” e de outro a prever recursos.

No entanto, é esta contabilidade que parece fazer parte do modelo abstrato de AIDS, quase como uma metodologia. Isto, tanto por parte das reações governamentais, como por parte de certas parcelas da comunidade brasileira. Fundamentalmente, a AIDS passou a ser considerada uma doença estrangeira, em vários sentidos. Primeiro, no sentido mais rasteiro da xenofobia: era uma doença de gays americanos. Segundo, no sentido de que se tratava de uma doença que não se coadunava com as tradicionais epidemias (se é, em qualquer lugar e em qualquer tempo, possível usar este adjetivo para epidemias). Por mais absurdo que pareça este foi um argumento fartamente repetido. Inclusive pelas autoridades governamentais que afirmaram várias vezes que a AIDS não era um assunto prioritário na pauta de desastres comuns na saúde pública do país.

Mais do que uma análise ridícula, estas afirmações revelam um determinado ideário. A AIDS sempre foi alvo de uma absoluta falta de interesse de todas as chamadas autoridades sanitárias do Brasil. Este desinteresse teve várias formas. Desde a recusa da existência da epidemia, à impossibilidade de que

ela tivesse algum dia, entre nós, alguma importância economicamente mensurável, até o fato de ser apenas uma epidemia de “grupos minoritários”, quase um problema de uns ricos e bem providos homossexuais. É importante notar que, segundo os argumentos oficiais, o que tornava a AIDS menos importante não era o fato dela ser doença de homossexuais, mas o fato dela ser doença de “ricos”. Várias declarações oficiais diziam que no Brasil, segundo as estatísticas oficiais, a doença atingia a classe A, o que vai contra toda a experiência de todos os grupos comunitários e todos os profissionais de saúde envolvidos com a questão da epidemia no país.

É claro que o preconceito, como Proteu, tem muitas caras. Está em permanente metamorfose. Por uma perversão política fez-se da AIDS no Brasil uma epidemia de segunda categoria, sem o significado das grandes epidemias históricas que não foram resolvidas nunca. É claro que nada foi feito contra as outras epidemias. E contra a AIDS, inicialmente, e nos anos que se seguiram, como se tratava de um problema pequeno demais, menos ainda foi programado.

Mais inquietante é observar hoje, quase uma década depois, quando os casos se contam em dezenas de milhares, que há uma espécie de anestesia coletiva, bem traduzida no pouco interesse que o novo governo, empossado em março de 1990, demonstra em relação à epidemia, como se já não fosse possível fazer mais nada diante de um quadro cada vez mais desastroso. Até hoje o novo governo não tomou nenhuma iniciativa em relação à epidemia, continuando uma história de omissão e descaso que caracterizou o último governo, durante cinco anos. Há hoje uma completa ausência de um programa nacional de controle da epidemia. O serviço montado pelo governo passado, instaurado em 1986, dentro do Ministério da Saúde quando já existiam registrados mais de mil casos de AIDS, foi uma figura simbólica. E continua sendo. A mesma noção de que a AIDS é inevitável, quase um preço a pagar pela modernidade de nossas cidades, a mesma noção de que não é exatamente uma doença brasileira, mas algo ligado ao estrangeiro ou ao estranho, é ainda quase a mesma que predominava naquela época quase esquecida da chegada da AIDS no Brasil. É bom que não nos esqueçamos do que aconteceu, então, pois estamos vivendo as consequências de atitudes tomadas ou deixadas de tomar naquele momento.

Hoje, dois aspectos ressaltam-se quando analisamos o quadro da AIDS

no país. Em primeiro lugar, a massificação da epidemia. O crescimento do número de casos começa a criar situações complicadas para o atendimento dos doentes. Também cresce, de forma descontrolada, o número de pessoas portadoras do vírus que não têm nenhuma assistência, que não possuem nem mesmo as informações básicas para enfrentar sua própria situação. Em segundo lugar, ao lado dessa massificação, existe uma pauperização crescente da massa dos doentes de AIDS. Estamos num país onde a maioria da população é carente e desassistida. É inevitável que esta população seja fonte do maior contingente de doentes de AIDS, principalmente porque não possui recursos – nem materiais, nem simbólicos; se faltam hospitais, faltam também educação e informação – para enfrentar a doença.

Certamente, dentro do clichê de que a AIDS é uma doença incurável, a evolução dos tratamentos relativos a ela, ao desmontar a mitologia de que ela é intratável, ao fazer dela uma doença cada vez mais crônica, permitindo uma relativamente longa sobrevivência, vai colocar em discussão exatamente não só uma sobrevivência forçada e dolorosa, uma mera resistência hospitalar, mas também vai jogar no centro do debate a questão complexa de *viver com AIDS*. A resposta do lado da *vida* implica uma programação que envolva desde a possibilidade de recursos econômicos para atender uma população crescente em suas necessidades materiais, até a possibilidade de mobilizar recursos sociais e humanos para garantir o pleno exercício de cidadania dessas pessoas. Seguramente, a questão dos direitos humanos, vista em sua maior dimensão, como ampla questão democrática da prática da solidariedade, é o maior desafio para os anos 90, principalmente em países como o Brasil onde a democracia é ainda um projeto extremamente frágil. Muito provavelmente, dentro de alguns anos, estaremos falando da AIDS como uma doença típica do Terceiro Mundo (inclusive nos bolsões de Terceiro Mundo dentro dos países mais industrializados). Será então mais uma das epidemias “tradicionalistas”.

E será, como todas essas *tradicionalistas*, do ponto de vista da medicina mundial, uma epidemia de segunda classe. Tal como ela vem sendo tratada pelas autoridades no Brasil, exatamente por ter chegado no trem de horrores da história, no vagão da primeira classe... Já então não haverá remendo, pois, já está na Bíblia, não se remenda com panos velhos.

AIDS E AIDS: VIDAS ANTES E DURANTE

Quem vive com AIDS? Os que podem ser diagnosticados com as doenças oportunistas decorrentes da imunodeficiência provocada por retrovírus, HIV1 e HIV2, pelo menos. Mas, desde a descoberta dos testes, sabe-se do conceito de soropositivo: aqueles que carregam no corpo os anticorpos contra os vírus, aqueles que vivem com poucos ou mínimos sintomas dessa infecção de longa duração. São muitos os que podemos classificar na categoria geral de portadores do vírus. Mas estes, que se contam aos milhões (a OMS fala de seis milhões, no início dos anos 90, mas fala também de dez milhões; digamos que seja um número entre esses dois), ainda são poucos. Muitos mais são os que se ligam a esses através dos mais variados laços humanos: pais, filhos, irmãos, parentes, amantes, esposas e namorados, amigos e conhecidos, vizinhos ou, simples e complexamente, *contemporâneos*. Esses são os muito mais milhões que o vírus encontrou em seu caminho. Quem pode dizer que essas pessoas, imediatamente envolvidas, não vivem com *aids*? Aqui, certamente, não estou falando de uma definição médica, mas de uma construção social muito complexa que exige um novo significante para tentar cobrir o vasto campo semântico. Falo de *aids*, substantivo comum que se refere a um complexo de epidemias que provoca um impacto social muito mais vasto do que um simples diagnóstico possível num corpo individual ou mesmo no corpo de milhões de indivíduos.

Responder quem vive com *aids*, hoje, é um problema sem solução laboratorial. Nenhum exame de sangue determina quem vive com *aids*. Pode detectar anticorpos ou vírus na corrente sanguínea, mas não detecta o anticorpo cimentado da solidariedade e suas variedades, inclusive avessas, que passeia na corrente histórica de nossa época. O HIV segue seu curso biológico. Um outro conjunto de virulências (que poderíamos simplesmente denominar de vírus ideológicos, para entrar no jogo de metáforas usuais na era da *aids*) armou um curso na construção social da *aids*, como se se tratasse de uma revelação fotográfica tridimensional da civilização contemporânea. Assim, afirmar que,

do ponto de vista planetário, é a humanidade que é soropositiva, não é uma metáfora. É um axioma histórico e político que merece uma longa explicação.

Em sua definição médica, epidemiológica e sociológica, usando aqui a palavra de uma maneira larga, para falar de uma maneira geral de todo processo infeccioso causado pelos retrovírus HIV, a AIDS abriu uma crise de saúde sem precedentes e conseqüentemente tornou-se o desafio mais agudo da ciência no final deste século. Neste sentido é um monumental problema social, um dos maiores problemas de saúde pública que a humanidade já enfrentou. Mas a aids, entendendo aqui a amplitude da construção social que estamos definindo com este termo em minúsculas, não é um problema de ciência e saúde. É de fato uma crise de sociedade. A equação que a pode expressar é formada por incógnitas políticas e ideológicas e suas raízes são dadas pelo complexo conceito de solidariedade.

Não é possível falar da aids como um problema *no* planeta. A epidemia é um fato *do* planeta. Este fato insere-se no conjunto da luta pela “defesa da vida”. A luta contra a aids é uma bandeira política democrática radical, nas dimensões da luta pela defesa da vida do planeta.

A aids radicaliza o tema da convivência democrática das diferenças. A aids apresenta a questão da diferença no campo *obsceno* da morte. De obsceno (fora de cena) faz do fenômeno um dos centros do palco. Portanto, uma primeira pergunta é sobre a arquitetura ideológica engendrada pela própria aids. É realmente própria, é uma herança de tabus mais ou menos identificáveis? Os preconceitos a ela ligados são os herdados dos estigmas dos marginais atingidos por ela no mundo ocidental na pré-história da epidemia? É fundamental lembrar que a conceituação de uma soropositividade planetária, atingindo toda a humanidade, é, no seu aspecto mais geral, uma crítica sem remissão do conceito de “grupos de risco” que serviu de base para a criação de uma metáfora sobre a AIDS que fazia parte fundamentalmente da estratégia de medicalização do fenômeno da epidemia e, de cambulhada, da sexualidade, da homossexualidade em particular e da morte.

A constatação, muito banal, muito comumente vulgar, de que o interesse provocado pela AIDS decorria do fato desta doença associar de maneira quase imediata os tabus do sexo e da morte tem quase uma facilidade aritmética e acaba simplificando a emergência de uma “síndrome” muito mais dinâmica de

articulações ideológicas, ou seja, uma construção social mais obscura e mais distante do mundo empírico, uma aids. Esta ideologia merece ser submetida a uma avaliação crítica de conjunto que não se contente em fazer apenas um inventário dos trapos ideológicos com que se vestiu a “epidemia da morte”.

O “modelo” da aids já foi comparado ao de inúmeras outras epidemias. Ao das pestes da Idade Média, ao da tuberculose, ao das doenças venéreas, ao do câncer, etc. Semelhanças históricas podem visualizar repetições farsescas onde ocorre um drama com um linguajar suficientemente original para não ser reconhecido como novo. Entendo que as retomadas aparentes do “modelo” da AIDS não são farsas, são simulacros que tomam de empréstimo linguagens, sinais e sintomas de fenômenos anteriores. Há, de fato, uma originalidade final-de-milênio no modelo da AIDS, o que nos desaconselha paradigmas estáticos.

O “modelo” da AIDS está imbricado em características muito próprias da contemporaneidade: a unificação econômica e política do planeta; a radicalidade de suas divisões econômicas e políticas (o mundo é cada vez menor e cada vez maiores as suas distâncias sociais); a modificação do poder médico, já que vivemos a fase do óbito da clínica; a inovação das tecnologias do poder; novas emergências de direitos difusos; os seres humanos compuseram um corpo e um sexo novos onde ficou pequena a alma que brotou no mercado das especiarias. Continua difícil saber quantos *bits* tem uma alma moderna.

TENHO AIDS. ESTOU VIVO

Contar, dizem, pode ajudar a salvar vidas. Talvez porque crie a consciência do risco, talvez porque mobilize a solidariedade, talvez simplesmente porque insuffle algum sentimento amortecido. Tenho muitas dúvidas sobre este poder salvador. Não tenho certeza se a experiência de alguém relatada sirva de modo tão operacional e salvacionista; tenho visto, vida a fora, que a própria experiência não educa nem acrescenta, sem ter passado pelo crivo crítico da consciência. Não pretendo, portanto, contar com essas intenções. Decidi escrever sobre estar vivendo com aids para transmitir uma só coisa: estou vivo. Sim, isto não vai ajudar a salvar vidas. Nem a minha. Sim, contar não vai ajudar

a salvar vidas. Mas pode melhorar algumas, ou melhorar a vida, esta coisa tão geral. Por isto a gente escreve, senão não teria sentido, só para lançar insignificâncias na insignificação geral.

Sei que muitos estão contando, com muitos detalhes, todas as disputas que ocorrem no interior de seus corpos. Alguns encaram a convivência com o vírus como uma espécie de batalha e sabem que vão “perder” a guerra. Eu não consigo achar que estou numa luta contra um vírus biológico. Acho que nunca vou, por causa disto, perder guerra nenhuma. Tenho certeza de que a aids me venceria se eu entrasse na metáfora da guerra, em primeiro lugar, e depois se vivesse por ela uma tentativa vã de enganar-me ou enganá-la. A AIDS – estou falando, neste instante, das doenças oportunistas decorrentes da imunodeficiência provocada pelo HIV – pode matar. Seguramente, causa muitos incômodos, pode chegar a me deixar durante muito tempo imobilizado, parcialmente ou totalmente, transitória ou definitivamente. Mas isto é o usual desta doença. Ela me venceria, não se me matasse, mas se me retirasse a consciência de que *vivo* com ela, e que devo me adaptar a certas circunstâncias de vida impostas pela doença. Este modo de abordar a aids (estou falando aqui do seu complexo de dimensões) permite-me responder aos preconceitos principais que fazem do doente de AIDS o morto preferencial de nossa época.

Não pretendo dar uma solução, para quem quer que seja enfrentar a aids, mas tenho certeza de que a solução só pode ser encontrada se as pessoas, vivendo com aids, começarem a participar da resolução do problema da epidemia. Individualmente, muito dificilmente encontraremos alguma coisa que nos alivie da carga, embora desde que tenhamos uma consciência maior da aids as coisas se tomem muito mais fáceis. Para quem vê a AIDS apenas como uma doença-guerra, a única noção de armistício é a de uma cura que depende de um tratado de paz assinado por outros além de si mesmo, já que os campos de batalha não assinam convenções. A guerra se passa como uma tarefa de médicos fazendo frente a vírus e outras tecnologias mais ou menos sofisticadas do arsenal dessa guerra pequena.

Eu não sou um campo de batalha. Eu não sou uma paisagem, mas a presença que importa nesta paisagem em que meu corpo se torna nesta doença. Não há possibilidade de vitórias ou derrotas neste campo. Há possibilidades

outras de sabedoria ou estupidez, de amor ou ódio, de grandeza ou mesquinha-
ria, de solidariedade ou opressão.

Estou tendo, nos meus dias de vida, nestes meus dias da vida, nestes
meus dias em vida quando descobri que a vida é uma descoberta da fragilidade,
na vida destes meus dias onde a morte passou a ser uma presença que nada
tem de pornográfica ou obscena (pelo contrário, sempre no palco, como uma
respeitável atriz que rouba muita das melhores cenas), estou tendo a vida que
os dias põem e de que posso dispor, ou estou tendo os dias que a vida põe e de
que disponho – com uma gula que nada tem de incerteza, mas tem certamente
de indirigida, como uma fome que já deveria ter nascido há milênios, se eu sou-
besse já há milênios os milenares prazeres de cada segundo que a intensidade
da hora da vida põe e predis põe em cena.

O MUNDO DA VIDA – QUASE CONCLUSÃO

O argumento de extraordinário peso da senhora de Highland fez-me
inevitavelmente recordar um filme de Woody Allen, quando um menino an-
gustiado é levado pela mãe ao psiquiatra por suas ideias bizarras. O menino
está perplexo porque descobriu que o universo está em expansão. A mãe ralha
com o filho, dizendo-lhe que o Brooklin *não* está em expansão, portanto não há
nada com que se preocupar.

Eu não moro em Highland, sempre morei em condados, se alguma vez
morei em condado, onde os problemas do mundo acontecem na porta da minha
casa, na esquina da minha rua, nos cem metros ao redor do meu umbigo, da
soleira da minha porta para dentro. Estive sempre em lugares onde os proble-
mas mundiais sempre me invadiram não apenas pela janela televisiva ou pela
brecha tímida dos jornais. Concretizaram-se em figuras reais e movimentos
inevitáveis das coisas e seres em meu redor. Tornaram-se condensações reais
do planeta inteiro dentro das minhas próprias células. Eu sou um cidadão do
Terceiro Mundo. Tenho certeza de que Highland não é longe. Highland é hoje

em dia e é em toda a parte. É uma cidadezinha do interior do estado do Rio de Janeiro onde uma moça, que foi empregada doméstica de um homossexual, foi “acusada” de ter AIDS e depois acusada de espalhar o vírus, misturando seu sangue no catchup das crianças, em supermercados. É uma cidadezinha donde um homossexual foi expulso, no Nordeste, sob várias acusações, entre elas a de ter sido visto “tocando em várias frutas na feira” com a evidente intenção, diziam os acusadores, de espalhar a peste através das frutas tropicais. Highland fica no centro da cosmopolita cidade de São Paulo onde o Grupo Pela VIDDÁ, do qual faço parte, teve enorme dificuldade em alugar uma sala para instalar sua pequena sede, pois se trata de um grupo de pessoas com AIDS. Highland é uma das localidades da pior epidemia de AIDS – aquela que tem como tática fazer da epidemia urna questão friamente econômica de saúde. Highland, que aquela senhora queria deixar fora do problema mundial da aids, é uma das inúmeras capitais da epidemia no mundo. Highland está dentro de nós. Este é o testamento de nossa miséria e de nossa derrota diante da epidemia de pestes emocionais da nossa era.

Estou fazendo um inventário de uma dor coletiva. A dor torna-se a dilaceração quando se fecunda no jardim da indiferença. Na paisagem da intolerância.

Highland afinal, é o Brasil, também, onde os pobres morrem mais do que os ricos, e vão morrer de AIDS muito mais depressa do que os ricos. Onde não temos certeza do número de casos de AIDS, porque os números são não apenas confusos, são também falsificados³⁹. Onde não sabemos por onde a AIDS caminha porque não há pesquisas. Onde os doentes morrem em porta de hospitais públicos sucateados durante os anos de governo militar autoritário e hoje incapazes de atender à catástrofe geral da saúde pública do país. Onde a população não acredita em AIDS, porque as informações que chegam até ela falam de uma doença metafórica e cheia de mistérios. Onde é preciso, até hoje, *provar* que a epidemia de AIDS existe, inclusive para homossexuais, e não é apenas um complô da CIA para exterminar gays, nem apenas uma manipulação dos jornais para estimular a repressão. Onde é preciso educar médicos que nada sabem sobre a doença, educar professores, prelados e autoridades para lhes dizer que a AIDS não é um castigo dos céus. Onde se jogam fora 200 mil dólares

39 *Boletim da ABIA*, números 2, 3 e 4. ABIA, 1989.

de testes anti-aids com data vencida⁴⁰, onde se joga fora urna quantidade outra e indefinida de AZT, também vencido, porque tudo foi comprado pelo Ministério da Saúde, mas se perdeu nos corredores da infernal burocracia. Onde morrem pessoas com doenças oportunistas já controladas porque há problemas burocráticos para a importação de drogas experimentais pelos cientistas e médicos. Onde não há nenhum tipo de previsão de assistência jurídica para pessoas com o HIV, tendo o Grupo pela VIDDA no seu departamento jurídico que atender centenas de pessoas para encaminhar problemas básicos de direitos adquiridos pela população há décadas, pelo menos no papel, sobretudo ligados a questões trabalhistas. Onde, por ser a cidadania considerada um luxo, o portador do vírus é condenado de uma forma silente à morte civil, com a cumplicidade gentil das autoridades governamentais. Onde autoridades de saúde declaram em jornal que não se deve comprar AZT para doentes internados em hospitais públicos, porque “eles vão morrer de toda a forma”.

Mas aqui é também onde milhares de pessoas se mobilizam, de uma forma heróica, através de organizações comunitárias sem recursos e sem apoios, para que tudo não seja apenas o rol do desespero. Não faço só o testamento da dor nem só o da compaixão. Devo falar, ao falar dos que resistem, do inventário da rebelião da dignidade, devo falar que toda sucessão de calamidades arma o esboço de uma estratégia da solidariedade. O mundo é em toda a parte. E o mundo melhor é a parte melhor que criaremos de dentro dos nossos peitos fazendo nossos braços de raízes.

Vivemos e aprendemos com a AIDS, com a aids. Podemos contaminar cada condado do planeta com a mais radical e inevitável das epidemias que a humanidade conhece: a *vida*. Esperemos que seja este: o grande impacto econômico que provoquemos, para que no próximo século não se lembrem de nós apenas como contemporâneos da infâmia, mas como precursores de uma paisagem humana onde a condição humana não seja só o florescimento do absurdo. Há ainda milhões de estrelas da carne para surpreender os mais cósmicos momentos de amor.

VIVA A VIDA!

40 *Jornal do Brasil*, 7 de agosto de 1990.

O AMERICANO QUANDO CAI NO SAMBA OU A CULTURA SEXUAL BRASILEIRA E A AIDS*

RICHARD PARKER

* Publicado originalmente no *Medical Anthropological Quarterly –International Journal for the Cultural and Social Analysis of Health*, New Series, vol. 1, Nº 2, junho/1987, pp. 155-175. Em suas diferentes fases, a pesquisa de campo realizada no Brasil foi possível graças ao auxílio da *Tinker Foundation* e do *Center for Latin American Studies*, da Universidade da Califórnia (Berkeley), do seu Departamento de Antropologia e da Divisão de Pós-Graduação e, finalmente, da *Fulbright Foundation* e a *Wenner-Gren Foundations for Anthropological Research*. Agradecemos à *American Anthropological Association* por nos ter permitido reproduzir este artigo em sua versão em português. Tradução: Gerson Noronha Filho. Revisão: Sérgio Carrara.



Desde sua classificação original como doença específica ou conjunto de doenças interrelacionadas, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiu como um problema importante a ser enfrentado pela comunidade internacional⁴¹. Apesar dos significativos avanços que, nos últimos anos, ocorreram em torno da identificação dos anticorpos do Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e de outros aspectos fisiológicos da AIDS, o perfil epidemiológico da doença ainda permanece relativamente obscuro. A maioria das pesquisas está concentrada nos Estados Unidos e Europa Ocidental, dando-se pouca atenção às diferenças culturais que podem influenciar os padrões de distribuição da doença. Mesmo quando se pretende utilizar uma perspectiva transcultural, geralmente não se consegue levar em consideração as práticas culturais concretas que afetam a expansão da AIDS⁴².

A importância do desenvolvimento de uma abordagem transcultural, mais refinada em relação à AIDS, vem tornando-se progressivamente evidente, uma vez que a doença tem sido detectada em um número crescente de grupos sociais diferenciados. Embora tivesse sido originalmente descrita como um tipo de “câncer homossexual” ou de “peste homossexual”, encarada como algo restrito às populações homossexuais dos centros urbanos dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, a síndrome se manifesta hoje em um leque muito amplo de situações. Ultimamente, ocorrências na África Central, Haiti, e imigrantes haitianos nos Estados Unidos e entre heterossexuais puseram em cheque e finalmente desfizeram a exclusiva associação da doença com a homossexualidade⁴³.

41 *Cindy Patton, Sex and Germs: the politics of AIDS, Boston, South End Press, 1985.*

42 *Idem*, pp. 37-48.

43 A transmissão do HIV se dá através da troca de líquidos corporais, particularmente através do sangue. A troca de líquidos humanos durante o ato sexual é apenas uma dentre as principais causas de propagação da AIDS. Outras formas de transmissão,

Na verdade, à época da Conferência Internacional sobre AIDS, realizada em Atlanta, Geórgia, em abril de 1985, dois modelos diferentes de disseminação da doença foram propostos: de um lado, um modelo de transmissão da AIDS centrado no contato homossexual ou bissexual; e, de outro, um modelo que enfatizava a transmissão heterossexual em quase 18 regiões diferentes da África, especialmente em Zâmbia, Zaire, Uganda, Ruanda, Burundi e no noroeste da Tanzânia⁴⁴. Cada um desses modelos de transmissão está baseado em certos pressupostos culturais, em especial naqueles relacionados à natureza da vida sexual. Como os meus dados do Brasil vão sugerir, estes pressupostos podem ter limitado nosso conhecimento da própria doença, distorcendo nossa compreensão sobre a sua transmissão e, o que é mais importante, obscurecendo em parte a percepção das consequências potencialmente mais graves da AIDS, tanto nos Estados Unidos como em outros países.

AIDS NO BRASIL

Recentemente, um alarmante número de casos de AIDS tem sido registrado no Brasil⁴⁵. Até há algum tempo, pouca atenção era dispensada à AIDS neste país – fato que não surpreende, pois não havia nenhum caso confirmado antes de 1983, quando a doença já alcançara proporções quase epidêmicas nos

como as transfusões de sangue contaminadas com o vírus, têm ocorrido em escala mundial. Entretanto, sendo o meio de transmissão mais comum e cercado de preconceitos, a relação sexual tem dominado a atenção dos pesquisadores de todos os países e o Brasil não constitui exceção. Apesar de também enfatizar aqui a relação entre a sexualidade e a doença, não pretendi subestimar a importância de outras formas de contaminação.

44 Cindy Patton, *op. cit.*, e “Africa in the Plague Years”, in *Newsweek*, 24 de novembro, pp. 44-47, 1986.

45 Conforme Alan Riding “Fright Grips Brazil as AIDS Cases Suddenly Rise”, *New York Times*, 25 de agosto: 4, 1985; Geri Smith, “Freewheeling Rio Panics Over Spread of AIDS”, *San Francisco Chronicle*, 26 de outubro de 1985; e João Silvério Trevisan, *Devasso no Paraíso: a Homossexualidade no Brasil, da Colônia à Atualidade*, São Paulo, Max Limonad, 1986.

Estados Unidos e na Europa. Até então, influenciados pela mídia local, muitos brasileiros viam a AIDS como uma doença rara que afetava apenas a saúde da população homossexual abastada dos Estados Unidos⁴⁶.

Entretanto este ponto de vista mudou radicalmente em junho de 1983, com a morte de um dos mais importantes costureiros de moda do Brasil. Os meios de comunicação não só exploraram bastante o fato do costureiro ter somente 31 anos de idade quando morreu, mas, principalmente, o de ter morto de AIDS. A partir daí, a AIDS começou a penetrar na consciência brasileira de maneira nova – cada vez menos distante, cada vez mais próxima de casa. Semanas após a morte do costureiro, dois novos casos foram notificados também no estado de São Paulo, e, passado um mês, cinco novos casos eram conhecidos, elevando-se para três o número de mortos.

Mais tarde, depois de rever informações sobre algumas mortes com causas ignoradas ocorridas anteriormente, a comunidade médica brasileira concluiu que, provavelmente, a AIDS começou a fazer vítimas no país já em 1982. À primeira vista, todas as vítimas – uniformemente classificadas de “homossexuais” – tinham estado em Nova York antes de apresentarem os primeiros sintomas da doença, o que levava à conclusão de que o vírus tinha sido introduzido no Brasil a partir desta cidade⁴⁷.

Em outubro de 1983, 13 casos de AIDS com nove mortes tinham sido confirmados em São Paulo e novos casos começa também a aparecer em outros estados. No decorrer do ano seguinte, a situação agravou-se, e, em abril de 1984, 43 casos e 20 mortes já haviam sido confirmados apenas em São Paulo e por volta de 70 casos já tinham sido identificados em todo o país. Novamente, a grande maioria dos doentes era constituída por homossexuais. Nessa época, entre as vítimas, também se incluíam pelo menos sete homens “bissexuais” e duas mulheres “heterossexuais”. No início de 85, um novo caso de AIDS, no mínimo, era registrado a cada dia, e quatro mortes atribuídas à doença ocorriam por semana. A grande maioria das vítimas morava nas regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro e registrava-se ao menos um caso para cada estado. Em um

46 João Silvério Trevisan, *op. cit.*, pp. 248-249.

47 *Idem*, pp. 249-250.

período de apenas dois meses do ano de 1985, registravam-se mais vítimas que em todo o ano de 83. Qualquer que fosse sua origem, a doença já não podia mais ser considerada simplesmente uma importação estrangeira – ela deitara firmemente suas raízes no Brasil⁴⁸.

Em 1985, com 462 casos e 224 mortes confirmadas⁴⁹, o Brasil alcançava o quarto lugar (superado apenas pelos Estados Unidos, França e Haiti) na lista das nações com maior número de casos de AIDS. A doença começou então a ser reconhecida como um importante problema de saúde pública. No entanto, a comunidade internacional vem dando pouca atenção a estes desenvolvimentos, apesar de a situação continuar a piorar consideravelmente no país. Em julho de 86, o número de casos subia a 790 e o número de mortes a 406, colocando o Brasil à frente do Haiti e da França, situando-o em segundo lugar entre os países de maior incidência, superado apenas pelos Estados Unidos, com o maior número de casos de AIDS fora da África⁵⁰, ⁵¹. A situação é realmente séria e as próprias estatísticas oficiais tendem a minimizar a real incidência do vírus na população brasileira. Como o Haiti ou as nações africanas, o Brasil é um país tropical e há tempos seus cidadãos estão familiarizados com uma gama variada de doenças endêmicas, cujos sintomas têm muita semelhança com os da AIDS. As dificuldades econômicas frequentemente limitam a possibilidade de os doentes terem acesso a consultas médicas profissionais e mesmo aqueles que procuram esse tipo de ajuda podem ser diagnosticados erroneamente. Por outro lado, apesar dos consideráveis avanços da qualidade geral dos serviços médicos disponíveis no Brasil ocorridos nas últimas décadas, os sérios problemas econômicos atu-

48 *Idem*, pp. 251-252.

49 Conforme Geri Smith, *op. cit.*; João Silvério Trevisan, *op. cit.*, pp. 252.

50 Simone Sales, “Verbas para AIDS Não Acompanham a Incidência”, *Jornal do Brasil*, 24 de junho de 1988.

51 Por várias razões, entre as quais temos desde preocupações políticas até recursos insuficientes para pesquisas e dificuldades de coleta de dados confiáveis, as estatísticas sobre a AIDS na África são extremamente raras. As nações africanas não são assim normalmente incluídas nas tabelas internacionais de prevalência da doença e sua inclusão mudaria o panorama das atuais estatísticas. Para uma discussão jornalística sobre o impacto das AIDS na África e também sobre as dificuldades da coleta de informações estatísticas naquele continente, ver, por exemplo, a matéria já citada de *Newsweek*.

almente enfrentados pela nação têm obstado, indiscutivelmente, o desenvolvimento de uma infra-estrutura capaz de fazer face aos principais problemas de saúde pública existentes. Tomados em conjunto, todos esses fatores aumentam ainda mais o perigo latente de uma epidemia de AIDS no país.

Além das condições materiais adversas que exacerbam o problema, uma dificuldade adicional repousa no próprio modelo conceitual de que lançam mão os pesquisadores de AIDS e a sociedade brasileira como um todo para compreender e responder à expansão da doença. Constituído a partir de dados provenientes dos Estados Unidos e Europa Ocidental, este modelo privilegia a aparente transmissão homossexual e bissexual da AIDS. E, como a grande maioria dos casos de AIDS notificados no Brasil até agora pode ser associada de uma ou de outra forma às mesmas práticas sexuais, a confiança depositada neste modelo não causa nenhum espanto. No entanto, o pressuposto subjacente a tal modelo de compreensão da doença é o de que as práticas sexuais em questão são constantes transculturalmente, não sendo o comportamento sexual afetado pelo contexto sócio-cultural específico no qual se insere. Dado este pressuposto, a epidemiologia da AIDS tem sido encarada no Brasil como extensão do mesmo problema que já vem sendo enfrentado nos Estados Unidos e na Europa, frente ao qual as mesmas medidas de saúde pública são relevantes. Embora não explicitamente, a situação brasileira tem sido aproximada às mais bem conhecidas dos Estados Unidos e da Europa, tornando-se apenas mais um exemplo para a confirmação dos supostos dominantes em relação à transmissão da AIDS. Mas o nó da questão reside justamente no fato de a natureza da relação entre sexualidade e AIDS no Brasil ser pensada como estabelecida *a priori*, em vez de ser cuidadosamente examinada. É justamente em torno da questão da vida sexual e de sua relação com a AIDS que a minha pesquisa etnográfica sobre o Brasil talvez possa oferecer algumas contribuições.

Desde 1982, engajei-me num estudo relativo à ideologia sexual e à construção sócio-cultural, por todo o país, dos significados pertinentes à esfera sexual. O perfil deste projeto começou a ser constituído durante uma pesquisa de campo preliminar que realizei no Brasil entre julho e agosto de 1982, quando estive no Rio de Janeiro para estudar português e negociar a realização de um trabalho de campo mais extenso para o ano seguinte. Um pouco por acaso,

acabei residindo em uma região decadente do centro do Rio, local de prostituição das classes sociais mais baixas. Apesar das relações limitadas que pude estabelecer com os informantes nesse curto período (em sua maioria pessoas jovens cuja idade variava em torno dos 20 anos e que me ajudavam a aprender a língua), foi possível realizar algumas investigações sobre a natureza desse sub-mundo e confirmar a impressão de que ele era, de muitas maneiras, significativamente diferente de qualquer coisa comparável em minha própria sociedade.

Retornei ao Rio para uma estada mais prolongada em agosto de 1983. Embora minha intenção inicial não fosse fazer um estudo sobre sexualidade, mas sim uma investigação político-histórica sobre o carnaval brasileiro, fui impelido, quase inevitavelmente, a observar e a debruçar-me sobre a questão da vida sexual no Brasil. O caráter central dos significados próprios ao domínio da sexualidade no simbolismo presente no carnaval não podia ser ignorado. Na verdade, o estudo do carnaval tornou-se rapidamente apenas parte de uma investigação muito mais abrangente sobre a construção sócio-cultural da ideologia sexual no Brasil urbano. Esta mudança no foco da pesquisa não foi possível comente graças às ligações lógicas entre os dois assuntos – carnaval e sexualidade –, mas também graças às redes de informantes que eu começava a articular. Durante os dois primeiros meses de minha estada, vivi no Catete, bairro de classe média e média-baixa situado logo no sul do centro do Rio de Janeiro. Depois, transferi-me para um pequeno apartamento na área mais próspera de Copacabana. Eu não focalizava minha atenção na vida de qualquer comunidade ou bairro, ao contrário, concentrava esforços em fazer contatos com homens e mulheres ativamente envolvidos na preparação do carnaval. Preocupado com a muito mais complexa rede de relações sociais ligada ao carnaval, entrei em contato com uma variedade muito ampla de pessoas, com favelados e outros membros das classes baixas, como representantes das classes média e média-baixa, e até mesmo com uns poucos ricos, tanto homens quanto mulheres, por todo o Rio.

Ao menos inicialmente, essas pessoas foram meus principais informantes tanto sobre assuntos relativos ao carnaval quanto sobre a conformação da cultura sexual brasileira. Entre novembro de 1983 e março de 1984, entrevistei formal e informalmente homens e mulheres que encontrava através

dessas redes de relações, procurando desvelar menos os pormenores de suas próprias vidas sexuais do que a compreensão que tinham e as interpretações que faziam sobre a vida sexual brasileira de um modo geral. Durante este período, meus informantes estavam igualmente distribuídos ao longo das divisões impostas pelos papéis de gênero. Entre eles estavam representados, se não todos, grande parte dos subtipos sexuais que podemos reconhecer em nossa própria tradição americana: prostitutas, prostitutas e seus clientes, lésbicas e homossexuais masculinos assumidos, bissexuais masculinos e femininos, heterossexuais solteiros ou casados com ou sem filhos e assim por diante. Meus informantes também tendiam a ser relativamente jovens, a maioria entre 18 e 40 anos de idade. Meu trabalho era inteiramente qualitativo e não fiz qualquer esforço para coletar informações estatísticas detalhadas ou proceder a inquéritos quantitativos. Na verdade, dada a natureza “delicada” do problema sobre o qual me debruçava, não tinha dúvida quanto ao fato de os *insights* que pudesse obter, quaisquer que fossem, dependerem em larga medida da qualidade das relações estabelecidas com meus informantes – ou seja, da amizade e da confiança mútua existentes entre nós, como acontece, aliás, em qualquer trabalho etnográfico.

Já em março de 1984, esses variados contatos feitos na região metropolitana do Rio permitiam-me ter uma noção preliminar da vida sexual como parece se desenvolver aí e dos efeitos provocados pelas variações de *status* e de classe social. Tentando alargar esta visão em alguns pontos, fiz curtas viagens a São Paulo, Brasília, Salvador, Maceió, Recife e interior da Paraíba, onde pude passar um certo período com parentes de alguns dos meus informantes do Rio. Entre março e julho de 1984, dividi meu tempo e minhas atividades entre a base no Rio e uma comunidade predominante de classe baixa, situada nos arredores de Petrópolis (uma pequena cidade do estado do Rio de Janeiro), onde vivi com a família de um dos meus informantes cariocas mais próximos. Em Petrópolis, no contexto de uma comunidade mais claramente delimitada, meus amigos e informantes variavam desde crianças de nove ou 10 anos até pessoas idosas nos seus 60 e 70 anos. Pude assim ter uma visão da vida familiar brasileira muito mais íntima e detalhada do que de qualquer outra coisa a que então me expusera no Rio de Janeiro.

Através desses diversos contatos, foi possível o exame dos, às vezes, contraditórios padrões culturais – das estruturas ideológicas e do sistema de valores – que operam atualmente na construção do universo sexual brasileiro. Procurei então delinear as regras que organizam a vida sexual nessa sociedade. Culturalmente estabelecidas, às vezes inconscientes, tais regras subjacentes operam como uma gramática cultural, em relação à qual a maioria dos brasileiros (e especialmente os brasileiros urbanos) são mais ou menos competentes e que os orientam em suas próprias *performances* singulares.

Durante o trabalho de campo realizado entre 1983 e 1984, os primeiros casos de AIDS acabavam de ser notificados no país, e em julho e agosto de 1986 retornei ao Rio e a Petrópolis para estudar especificamente o problema. Foi então que me convenci de que era necessário conhecer a construção sócio-cultural da vida sexual no Brasil para compreender o perfil epidemiológico da AIDS neste país e para sugerir medidas efetivas de combate à doença.

Antes de adentrar na discussão sobre a cultura sexual brasileira, devo prefaciá-la com uma palavra de cautela. Caracterizar a ideologia sexual de um país, especialmente de um país com tantas diversidades como o Brasil, é uma tarefa que não pode ser definitiva e completamente levada a cabo através de pesquisas etnográficas. É importante ressaltar, no entanto, a considerável preocupação dos próprios intelectuais brasileiros com a caracterização de sua sexualidade e até mesmo da visão de mundo presentes em sua sociedade como um todo. Na verdade, a relação entre sexualidade e “brasilidade” tem sido tema de muitos textos clássicos de história cultural brasileira⁵². A partir de uma perspectiva mais científica⁵³, vários trabalhos mais recentes também abordam o comportamento sexual dos brasileiros, embora nenhum deles seja comparável – mesmo remotamente – ao trabalho estatístico de Kinsey e de seus colegas.

52 Para isso, ver: Mário de Andrade, *Macunaima*, Belo Horizonte, Itatiaia, 1983; Paulo Prado, *Retrato do Brasil*, Rio de Janeiro, F. Briguiet & Cia., 1931; Gilberto Freyre, *Casa Grande & Senzala*, Rio de Janeiro, Livraria José Olympio, 1983; e também Charles Wagley, *An Introduction to Brazil*, New York, Columbia University Press, 1971.

53 Delcio Monteiro de Lima, *Comportamento Sexual do Brasileiro*, Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1978; Antonio Leal de Santa Inez, *Hábitos e Atitudes Sexuais dos Brasileiros*, São Paulo, Cultrix, 1983; Naumi A. de Vasconcelos, *Resposta Sexual Brasileira*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1972.

Talvez o mais influente exame da questão sexual realizado nos últimos anos (ao menos entre os intelectuais) seja o trabalho de Marilena Chauí⁵⁴ que, apoiada em uma teoria crítica aurida da análise dos trabalhos de Freud, Marcuse, Foucault e de outros europeus, coloca a existência de uma sexualidade brasileira específica como problema ainda em aberto. Em resumo, apesar de considerar o mapeamento de uma ideologia sexual no nível de um estado nacional – em oposição ao trabalho com segmentos sociais mais circunscritos – uma tarefa difícil e temerária, é importante lembrar que, para os próprios intelectuais brasileiros, a questão não é apenas legítima, mas de fundamental importância.

A CULTURA SEXUAL BRASILEIRA

CLASSIFICAÇÕES DOS PAPEIS

Obviamente, as principais categorias que dominam a discussão internacional sobre AIDS – *heterossexualidade*, *homossexualidade*, *bissexualidade* – também estão presentes na cultura brasileira. Como na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, tais categorias possuem uma história ligada à emergência das ciências médicas modernas. Introduzido na cultura brasileira apenas em meados do século XX, através dos médicos higienistas e psicanalistas influenciados pelo desenvolvimento da psicologia e sexologia européias, este novo sistema de classificação sexual disseminou-se mais amplamente em anos recentes, através do rádio, da televisão e da imprensa escrita. Permanece, apesar disso, um discurso de elite que, até hoje, encontra penetração limitada nas camadas populares⁵⁵.

54 Marilena Chauí, *Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida*, São Paulo, Brasiliense, 1984.

55 Conforme Peter Fry, “Da Hierarquia à Igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil”, in *Para Inglês Ver: Identidade e Política na Cultura Brasileira*, Rio de Janeiro, Zahar, 1982; e Richard Parker, *The Body and the Self: aspects of male sexual ideology in Brazil*, trabalho apresentado na 83ª Reunião Anual da American Anthropological Association, Denver, Colorado, 1984; e do mesmo autor, “Masculinity, Femininity and Homosexuality: on the anthropological interpretations of sexual

Se as categorias de *heterossexualidade* e *homossexualidade* somente aos poucos começam a fazer parte da vida brasileira, a noção de uma *identidade homossexual* ou de uma *comunidade homossexual* específica – um *gay ghetto* (configuração social considerada central em relação às primeiras manifestações da AIDS na Europa e nos Estados Unidos) – é também parcialmente estranha à situação brasileira. Algo que poderíamos descrever um tanto arbitrariamente como uma “comunidade gay” apenas estabeleceu-se, como veremos, nos maiores e mais modernos centros urbanos do Sudeste do país⁵⁶. Entretanto, é preciso reconhecer que sua forma e estrutura apresentam diferenças significativas se comparadas a grupos europeus e norte-americanos similares. Assim como a classificação sexual importada pelos médicos, a “comunidade gay” assumiu no Brasil características um tanto distintas em resposta ao contexto sócio-cultural particular no qual se inseriu.

A estrutura da vida sexual brasileira tem sido tradicionalmente concebida nos termos de um modelo centrado na relação entre práticas sexuais e papéis do gênero, ou seja, na polaridade entre a *atividade* masculina e a *passividade* feminina, elementos fundamentais no ordenamento do universo sexual do brasileiro. É através das fronteiras impostas pela oposição atividade \times passividade que as distinções entre macho e fêmea, masculinidade e feminilidade, etc. têm sido tradicionalmente organizadas no Brasil. Na vida diária, tais concepções são predominantemente construídas de modo informal, ou seja, não são produtos de uma reflexão consciente, mas sim da linguagem popular, utilizada cotidianamente pelos brasileiros para classificar suas práticas sexuais específicas ou para falar delas.

O perfil dessa configuração cultural emerge claramente na linguagem com a qual os brasileiros descrevem suas relações sexuais e, principalmente,

meanings in Brazil”, *Journal of Homosexuality* 11 (3/4): 155-163, 1985.

56 Conforme Dennis Altman, “Down Rio Way”, *Christopher Street* 4(8): 22-27, 1980; Peter Fry e Edward MacRae, *O Que é Homossexualidade*, São Paulo, Brasiliense, 1983; Edward MacRae, “Os Respeitáveis Militantes e as Bichas Loucas”, in Alexandre Eulálio et al. (eds.) *Caminhos Cruzados: linguagem, antropologia e ciências naturais*, São Paulo, Brasiliense, 1982, pp. 99-111; Richard Parker, “Masculinity, Femininity and Homosexuality: on the anthropological interpretations of sexual meanings in Brazil”, *op. cit.*, e João Silvério Trevisan, *Devassos no Paraíso: a Homossexualidade no Brasil, da Colônia à Atualidade*, *op. cit.*

na utilização dos verbos *comer* e *dar* enquanto metáforas relativas às formas de interação sexual.

Comer descreve o ato de penetração durante a relação sexual. Usado numa variedade de contextos enquanto sinônimo de verbos como *vencer* e *possuir*, comer implica claramente uma forma de dominação simbólica comparável à que está em jogo na prática sexual. Em contraste, *dar* descreve o papel de ser penetrado, tanto no coito vaginal quanto no coito anal. *Comer* sugere um ato de dominação, *dar* implica alguma forma de submissão ou subjugação.

Apoiando-se em tais metáforas, base para a construção de um conjunto de categorias classificatórias, o universo sexual em questão pôde ser estruturado sobre linhas demarcatórias bem diferentes da clássica distinção entre *homossexualidade* e *heterossexualidade*. Pois, no Brasil, existem aqueles que *comem*, consumindo simbolicamente seus parceiros ao assumirem o papel ativo durante a relação sexual, e aqueles que *dão*, oferecendo-se passivamente para serem penetrados e possuídos por seus parceiros ativos. No interior deste sistema de classificação, está o primeiro grupo que a cultura brasileira define – dada a sua ativa e fálica dominação – como *homens*⁵⁷.

Se essa primeira categoria parece ser mais bem circunscrita, o segundo grupo, os que *dão*, é menos rígido ao incluir não só “mulheres” mas uma terceira figura conhecida como *veado* ou *bicha* (literalmente “verme”, parasita intestinal, mas também a forma feminina de “bicho”, animal, frequentemente explicada por informantes como “animal feminino”), termos que poderiam talvez ser traduzidos na língua inglesa por *queen* ou *faggot*⁵⁸. Embora anatomicamen-

57 Peter Fry, “Da Hierarquia à Igualdade”, op. cit.; Peter Fry e Edward Mackae, *O Que é Homossexualidade*, op. cit.; Michel Misse, *O Estigma do Passivo Sexual: um símbolo de estigma no discurso cotidiano*, Rio de Janeiro, Achiarné, 1981; e, finalmente, Richard Parker, *The Body and the Self*, op. cit., e do mesmo autor “Masculinity, Femininity and Homosexuality”, op. cit.

58 Há, de fato, uma grande variação histórica e regional de terminologia, mas rótulos como *veado* ou *bicha* foram os termos mais utilizados por meus informantes em campo. As razões dessa escolha variam. A fragilidade do veado e em mais de uma circunstância, a criação de Walt Disney, *Bambi*, foram frequentemente citados pelos informantes para justificar a escolha do termo veado. A importância da efeminação também foi citada na definição do termo *bicha* e foi possível notar que a maioria dos informantes o explicava como algo que significava uma espécie de indeterminado e,

te masculinos do ponto de vista biológico, o *veado* ou *bicha* é associado à *mulher* enquanto papel social. Tendo adotado urna posição fundamentalmente passiva, feminina, penetrado durante urna relação sexual anal entre homens, o *veado* ou *bicha* toma-se uma espécie de equivalente simbólico da fêmea biológica. Simbolicamente, mesmo sendo um tipo de mulher, o *veado* ou *bicha* permanece, ao menos nos termos da concepção popular, como um fracasso dos pontos de vista social e biológico: não é um *homem*, por seu inaceitável comportamento feminino, mas é igualmente incapaz de exercer plenamente o papel de *mulher* devido à sua anatomia^{59, 60}.

As distinções valorativas que estão implícitas neste conjunto de categorias classificatórias populares figuram em firme contraste frente às noções médico-científicas de *homossexualidade* e *heterossexualidade*. Ora, embora o *veado* ou *bicha* seja clara e seriamente estigmatizado do ponto de vista social, o mesmo não parece ocorrer com seus parceiros sexuais. No interior desse sistema popular de classificação sexual é, ao menos potencialmente, possível para um *homem* manter relações sexuais não apenas com mulheres, mas também com indivíduos biologicamente masculinos (o *veado* ou a *bicha*) sem sacrifício de sua identidade de homem. Dada precisamente a preservação de sua dominância fálica ao assumir o papel ativo na “performance” sexual, a masculinidade do homem nunca é fundamentalmente posta em questão, qualquer que seja o sexo biológico de seus parceiros. Sob a condição de não alardear suas conquistas em

portanto, fundamentalmente anômalo animal feminino. Afinal um informante sugeriu a derivação do termo francês *biche* ou *doe* relacionando assim claramente a noção de *veado* e anima feminino

59 Conforme Dennis Altman, “Down Rio Way”, *op. cit.*; Peter Fry, “Male Homosexuality and Spirit Possession in Brazil”, *Journal of Homosexuality* 11 (13/4): 137-153 1985; Richard Parker, “Masculinity, Femininity and Homosexuality”, *op. cit.*; e finalmente Alan Young, “Gay Gringo in Brazil” *in* Len Richmond and Gary Noguera (eds.) *The Gay Liberation Book*, San Francisco, Rampants Press, 1973, pp. 60-67.

60 A ênfase na distinção entre atividade e passividade na estrutura de relações entre pessoas do mesmo sexo é bastante difundida. Para noções semelhantes em outras partes da América Latina, ver, entre outros, Joseph M. Carrier, “Mexican Male Bisexuality”, *Journal of Homosexuality* 11 (1/2): 75:85, 1985; Roger N. Lancaster, Comment on Anguelles and Richs “Homosexuality, Homophobia and Revolution: notes toward and understanding on the Cuban lesbian and gay male experience, part II”, *Signs* 12: 188-192, 1986; e Clark L. Taylor, “Mexican Male Homosexual Interaction in Public Contexts”, *Journal of Homosexuality* 11 (3/4): 117-136. 1985.

relação a outros homens, o homem está dentro do contexto desse sistema razoavelmente livre para, sem medo de ser vítima de severa sanção social, manter ocasionalmente e mesmo frequentemente contatos sexuais tanto com mulheres quanto com homens^{61,62}.

O mais surpreendente nessa configuração talvez seja a fluidez do desejo sexual que ela sugere⁶³. Enquanto o sistema médico-científico de classificação sexual postula uma correspondência direta entre desejo, prática e identidade, o modelo popular parece colocar em jogo uma relação muito mais flexível entre estes componentes da vida sexual de cada um de nós.

É em larga medida devido ao profundo contraste existente entre o modelo popular brasileiro e o médico-científico que o último tem sua influência limitada nos horizontes da cultura sexual brasileira. Sua presença pode ser percebida quase exclusivamente nas classes média e alta das cidades maiores e mais modernas. Embora a nova terminologia tenha sido amplamente difundida graças à mídia, ela permanece, no melhor dos casos, superposta às crenças populares mais antigas e não parece exercer qualquer influência na vida dos brasileiros fora dos principais centros urbanos⁶⁴. Mesmo onde o modelo médico-científico teve algum impacto, nas cidades e entre as elites, ele é frequentemente reinterpretado nos termos dos conceitos populares tradicionais, com sua ênfase não na escolha de objeto sexual, como é o caso das categorias de homossexualidade e heterossexualidade, mas em relação à *atividade* e *passividade*. Assim, no pensamento popular, a categoria dos *homossexuais* acaba

61 Conforme Peter Fry, “Da Hierarquia à Igualdade”, *op. cit.*; e, do mesmo autor, a já citada “Male Homosexuality and Spirit Possession”; Peter Fry e Edward MacRae, *O Que é Homossexualidade*, *op. cit.*; e ainda Richard Parker, *The Body and the Self* e “Masculinity, Femininity and Homosexuality”, *op. cit.*

62 Suspeito que o fato de os homens não serem menos discretos em relação às suas experiências com *veados* deve-se em larga medida à presença constante do código moral católico que – tão frouxo quanto possa parecer no Brasil – ainda condena explicitamente os atos de sodomia.

63 Para uma oportuna discussão sobre a noção de “fluidez” aplicada à identidade sexual, ver Gilbert H. Herdt, “A Comment on Cultural Attributes and Fluidity of Bisexuality”, *Journal of Homosexuality* 10 (3/4): 53-61, 1984.

64 Conforme Peter Fry, “Da Hierarquia à Igualdade”, *op. cit.*, e Richard Parker, *Masculinity, Femininity and Homosexuality*, *op. cit.*

sendo reservada para os parceiros “passivos”, enquanto a classificação reservada aos parceiros que desempenham o papel “ativo” na relação permanece mais obscura e ambígua.

No entanto, se a influência do sistema médico-científico de classificação sexual é limitada, ela não é inteiramente ausente. Em alguns momentos, é justamente este modelo que estrutura a maneira pela qual uma gama de instituições sociais – polícia, corporações militares ou médicas – classifica as relações sexuais entre indivíduos do mesmo sexo⁶⁵. Ele parece também ter tido, no Brasil, um papel importante para acelerar, em finais dos anos 60 e nos anos 70, não só o desenvolvimento de algo semelhante a uma *identidade homossexual*, principalmente entre membros da classe média, mas também da gradual construção de uma *comunidade gay* modelada nas emergentes subculturas gays do hemisfério norte⁶⁶. Embora os próprios brasileiros os relacionem às transformações históricas ainda em andamento fora de seu país, tais desenvolvimentos continuam a responder e a refletir a estrutura tradicional de relações sexuais no Brasil, e só podem ser plenamente compreendidos em relação a elas.

O resultado da interrelação entre o modelo tradicional e o moderno de comportamento sexual tem sido a constituição, ao menos nas grandes cidades, de uma subcultura de *entendidos* que é aberta, móvel e flexível. Esta subcultura é organizada principalmente em torno dos desejos e das práticas sexuais que têm lugar entre parceiros do mesmo sexo e se realiza em locais típicos de paquera, tais como bares, praias, saunas, boates, etc. O desenvolvimento de uma nova categoria – *entendido* ou *entendida* (no caso das mulheres) – tornou-se central no contexto desta subcultura sexual. Tal categoria não se aplica apenas àqueles indivíduos que adotaram uma identidade estritamente homossexual ou *gay*, próxima dos modelos americano e europeu, considerados mais modernos, mas a qualquer pessoa que seja introduzida ou que tome parte neste

65 Conforme Peter Fry e Edward MacRae, *O Que é Homossexualidade*, *op. cit.*; e João Silvério Trevisan, *Devassos no Paraíso*, *op. cit.*

66 Dennis Altman, “Down Rio Way”, *op. cit.*; Peter Fry, “Da Hierarquia à Igualdade”, I.; Peter Fry e Edward MacRae, *O Que é Homossexualidade*, *op. cit.*; e ainda João Silvério Trevisan, *Devassos no Paraíso*, *op. cit.*

submundo um tanto secreto⁶⁷. Embora alguns *entendidos* optem por “assumir-se” (quase o equivalente à expressão inglesa *coming out*), a maioria não o faz, e a declaração pública de uma identidade homossexual tem se restringido aos membros das classes médias que participam do frágil “movimento homossexual” brasileiro ou “movimento de liberação homossexual”. Até agora, este movimento não conseguiu atingir a vida da maioria dos homens e mulheres que fazem parte desta *subcultura entendida*, ainda fracamente estruturada⁶⁸.

Dentro da subcultura urbana em questão tem ocorrido um processo de reelaboração dos tipos sexuais, baseado principalmente na distinção popular ativo/passivo, mas presente em uma variedade de relações e práticas sexuais entre parceiros do mesmo sexo. Assim, algumas vezes, os *entendidos* opõem-se aos homens, com toda implicação que tenham ou possam ter as interações sexuais mantidas entre eles. A *bicha* tradicional é descrita como o parceiro ativo do ativo *bofe* – homens masculinizados que fazem parte da subcultura dos *entendidos* (equivalente ao que se designa pelo termo *stud*, em inglês). O mesmo tipo de distinções tem sido aplicado para o mundo da prostituição masculina, onde

67 As distinções são aqui difíceis de perceber, pois ambas as categorias de *entendido* e *gay* são ao mesmo tempo semelhantes e diferentes. Tanto Peter Fry quanto eu próprio já tivemos oportunidade de sugerir que a noção de *entendido* pudesse ser equiparada à noção de *gay person* existente no mundo industrializado ocidental. Tal noção, conforme pensávamos, teria sido importada para o Brasil durante os anos 70 por membros das classes médias que adotaram uma “identidade homossexual” modelada a partir do que se desenvolveu entre as comunidades *gay* americanas e européias. Esta impressão é reforçada pelo fato de o termo *gay* (ocasionalmente escrito em português como “guei”) ter sido trazido para o Brasil na mesma época. No entanto, o termo *gay* foi rapidamente reinterpretado. Seu significado distanciou-se dramaticamente do original e o termo passou a ser utilizado freqüentemente para designar os representantes mais efeminados da subcultura homossexual brasileira. *Entendido*, ao contrário, tem sido um referencial mais abrangente. Fry acredita agora que ele era usado bem antes da emergência de uma comunidade *gay* no hemisfério norte para designar qualquer um que conhecesse e tomasse parte em interações sexuais entre pessoas do mesmo sexo e também para designar a subcultura que se organizava em torno de tais interações (comunicação pessoal). Parece-me que *entendido* continua a designar tanto indivíduos que se veem estritamente homossexuais quanto os que não mantêm auto-imagem estritamente homossexual, mas que se engajam vez ou outra em relações sexuais com indivíduos do mesmo sexo.

68 Conforme Daniel Herbert e Leila Miccolis, *Jacarés e Lobisomens: dois ensaios sobre a homossexualidade*, Rio de Janeiro, Achiamé, 1983; Peter Fry e Edward MacRae, *O Que é Homossexualidade*, op. cit.; e João Silvério Trevisan, *Devassos no Paraíso*, op. cit.

uma linha divisória separa o *michê*, estereótipo do homem, e o ambigualmente feminino *travesti*, figuras que comumente deslizam nas sombras das noites cariocas. Na verdade, a mesma dicotomia estrutura a percepção da presença cada vez mais visível dalésbica classificada mais tipicamente como *sapatão* (quase equivalente à noção inglesa de *dyke*, ou *butch dyke*) ou como *sapatilha* (equivalente ao *femme dyke*, em inglês).

Este é o conjunto mais elaborado das personagens que começaram muito recentemente a povoar o drama da vida sexual das subculturas homossexuais na maioria das grandes cidades brasileiras (e crescentemente nas pequenas cidades também). Tal subcultura é caracterizada por sua flexibilidade e sua fluidez. Novas personagens estão constantemente entrando em cena, enquanto outras desaparecem silenciosamente. Além disso, os papéis que os atores desempenham são intercambiáveis devido ao fato de as distinções que parecem organizar a vida dentro dessa subcultura serem passíveis de mudanças e rearranjos. Por um preço justo, qualquer cliente pode conseguir “comer” o *michê*; um homem casado pode “dar” para o *travesti*, ou o *travesti*, por sua vez, pode se ver envolvido numa relação sexual com um *sapatão*. Realmente, para esta subcultura e, creio, para a ideologia sexual brasileira como um todo, é central que as categorias aparentemente mais fixas ou mais absolutas possam sempre ser transformadas e que a rigidez das classificações sexuais pode ser relativizada e até invertida nas práticas eróticas concretas⁶⁹.

PRÁTICAS ERÓTICAS

Assim como é constituída social e culturalmente no Brasil – e, novamente, dentro da linguagem popular em oposição ao discurso de alcance mais restrito das várias elites –, a experiência erótica depende basicamente de dois conjuntos de distinções ou oposições interrelacionadas: a distinção entre *proibição* e *transgressão*, de um lado, e a oposição entre experiência *pública* e *privada*, de

69 Quando falo da “ideologia sexual brasileira” não quero sugerir que a experiência sexual de *todos* os brasileiros seja fundamentalmente a mesma. Meu argumento é que a diversidade sexual é produzida em um contexto ideológico partilhado pela maioria dos brasileiros. Não me ocupo aqui da singularidade e da diversidade: meu interesse recai sobre os padrões culturais mais amplos que literalmente tornam possíveis as singularidades e a diversidade, ajudando a estruturá-las por todo o país.

outro. O fato de certos atos sexuais serem culturalmente definidos como permitidos e outros como proibidos não é uma novidade. Mais difícil de compreender, apesar de crucial, é que, da perspectiva brasileira, a noção mesma de proibição implica na possibilidade de transgressão, que não é menos culturalmente determinada. O abrandamento das normas públicas e opressivas na esfera privada é um fato vital para a compreensão das práticas eróticas no Brasil.

A natureza da distinção entre proibição e transgressão e entre público e privado é capturada com particular acuidade pela linguagem cotidiana ou pela cultura popular. Expressões como “entre quatro paredes tudo pode acontecer” ou “por baixo do pano tudo pode acontecer”, apesar de empregadas em relação a uma variedade de contextos, são percebidas pelos próprios brasileiros como claramente *sexuais* em sua origem. Embora tais expressões estejam sujeitas a uma grande variação quanto às palavras empregadas, o significado subjacente permanece o mesmo: a ideia de que o que se faz “escondido” não tem consequências frente ao mundo exterior.

Ora, “entre quatro paredes”, “debaixo do pano” ou em qualquer outra situação na qual se está “oculto” ou “fantasiado”, torna-se possível encontrar uma liberdade de expressão sexual que seria explicitamente proibida “lá fora”, no mundo público. Na liberdade da vida privada, nesses momentos de invisibilidade social, o brasileiro sugere que tudo pode acontecer, tudo é possível. E o conceito de “tudo” é central nesse contexto, talvez seja mesmo o elemento revelador capaz de nos abrir as portas àquilo que os brasileiros chamam de “sacanagem”⁷⁰. Muito próximo das concepções populares sobre os papéis sexuais – e que, ao que parece, não respeita distinções regionais ou de classe social –, o conceito de “sacanagem” é uma categoria cultural extremamente complexa, não encontrando facilmente um termo que lhe corresponda em inglês⁷¹. No

70 Robert Da Matta, “Para uma Teoria da Sacanagem: uma reflexão sobre a obra de Carlos Zéfiro”, Joaquim Marinho (ed.), Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983, pp. 22-39.

71 *Sacanagem* possui uma variedade de significados que parecem distanciar-se de suas conotações sexuais, mas que, de fato, ligam-se a um tema único. *Sacanagem* pode se referir, por exemplo, à experiência de pequenas injustiças – como a que nos referimos em inglês quando dizemos ter sido “screwed over” ou “fucked over” por alguém em alguma coisa. *Sacanagem* pode ainda ter o significado mais suave de ser importunado de brincadeira por um amigo. Em qualquer dessas situações, assim como em situações onde o significado referido é claramente sexual, *sacanagem* tem algo da ordem da

contexto em que nos movemos, ele poderia ser grosseiramente descrito como a categoria popular com a qual os brasileiros rotulam o universo da experiência erótica. Nesse universo, centrado nas significações pertinentes à vida privada, as práticas sexuais deixam de ser apenas expressão de um sistema de classificação sexual, baseado na polaridade atividade/passividade ou na escolha do objeto sexual, para se constituírem num fim em si mesmas. O significado das práticas sexuais não está aqui centrado na identidade individual ou em alguma verdade interior do eu sexual, mas sobre o *tesão* e o *prazer*. É ao “fazer tudo” (e mais precisamente aquilo que o mundo público proíbe com maior rigor) que se incorpora de forma acabada o ideal erótico da sacanagem.

A atenção colocada na realização de um prazer momentâneo reforça a fluidez do desejo sexual, que parece ser tão evidente na classificação dos papéis sexuais e na construção das práticas homossexuais. A ênfase no “fazer tudo” enquanto algo fundamental para a realização tanto do *tesão* quanto do *prazer*, tem por consequência a ênfase na maior ampliação possível do repertório de práticas sexuais de cada um. Assim, formas elaboradas e variadas de jogos sexuais – com uma grande ênfase no sexo oral e, especialmente, no coito anal – têm lugar privilegiado ao lado do coito vaginal no *script* cultural básico das interações eróticas⁷². O processo de aprendizado do *script* para uma variedade de práticas sexuais é evidente na exploração sexual de crianças e adolescentes. É o caso, por exemplo, do jogo do “troca-troca” onde adolescentes intercambiam posições, cada um inserindo seu pênis no ânus do outro. Além disso, a interação sexual entre adolescentes dos dois sexos comporta uma vasta gama de práticas não-vaginais, particularmente o coito anal, para impedir tanto a gravidez indesejada quanto a ruptura do hímen até hoje um importante signo da pureza sexual de uma mulher jovem⁷³. E também amplamente reconhecido que homens, solteiros ou casados, podem procurar serviços de prostitutas pela razão costum-

rebelião, refere-se a alguma forma de transgressão, uma quebra nas regras do decoro e uma negação de alguma proibição social.

72 Para a ideia de *scripts sexuais*, ver John H. Gagnon e William Simon, *Sexual Conduct: the social sources of human sexuality*; Chicago, Aldine, 1973; e William Simon e John H. Gagnon, “Sexual Scripts”, in *Society* 22 (1): 53-60 1984.

73 Emílio Willems, “The Structure of the Brazilian Family” in *Social Forces* 31 (4): 339-345, 1953.

meiramente alegada de que profissionais pagos podem desempenhar uma variedade de atos sexuais a que uma esposa ou mãe de família poderia se recusar⁷⁴.

Em resumo, esse conjunto de ideias delineia um universo erótico baseado na transgressão das normas públicas através de uma reminiscência brincalhona do carnaval. As transgressões que fazem parte da experiência sexual da adolescência de cada um e as excitações que produzem podem assim ser encontradas de novo e repetidamente durante a vida. Elas minimizam os efeitos das proibições e transformam os prazeres polimorfos, como o sexo oral ou anal, em parte importante das relações sexuais até mesmo entre heterossexuais casados. Estes atos, junto do *tesão* (ou excitação), considerado subjacente a eles, e do *prazer* (ou diversão), entendido como seu objetivo final, são tanto uma construção cultural brasileira da realidade como o é a classificação dos papéis sexuais em homens e mulheres, veados ou bichas, heterossexuais, homossexuais e bissexuais, entendidos, bofes, michês, travestis, sapatões, etc. Estas categorias e a ideologia erótica que venho discutindo proporcionam um referencial que precisa ser considerado para que a epidemiologia da AIDS, ou seu controle efetivo, adquira algum sentido.

PREVENDO O FUTURO E RESPONDENDO À DOENÇA

As categorias e as ideias que, culturalmente, delimitam o atual universo sexual brasileiro não podem, é claro, ser confundidas com o comportamento sexual real, responsável, apesar de tudo, pelo modo através do qual o HIV é com mais frequência transmitido. Enquanto cientistas sociais, reconhecemos frequentemente em nossos trabalhos a grande discrepância e, às vezes, a contradição existente entre as construções ideológicas e o comportamento

74 Sobre a Prostituição no Brasil ver. Guido Fonseca, *História da Prostituição em São Paulo*, São Paulo, Resenha Universitária, 1982; Renan Springer de Freitas, *Bordel, Bordéis: negociando identidades*, Petrópolis, Vozes, 1985; e ainda Maria Dulce Gaspar, *Garotas de Programa: prostituição em Copacabana e identidade social*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985.

observado. Graças ao detalhado trabalho estatístico de Kinsey e seus colegas nos Estados Unidos⁷⁵, a existência dessas discrepâncias foi avaliada com exatidão para a área da atividade sexual⁷⁶. Mas, mesmo entre os seguidores de Kinsey, o interesse pelo comportamento, dominante nas pesquisas sobre a sexualidade dos anos 40 e 50, conduziu à constatação de que a prática sexual, como qualquer comportamento humano, é aprendida dentro da sociedade, ou seja, comportamentos sexuais são também social e culturalmente organizados e prescritos⁷⁷.

Consequentemente, se aceitamos o fato de as configurações culturais examinadas aqui – assim como quaisquer outros sistemas culturais – funcionarem como modelo da e para a realidade, então sua influência na vida de cada um e, particularmente, seu impacto na trajetória da AIDS não devem ser ignorados.

Na verdade, para qualquer indivíduo familiarizado com o perfil epidemiológico da AIDS e com as complexas questões colocadas em torno de sua prevenção e seu tratamento, as consequências das várias dimensões da cultura sexual brasileira sobre a doença são evidentes. Mesmo assim, vale a pena articulá-las tão claramente quanto possível. Irei agora apontar basicamente o impacto potencial dessa configuração ideológica sobre três áreas cruciais e interdependentes de problemas:

75 A. Kinsey et. al, *Sexual Behavior in Human Male*, Philadelphia, W. B. Saunders, 1948; e dos mesmos autores, *Sexual Behavior in Human Female*, Philadelphia, W. B. Saunders, 1953.

76 Como já foi dito, nenhum estudo estatístico sobre práticas sexuais foi feito no Brasil. As poucas tentativas nesse sentido foram implementadas por médicos e cientistas que organizaram seus questionários mediante o modelo médico-científico e não a cultura popular. É o caso, por exemplo, de Antonio Leal de Santa Inez, *Hábitos e Atitudes Sexuais*, *op. cit.*

77 Veja-se em particular John H. Gagnon e William Simon, *Sexual Conduct*, *op. cit.*, que trabalharam no Instituto Kinsey; K. Plummer, *Sexual Stigma: an interactionist account*, London, Routledge & Keagan Paul, 1975; e “Symbolic Interactionism and Sexual Conduct: an emergent perspective” in Mike Brake (ed.) *Human Sexual Relations: towards a redefinition of sexual politics*, New York, Pantheon Books, 1982, pp. 223-241; e, finalmente, J. Weeks, “Discourse, Desire and Sexual Deviance: some problems in a history of homosexual”, in Kenneth Plummer (ed.), *The Making of the Modern Homosexual*, Totowa, NJ, Barnes & Hoble, 1981, pp. 76-111.

1. A transmissão do vírus (HIV) na população brasileira;
2. A educação do público brasileiro sobre a AIDS e sobre a redução dos riscos;
3. O cuidado e o tratamento dos pacientes de AIDS, incluindo a resposta institucional e organizada frente aos problemas práticos que começam a surgir com o crescimento da epidemia.

TRANSMISSÃO DA DOENÇA

Embora a AIDS pareça ter entrado inicialmente no Brasil através de uma série de contatos sexuais entre pessoas do mesmo sexo, permanecendo estreitamente ligada à subcultura homossexual, a probabilidade de este quadro permanecer inalterado é remota. Pelo contrário, o caráter polimorfo do desejo e, em particular, a estrutura flexível das práticas homossexuais e da subcultura homossexual no Brasil fazem a caracterização dos homossexuais, enquanto grupo de “alto risco” questionável a longo prazo. Sugiro que a validade epidemiológica desta caracterização se romperá muito mais rapidamente no Brasil do que na Europa ou nos Estados Unidos. As múltiplas interconexões que parecem ligar veados e homens, entendidos e michês, travestis e michês, entendidos e homens e, por último, homens e mulheres são muito complexas e intrincadas para serem mantidas dentro dos limites da visão simplista sobre as práticas sexuais presente no pensamento epidemiológico atual. Nesse sentido, é interessante observar que, já em dezembro de 1986, mais de 20% dos pacientes com AIDS tratados em hospitais do Rio de Janeiro eram classificados (nos termos das categorias médico-científicas) como bissexuais. Percentagem quase dez vezes mais elevada que a registrada na maioria dos hospitais da Europa e dos Estados Unidos⁷⁸.

Este panorama se complica ainda mais, acredito, pela prática disseminada do coito anal entre homens e entre homens e mulheres. O coito anal é fundamental nas interações entre pessoas do mesmo sexo no Brasil, quaisquer

78 Terezinha Costa, “AIDS Deixa Grupo de Risco e Atinge Mulher e Criança: bissexuais são responsáveis pela disseminação indiscriminada do vírus”, *Jornal do Brasil*, dezembro 14: 18.

que sejam as identidades sexuais específicas dos participantes. Além do mais, como já vimos anteriormente, nas comunidades gays que se desenvolvem nas grandes cidades, os participantes desta modalidade de coito estão cada vez mais frequentemente trocando seus papéis. Por outro lado, o coito anal parece ser uma prática comum no relacionamento sexual entre homens e prostitutas e também faz parte integrante da vida sexual de muitos casais heterossexuais. Embora não exista no Brasil nada comparável aos estudos de Kinsey que pudesse ser utilizado para aferir a frequência destas práticas, vale a pena mencionar uma pesquisa recente feita no Brasil sobre o assunto. Baseado em 5000 entrevistas realizadas junto a homens e mulheres em todo o país, o estudo demonstrou que mais de 50% dos entrevistados do Rio de Janeiro e mais de 40% dos entrevistados no resto do país confessam a prática do sexo anal, ao menos ocasionalmente⁷⁹.

Uma vez que o coito anal tem sido apontado como um dos principais veículos de transmissão da AIDS⁸⁰, os dados culturais e de comportamento apresentados ganham importância particular para a compreensão da epidemiologia da doença no Brasil. Embora não haja qualquer evidência conclusiva, alguns pesquisadores acreditam que, sendo o muco anal menos resistente à fricção que o da vagina, fissuras microscópicas podem ocorrer durante o coito anal, o que facilitaria a entrada direta do esperma na corrente sanguínea, colocando, desse modo, em sério risco o chamado parceiro passivo. De maior resistência, os tecidos da parede vaginal são considerados uma barreira mais efetiva contra a transmissão sexual do vírus⁸¹. Deste modo, no Brasil, a prática do coito anal, aparentemente comum tanto entre homens quanto entre mulheres e homens, torna o panorama epidemiológico da AIDS completamente distinto, se comparado ao da Europa e dos Estados Unidos. Especificamente, o padrão da relação anal modifica de modo significativo a definição do que seja

79 Antonio Leal de Santa Inez, *Hábitos e Atitudes Sexuais dos Brasileiros*, op. cit.

80 Conforme Edwards S. Johnson e I. Vieira, "Causes of AIDS: Etiology", in Victor Gong and Norman Rudnick (ed.), *AIDS: facts and issues*, New Brunswick NJ, But University Press, pp. 25-33.

81 Edwards S. Johnson e I. Vieira, "Causes of AIDS: Etiology", op. cit., Cindy Patton, *Sex and Germs*, op. cit.; e também "A Multiplicação do Mal: AIDS se espalha", *Veja*, agosto 14: 56-69.

grupo de “alto risco” no Brasil, podendo acelerar a expansão da AIDS por toda a população⁸².

EDUCAÇÃO PÚBLICA SOBRE AIDS

Com a esperança de uma vacina efetiva ainda frustrada, a educação pública e o uso do chamado “sexo sem riscos” provaram ser os meios mais eficazes para limitar a expansão da AIDS. Tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, dada a insuficiência de recursos e de apoio governamentais, a eficácia das medidas de prevenção e educação dependem em larga medida da pré-existência de uma comunidade gay possuidora de sofisticadas instituições médicas e de vários jornais, capazes de atingir não só uma audiência composta de homossexuais assumidos (o “grupo de alto risco”), mas também uma audiência mais vasta, fora das fronteiras da comunidade gay.

A informação transmitida por estas instituições tem influenciado as práticas sexuais concretas, devido ao desenvolvimento gradual de uma noção de risco por parte do público e uma subsequente vontade de transformar a estrutura das práticas eróticas em resposta aos riscos percebidos⁸³.

82 Há ainda debates entre médicos e cientistas ao menos quanto às nuances de todos esses problemas. Alguns estudos tendem a minimizar o risco de intercurso passivo ou receptivo anal (ver, por exemplo, William W. Darrow *et al.*, “Passive Anal Intercourse as Risk Factors for AIDS in Homosexual Men”, *Lancet* 2 (8342): 160, 1983) enquanto outros o confirmam com veemência (E. Jeffries *et al.*, “The Vancouver Lymphadenopathy – AIDS study: 2. Seroepidemiology of HTLV- III antibody”, *Canadian Medical Association Journal* 132 (12): 13,13-13?7, 1985). O coito anal, ativo ou passivo, tem sido considerado cada vez mais freqüentemente uma prática especialmente arriscada e continua a receber maior atenção que o coito vaginal (William W. Darrow *et al.*, “Risk Factors for Human Immunodeficiency Virus (HIV) – infections in homosexual men”, *American Journal of Public Health* 77 (4), 1987), embora o vírus da AIDS já tenha sido isolado nos líquidos cervicais e/ou vaginais e já tenham sido documentadas infecções através de “coito vaginal normal” (ver Wofsy *et al.*, “Isolation of AIDS – associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the vírus”, *Lancet* 1 (8480): 527-529, 1985. Centers of Disease Control: Heterosexual transmission of Human T. Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy. *Associated Virus Morbidity and Mortality Weekly Report* 34 (37): 561-563, 1985). Em resumo, várias modalidades de práticas sexuais podem transmitir o vírus, mas não há dúvida sobre a seriedade do risco de transmissão através do coito anal, o que pode ter graves consequências no caso do Brasil.

83 Cindy Patton, *Sex and Germs*, *op. cit.*

No caso do Brasil, embora já exista uma subcultura distinta, organizada em torno dos desejos e das práticas sexuais entre indivíduos do mesmo sexo, não há uma comunidade homossexual bem organizada, com suas próprias instituições e publicações. Embora folhetos sobre “sexo sem riscos” tenham sido publicados pelos grupos gays no Brasil, seu impacto tem sido limitado⁸⁴. Em geral, estes folhetos são orientados para um grupo limitado de homossexuais assumidos e não para uma população mais ampla engajada em práticas sexuais consideradas de alto risco. A falta de sensibilidade frente à especificidade da cultura sexual brasileira também se manifesta na publicação de panfletos informativos que, em sua maioria, são traduções diretas daqueles distribuídos ao público nos Estados Unidos. Na verdade, a noção mesma de “sexo sem riscos”, encontrada em tais panfletos, vai contra a ênfase brasileira do “fazer tudo”, com todas as suas excitantes e perigosas conotações.

Por conseguinte, no Brasil parece impossível obter resultados significativos a partir do uso de matérias semelhantes, mais orientadas à *identidade sexual* do que ao comportamento e que ignoram o papel da cultura na elaboração de uma experiência erótica prazerosa e significativa. Mesmo contando com uma campanha que seja sensível às especificidades culturais, nada talvez limite tão seriamente o controle do impacto potencial da AIDS no Brasil quanto a contínua negação por parte da grande maioria da população dos perigos que a doença representa. A questão da negação da doença, acredito, é fundamental se considerarmos tanto os indivíduos quanto a sociedade brasileira como um todo em sua busca de meios para elaborar os problemas colocados pela AIDS. A despeito da evidência epidemiológica dos fatos, grande parte dos brasileiros aceita a profundamente simplista caracterização da doença que, como vimos, foi importada e imposta sem críticas à realidade brasileira. Indivíduos envolvidos em práticas sexuais com parceiros do mesmo sexo, quaisquer que sejam os papéis sexuais com os quais se percebam, consideram a AIDS uma doença do mundo desenvolvido e negam os seus perigos potenciais através de inúmeras racionalizações. Alguns de meus informantes sugeriram que o sangue dos brasileiros provaria ser forte o bastante para resistir ao vírus. Outros sugeriram

84 Conforme *Isto É*, “Mais Cuidado, Menos Medo”, julho 31: 47, 1985; e ainda João Silvério Trevisan, *Devassos no Paraíso*, *op. cit.*

que alguns cuidados higiênicos depois das relações sexuais seriam a chave para uma boa saúde. Outros, ainda, particularmente envolvidos no movimento homossexual, acreditavam que os efeitos da AIDS estavam sendo historicamente exagerados e que a doença era apenas mais um novo ataque da sociedade brasileira contra os homossexuais⁸⁵.

Se, geralmente, as pessoas envolvidas em práticas sexuais com parceiros do mesmo sexo procuram negar os riscos específicos da AIDS, os brasileiros não envolvidos ou pouco envolvidos em tais práticas teimam em negar que a doença possa ameaçá-los pessoalmente, considerando-a uma *praga gay*, afetando exclusivamente os homossexuais (sem procurarem saber exatamente o que tal expressão significa). Esta percepção tem sido reforçada de várias maneiras. Algumas autoridades médicas têm disseminado irresponsavelmente informações não-verdadeiras sobre a doença ao mesmo tempo em que defendem uma redução dos direitos civis dos homossexuais⁸⁶. Relatos da mídia popular também caracterizam a doença sensacionalisticamente e diminuem sua importância como um problema de saúde pública no Brasil⁸⁷. Todas essas formas de negação do mal acabam resultando na instauração de uma distinção absoluta entre “eu” e “outro” e entre “nós” e “eles”. Operando sobre preconceitos e estigmas próprios à sociedade brasileira, elas simplesmente ignoram o impacto que a AIDS seguramente terá sobre a população brasileira como um todo.

TRATAMENTO DA AIDS

Atribuir a doença e o contágio a pessoas concretas prepara o caminho para que ocorram inúmeras crueldades e desumanidades. Não é difícil exemplificar os dramas que ocorrem no Brasil, como em outras partes do mundo: um jovem de 24 anos deitado sem cuidados numa maca por um dia inteiro enquanto sua família luta para que ele seja admitido no Hospital das Clínicas de São Paulo⁸⁸; outro, com 35 anos, perseguido e expulso de uma pequena cidade

85 *Veja*, “A Multiplicação do Mal”, *op. cit.*

86 João Silvério Trevisan, *Devassos no Paraíso*, *op. cit.* pp. 225-226.

87 *Idem.*

88 *Veja*, “Primeira Vítima”, setembro 4: 109-110, 1985.

de Minas Gerais, sob ameaça de ser queimado vivo pela população⁸⁹; uma mulher de 24 anos, retomando do Rio, onde trabalhou como empregada doméstica e contraiu AIDS, para Minas e sendo rejeitada pela própria família⁹⁰. Inúmeros outros casos poderiam ser facilmente citados. Tão perturbador quanto possam parecer tais casos individuais de desumanidade, eles são ínfimos e insignificantes em comparação com os problemas que se pode esperar no futuro com a administração da epidemia e frente aos quais as autoridades brasileiras até o momento pouco alcançaram. O governo brasileiro e a comunidade médica do setor privado⁹¹ tendem a subestimar o perigo que a epidemia de AIDS representa para a saúde pública no Brasil. Ministro da Saúde até fevereiro de 1986, Carlos Santana declarou: “Nós estamos discutindo uma doença que é séria, mas que não é uma prioridade⁹². É preciso reconhecer que, do ponto de vista do ministro Carlos Santana, essa declaração é até compreensível. Funcionários que administram programas de saúde para uma nação que ainda sofre os efeitos de doenças endêmicas e epidêmicas que atingem milhões de pessoas podem muito bem considerar algumas poucas centenas de casos de AIDS algo insignificante frente ao número de chagásicos, tuberculosos e vítimas da malária. Somente tais doenças envolvem a vida de milhões de pessoas⁹³.”

Apesar da vastidão dos problemas de saúde do Brasil, um número importante de pessoas já se engajou no combate à AIDS. Um Programa Nacional de Combate à AIDS. Um Programa Nacional de Combate à AIDS foi lançado para reunir os pesquisadores do assunto e permitir que acompanhem a disseminação da doença, organizem tratamentos e eduquem o público. Planos para amplos programas educacionais e a vigilância de todos os bancos de sangue já foram anunciados, bem como uma legislação nacional proibindo qualquer dis-

89 *Veja*, “A Multiplicação do Mal”, *op. cit.* E. Silva, “A Doença Maldita”, *Jornal do Brasil*, janeiro 11: 6-7.

90 E. Silva, “A Doença Maldita”, *Jornal do Brasil*, janeiro 11: 6-7.

91 Conforme A. Riding, “Fright Grips Brazil as AIDS Cases Suddenly Rise”, *New York Times*, agosto 25:4, 1985; do mesmo autor, “Brazil Called lax in AIDS treatment”, *New York Times*, dezembro 14: 30, 1986; e ainda *Veja*, “A Multiplicação do Mal”, *op. cit.*

92 Conforme A. Riding, “Fright Grips Brazil...”, *op. cit.*, e “Brazil Called lax... *op. cit.*”

93 S. Sales, “Verbas para AIDS Não Acompanham a Incidência”, *Jornal do Brasil*, julho 24, 1986.

criminação contra as vítimas de AIDS⁹⁴. Entretanto, os 5 milhões de cruzados (aproximadamente 363.000 dólares) alocados pelo Ministro da Saúde para o Programa Nacional em 1986 ficaram bem abaixo dos 31 milhões de cruzados (aproximadamente 2.251.000 dólares) que se acreditava serem necessários para fazer face a todos os problemas⁹⁵. Hospitais particulares ainda se recusam a aceitar pacientes com AIDS e os hospitais universitários, responsáveis pela maioria os casos, estão superlotados. Dada a presente situação, a expansão da AIDS não terá seu curso interrompido no Brasil e, ao que parece, assim permanecerá nos próximos anos.

CONCLUSÕES

Minhas conclusões sobre a epidemia de AIDS no Brasil são necessariamente provisórias. Embora os parâmetros culturais pareçam claros, o mesmo não ocorre com o comportamento que lhes é correlato. Em parte, esse fato é uma decorrência da dificuldade em se obter dados precisos sobre práticas sexuais em geral. Além disso, esforços para coletar tais dados em termos dos padrões da cultura sexual brasileira são praticamente inexistentes.

Mesmo sendo preliminares, os resultados de minha pesquisa, centrada sobre alguns aspectos da cultura sexual brasileira até então negligenciados, levantam uma série de importantes questões conceituais e práticas. Especificamente, a pesquisa tem implicações para a saúde pública no Brasil, para a compreensão da AIDS dentro de uma perspectiva transcultural e, mais amplamente, para o papel da análise cultural em pesquisas epidemiológicas relativas a problemas de saúde tão importantes quanto a AIDS.

Desde logo, parece claro que um exame mais cuidadoso do contexto cultural brasileiro nos leva a concluir que os problemas de saúde colocados pela AIDS no Brasil são potencialmente mais abrangentes e sérios do que se tem

94 Conforme A. Riding, "Brazil Called lax..." , *op. cit.*; e S. Sales, "Verbas para AIDS Não Acompanham a Incidência", *op. cit.*

95 Conforme S. Sales, "Verbas para AIDS Não Acompanham Incidência", *op. cit.*

pensado até aqui, e, não menos importante, que as ações empreendidas pelas autoridades de saúde brasileiras são inadequadas em relação à crise que potencialmente temos à frente. O Brasil está enfrentando uma doença epidêmica potencialmente tão devastadora quanto qualquer outro dos sérios problemas de saúde pública já existentes no país. Infelizmente, a combinação dos preconceitos, da não-existência de planejamento a longo prazo e a instabilidade econômica deixa a sociedade brasileira inteiramente despreparada para enfrentar este desafio. Mudanças na atitude das autoridades e da população em geral com relação à AIDS devem ser feitas e muito rapidamente.

Além de apontar para a necessidade de uma maior atenção aos problemas de saúde pública que a expansão da AIDS colocará, esta pesquisa revela várias características particulares ao caso brasileiro que não foram até agora incorporadas pelos dois modelos dominantes usados para descrever as manifestações da AIDS internacionalmente. É fundamental levarmos em conta tais diferenças se queremos ter um conhecimento mais completo sobre a AIDS enquanto fenômeno transcultural. É tentador sugerir o caso do Brasil como um possível terceiro modelo a ser agregado ao que se desenha para as nações industrializadas do Ocidente e para as nações da África Central. Mas além de simplesmente adicionar um outro modelo, tenho esperança de que uma investigação mais acurada do caso brasileiro possa nos ajudar a desmontar os modelos existentes. Em resumo, a “alternativa brasileira” pode nos ajudar a analisar os próprios modelos não como realidades científicas, objetivas, mas como construções culturais.

A “desconstrução” desses modelos explicativos da doença deverá, por outro lado, apontar novas direções para a análise. Talvez, antes de mais nada, nos mobilize na direção de investigações mais detalhadas sobre casos específicos, como o do Brasil, permitindo compreender as manifestações da AIDS em diferentes contextos sócio-culturais. Partindo, como não poderia deixar de ser, de categorias e de classificações locais, estes estudos podem nos facultar a elaboração de um conhecimento mais amplo sobre a AIDS, baseado mais numa interpretação das diferenças transculturais do que nos pressupostos da ciência médica ocidental. Dadas as dimensões que a AIDS tem assumido internacionalmente, é imperativo, para combatê-las mais efetivamente, que modelos

mais generalizáveis possam ser elaborados. Como em toda pesquisa antropológica de qualidade o caminho para o geral só pode ser percorrido através da atenção cuidadosa ao particular⁹⁶. Assim, através do incremento do número e da sofisticação dos estudos específicos sobre a AIDS em situações particulares, será possível construir com maior rapidez o modelo explicativo e de intervenção mais abrangente que se faz necessário.

Finalmente, se considerarmos a contribuição que a análise cultural pode trazer para a pesquisa epidemiológica da AIDS, seremos levados a pensar as doenças em sua realidade a um só tempo biológica e sócio-cultural. De fato, precisamente por colocar em contato *doença* e sexualidade, a AIDS é simultaneamente um fenômeno biológico e sócio-cultural. Para entendermos a AIDS e combatê-la é necessário, portanto, confrontá-la tanto em termos biomédicos quanto em termos sócio-culturais.

96 G. Geertz, *The Interpretations of Cultures*, New York, Basic Books, 1973; e Richard Parker, "Symbolism to Interpretations: reflections on the work of Clifford Geertz", in *Anthropological and Humanism Quartely* 10 (3): 62-67.

**A AIDS É UM
TIGRE DE
PAPEL...
HIGIÊNICO**

HERBERT DANIEL

A PALAVRA PESTE NÃO
CONTINHA APENAS
O QUE A CIÊNCIA
DESEJARIA NELA
DEFINIR. MAS UMA
LONGA PROCISSÃO DE
IMAGENS
EXTRAORDINÁRIAS.
[A. CAMUS]

U

m rumor agita o mundo: AIDS/SIDA. Muitas divergências nas discussões apaixonadas. Muitos interesses disputam a prioridade de legitimar um saber sobre a questão.

Esta algazarra acontece no lusco-fusco, como uma romântica “sinfonia de pardais anunciando o entardecer”. É possível começar a conversar sobre o assunto falando de pardais. Ou da sua cantoria. Começar descrevendo as copas das árvores onde se ocultam. Ou, ainda, começar pelos que escutam a algaravia. É uma questão de opção, para descrever uma cena urbana (relativamente frequente, embora em extinção).

Eu prefiro começar pelo lusco-fusco, essa luminosidade difícil e difusa, parte do tempo de um dia, quando a sombra perde seu limite com a luz.

MITO

Há uma incontestável unanimidade na multiplicidade das falas confundidas no debate: a necessidade de *informar* corretamente. O lugar comum persistente, acima de todas as divergências, é exatamente a *função informativa* a ser exercida junto à população, ou partes dela, para que “um grande mal seja evitado”.

É, portanto, muito claro que nesse coro há um consenso: há *algo* a ser informado. Inevitavelmente, deixa-se explícita ou implicitamente definido que há uma resposta a ser dada a um *problema*.

Desta forma, antes mesmo de reconhecer os conteúdos das informações ou definir os rumos e as variantes da discussão, é preciso questionar: existe o *algo* a ser informado? Há um enigma a ser decifrado? Há um mistério, um segredo, uma revelação a serem descobertos na AIDS?

Simplesmente, a resposta a isto é: NÃO!

A AIDS é um mito! Como diriam os chineses dos bons tempos, “é um tigre de papel”.

Ora, direis, este é um absurdo que vem desmentir todos os dados e fatos. E eu explico que a SIDA é uma doença grave, transmissível e mortal. Não é um “enigma”, mas – como muitas outras doenças – aparece como um desafio. Este desafio é colocado à ciência e à comunidade (e não nesta ordem...). É verdade que, em termos de saúde pública, há um desafio a ser vencido, assim como a questão da fome, do trânsito, da poluição, das doenças cardiovasculares, do câncer, da iatrogênese, etc.

Note-se imediatamente que, como desafio à comunidade, sua solução depende inclusive de uma questão espinhosa: a relação da comunidade com a medicina, a questão da medicalização.

A hipervalorização da SIDA (e eu não estou querendo dizer que se trata de um “probleminha inventado” ou de um “alarde falso”) acontece dentro de certas condições do nosso sistema social, com uma evoluída tecnocracia controlando a “responsabilidade pela saúde”.

O fato de ser uma doença sexualmente transmissível, de estar atingindo inicialmente grupos estigmatizados, de estar sendo *exponencialmente diagnosticada*⁹⁷ ano após ano e num número cada vez maior de países, de se prever que pode atingir o conjunto da população como um todo, ligando de forma direta, assustadora, clínica e mórbida o sexo à morte, torna a epidemia especialmente envolvida com tabus e estigmas. A AIDS, sigla vaga (uma “síndrome”: conjunto de sinais e sintomas...), pode em si mesma condensar estigmas vários, fazendo dela própria um tabu, um *grande estigma*, sendo criada sobre ela uma

97 Félix Guatarri que, entre outros, contesta o tão falado “crescimento exponencial da epidemia” declarou em sua entrevista: “penso que exponencial é o desenvolvimento dentro da cabeça! É uma história coletiva”. O Dr. J. C. Nahoun escreve, numa publicação médica, que o “diagnóstico feito em ritmo exponencial não implica aumento da incidência da condição, mas aumento da incidência do diagnóstico”.

curiosidade social que se dirige a várias coisas distintas. Incide sobre a AIDS, como uma luz que não elabora contornos, indefinidos fluxos de problematizações sociais que ela parece reunir; como um – lago ou um abismo – que recebe muitos afluentes nascidos em locais muito diferenciados.

Como qualquer fenômeno que lida com as representações coletivas da forma de viver o sexo e a morte, as várias representações da AIDS atingem em cheio os alvos do desejo, manipula pavores atávicos, estimula fantasias primitivas... Na penumbra dos tabus, uma sigla “apareSida” organiza objetos dissolvidos, díspares e ocasionalmente evidenciados como próximos, numa constelação – como na noite a imaginação lê nos astros os nomes das estrelas que guiam o destino do leitor de estrelas.

Percebe-se que o que está sendo problematizado atrás da sigla não é *uma* ou *a* doença, ou doenças. São inumeráveis equações, um caos de problematizações (e não de “problemas” ou “coisas”, “dados” e “fatos”). Essas problematizações não convergem nem divergem; simplesmente, estão difusas e integralmente em movimento de diferenciações possíveis.

Ao colocar o início de nossa reflexão dessa forma, procuro reconhecer que há uma infinidade de dimensões de problematizações que, com o advento da SIDA, se quer (ou tenta-se) geometrizar numa espécie de espaço euclidiano, racional, com dimensões bem limitadas. No entanto, não há *algo* a ser desvendado, não há coisa oculta atrás da AIDS. Há exatamente a complexidade de um “vazio” de onde se pode criar, inventar tudo, aquele conjunto de infinitas dimensões sociais de onde parte a fundação imaginária da sociedade: ali onde não há determinação nem acaso, liberdade nem opressão, porque dali saem todas as forças trágicas da possibilidade de inventar.

Não me estou referindo a uma gênese mística, mas a uma relação muito concreta com o espaço de onde nasce a sociedade: nesse espaço não há dentro ou fora, abaixo ou acima, etc. Ele envolve as relações humanas com o que é meio-ambiente (espaço que ideologicamente se considera “externo” e “infinito”) e o corpo (meio que ideologicamente se considera “interno” e “finito”). As relações humanas não são apenas as relações dos seres humanos entre si, mas estas dentro do espaço onde vivem (meio ambiente e corpo).

Nossas representações limitam o mundo a lugares dimensionados e fechados, mas o “aberto continua aí, pulsação de astros e enguias, anel de Moebius de uma figura do mundo onde a conciliação é possível, onde anverso e reverso deixarão de se desgarrar, onde o homem poderá ocupar o seu posto nessa jubilosa dança que alguma vez chamaremos realidade”⁹⁸.

Na “jubilosa dança” da realidade humana, no lusco-fusco que condiciona infundáveis problematizações de cena, instala-se o cortejo álcere da SIDA como fenômeno médico, psicossocial, ideológico, cultural e político. Ao ser sistematizado como *algo* atrás do qual há uma verdade a ser revelada, cria um anteparo que falsifica as problematizações subjacentes, delimitando ou “geometrizando” no anteparo as problematizações possíveis.

Ou seja, cria-se um mito para obturar o aberto da realidade. Sobre o anteparo projeta-se a resposta, como sobre uma tela se projeta um filme. O equívoco não está na resposta ou respostas; o absurdo não está no enredo do filme. O equívoco está na tela, esse biombo branco e aparentemente neutro que sustenta a unanimidade de que há *algo a ser informado*; biombo que não está ali, no problema falsificado em dimensões arbitrárias e limitadas.

O mais comum nos debates e nas aflições provocadas pela AIDS não está nas respostas – que podem ser fantasiosas ou verdadeiras –, mas no fato de serem respondidas perguntas que *não foram feitas*, que são *não-perguntas*.

Vejamos o que é responder a uma não-pergunta.

IMITAÇÃO DA VIDA

Uma resposta unânime, ou quase, caracteriza-se menos por sua formulação necessariamente ambígua, como exemplo: “é preciso informar”, “eleições para presidente”, “macho e fêmea, homem e mulher, são os sexos”, etc. A formulação ambígua e genérica não satisfaz totalmente a cada um dos divergentes que se cruzam, se juntam numa unanimidade uniformizadora. A característica fundamental da unanimidade é a invenção de uma pergunta a ser solucionada. A resposta unânime, indiferenciada e generalizada *estrutura* um

98 Julio Cortázar, *Prosa de Observatório*, São Paulo, Perspectiva, 1974.

problema. Todos reconhecem naquele lugar um *problema*. Qualquer que seja a linha da divergência, admite-se um ponto de cruzamento na unanimidade, o “lugar do problema”. Assim, a função de qualquer unanimidade é organizar os fatos numa dada problematização (que não é posta em dúvida).

A unanimidade é sistematicamente apenas uma maneira de disfarçar a impossibilidade de resolver os conflitos, de apagar a dúvida e dissolver as diferenças. De deixar de lado as impossibilidades reais ou imaginárias. Dentro da unanimidade, a dúvida torna-se apenas uma *desconfiança*.

A dúvida deixa de ter o papel de uma forma de conhecer os limites da própria ignorância e passa a ser uma ignorância que gera um pavor de uma “destruição”, de um “mal maior”.

Como método, a dúvida não permite definições. Ele gera, de cada questão, questões mais complexas. A unanimidade é, porém, uma resposta uniforme para questões diversas, uma resposta definitiva, padronizada e final, uma certeza absoluta.

Algo, o enigma AIDS, funciona como tal unanimidade: a SIDA deixa de ser meramente uma doença, uma questão de saúde pública, e passa a ser o “lugar do problema”. Nesse local mora uma Esfinge que cumpre sua função do “decifra-me ou devoro-te”. É exatamente o papel cumprido pelas unanimidades equivocadas, forjadas para ocultar.

Logicamente, não se trata de uma “conspiração”, mas de um desencontro: socialmente, as questões levantadas são a respeito dos tabus envolvendo sexo/morte, saúde/doença; as respostas são dadas sobre um “caso”, um “dado”, um “fato”. De todo modo, a representação, ou representações, da SIDA floresce na realidade dos preconceitos que formam a cultura real. Qualquer representação (teórica) da SIDA será sempre uma fantasia (médica ou outra) se não considerar a realidade dos preconceitos envolvendo corpo, sexo, morte, natureza e sobrenatural. Aqui, neste caso, já não estaremos falando da SIDA, mas tentando localizar dada representação de um aspecto da realidade dentro da realidade histórica, tentando compreender como é possível constituir um determinado *saber*. E assim, evitando fazer da SIDA um aparato ideológico.

O desencontro a que me refiro é facilmente observável: há uma enorme sede de informação que mobiliza a todos e move a imprensa para satisfazer

uma curiosidade insaciável. O fenômeno toma proporções espantosas: olhando de relance uma banca de jornal, não há como não perceber a densidade da sigla AIDS espalhada em várias cores, formas e corpos de letras, na babel de títulos.

Uma obsessão: urge uma informação clara, coerente, precisa, objetiva, protetora, científica... os adjetivos seriam infundáveis. A AIDS é, entretanto, apresentada como *finita* (“algo”)... e mortal!

Porém, por mais farta que a informação se apresente, parece sempre insuficiente para atender a demanda. Por quê? Porque a reivindicação é dirigida, primeiramente, a alguém que pretensamente *sabe* (primeiro fracasso, primeira frustração); em segundo lugar, a curiosidade questiona uma coisa (sexo/morte?) e a informação responde outra (SIDA). A fratura é, medicalização à parte, irremediável...

Podemos perceber que nosso telão ficcional, a nossa Esfinge, ganha não apenas corporificação, como prevê a existência de Édipos legítimos: no tabique dessa construção está o cartaz “Precisa-se de heróis”.

MISSÃO

Seria simplificar demais supor que todo o mecanismo em ação, que no fundo é o da medicalização do sexo e da morte (mais uma vez e mais profundamente), interessa apenas a grupos de opressão determinados que colocariam em marcha a tecnocracia médica. Posta como Grande Enigma, a SIDA (tanto quanto seus estudiosos) coloca ao cidadão comum a tradicional pergunta: “sabe com quem está falando?”.

É facilmente denunciável o esforço de uma medicalização que é puro exercício de dominação e controle. Mas não é só aí que funciona o mecanismo de medicalização.

Seria simples se tudo ocorresse como a ação de um grupo de tecnocratas dispostos a dominar o mundo com tubos e estetoscópios. É realmente uma pena, amigos – já que seria tão mais simples! –, todavia, o Doutor Silvana não existe. Tsk, tsk...

No conjunto, certamente, a questão doença \times saúde tem como resultado uma aparelhagem de medicalização, mas seria mais justo dizer que o grande simulacro, elemento do anteparo mistificador, é uma dialética do poder que envolve médicos e medicalizados, médicos e antimédicos, opressores e oprimidos... uma cumplicidade sem bons nem maus, neste não-faroeste de tiros inaudíveis que é o cotidiano. Afinal, o monstro tomou o nome do doutor Frankenstein e tornou-se mais célebre do que seu infeliz programador.

Antes que a gravidade da medicalização aumente, é preciso retirar da SIDA sua força de Esfinge. Estritamente: ela deve ser *banalizada* como doença, *discutida* no conjunto de doenças de hoje.

É na vulgarização da SIDA, no esvaziamento do seu enigma e na desmistificação de sua inexistente trama (qualquer que seja a gravidade médica do fato) que se dirá que ninguém sabe com quem está falando, *porque não está falando com ninguém*.

A grande dificuldade reside em, diante da arrogância do “sabe com quem está falando”, haver os meios de comandar: PONHA-SE NO SEU LUGAR.

Esse *revertere ad locum tuum*, esse exorcismo de demônios, é a tarefa de uma não-informação que se deve produzir: um embate político para esvaziar uma guerra ideológica onde todos perdemos alguma parte de nossa autonomia como cidadãos⁹⁹.

Pôr-se em seu lugar, também, é localizar-se, cada um, diante do arrogante: instalar-se na cidadania como um corpo cujo tempo não é devorado pelo trabalho imposto como castigo, e cujo espaço não é ordenado como instituição produzida por elementos alheios à autonomia de cada um de dispor de seu próprio corpo.

99 Escrevi, em 1983: “Entre o sensacionalismo que insufla o pânico, forma obscurantista do exercício da liberdade de imprensa nas nossas sanitárias sociedades democráticas, e o equívoco de supor ações criminais dos homófobos, a perda de tempo só servia para desinformar todos e adoecer muitos. (...) Os elementos da tragédia já estão a postos, Primeiro, o pânico... Segundo, a incompetência das instalações da Saúde Pública. Terceiro: a vigência do preconceito... As forças do destino, direis? (“A Síndrome do Preconceito”, in *Jacarés e Lobisomens*, Rio de Janeiro, Achiamé, 1983).

TRANSMISSÃO

Na falsa questão da Esfinge que deve ser vencida para nos entregar seu temível segredo, reconhecemos uma infinidade de conteúdos da informação. São consideradas e discutidas respostas a três tipos de questões:

Qual é a causa da SIDA?

Por que existe a SIDA?

Qual é a sua cura?

Posta assim, as questões levam a explicações que consideram que a SIDA tem uma *razão*, possui uma *intenção* e desemboca numa *revelação*.

Para evitar as armadilhas que apinham a rota cega das falsas questões, evitando também a retórica dos atos dos heróis salvacionistas, consideremos alguns aspectos simples. Banalizemos.

Primeiro: a SIDA é uma infecção virótica sexualmente transmissível, recentemente descoberta e diagnosticada, cujo agente etiológico é provavelmente um retrovírus, LAV ou HTLV-III (segundo nomenclatura francesa ou americana)*, capaz de destruir o sistema de defesa imunológica através da destruição de linfócitos T4 ou *helpers*, e já se constatou em estudos epidemiológicos algumas características peculiares da doença que certamente se transmite através da relação sexual, da mistura de sangue e da mãe ao feto ou bebê, sendo altamente improvável que se transmita por outro modo de contágio, e sabe-se que certas infecções oportunistas estão associadas ao desenvolvimento clínico da doença, que tem um prognóstico sombrio.

Segundo: os conhecimentos médicos sobre a doença são ainda precários, apesar da velocidade das descobertas sobre o mecanismo da doença. Do ponto de vista médico, são inúmeros os desafios da doença e muitos contestam inclusive certas informações e certos dados médicos, estritamente do ponto de vista médico, como por exemplo, o crescimento exponencial da doença, sua contagiosidade (que alguns consideram pequena, proporcionalmente), a ação do vírus, a vacina, etc...

* Este texto foi escrito no primeiro trimestre de 1986. Por isto a nomenclatura sobre o vírus ainda estava nesse estágio. Preferi conservar o máximo do texto, segundo a versão original.

Terceiro: por ter se apresentado e espreado inicialmente entre doentes que eram homossexuais “anteriormente sadios” (a ressalva consta de inúmeros textos médicos...), entre pessoas que teriam recebido o vírus na transfusão de sangue (hemofílicos, politransfundidos) e entre consumidores de drogas injetáveis que utilizavam em comum a mesma agulha (misturando assim seus sangues), mexeu com preconceitos e moralismos. Apresentada, desta forma, como desafio à coletividade, a SIDA fez aflorar novos e velhos preconceitos e questiona confusamente as noções de saúde e de doença da ciência médica.

Para tirar conclusões desses três pontos, podemos observar:

- A. A SIDA é uma doença que existe e é atual, é uma condição mórbida que pode ser descrita como qualquer outra patologia;
- B. A SIDA desafia a crescente tecnologia médica e aparece como uma epidemia surpreendente por suas características, principalmente em países “desenvolvidos”, num momento da ciência médica em que as doenças infecciosas pareciam um problema médico secundário em relação às típicas patologias do século XX nas sociedades industriais e altamente desenvolvidas.
- C. Como qualquer epidemia, e peculiarmente por envolver tabus, a doença coloca em questão a própria capacidade da tecnologia médica de responder as questões de saúde. Não há como tratar apenas medicamente a saúde, entendida de forma ampla e não apenas como produto de um sistema de produção de corpos domesticados em “equilíbrio” com seu “meio social” e “natural”, dispondo de certa “qualidade de vida”. Esta definição estritamente tecnocrática de saúde desmorona diante da realidade de qualquer “doença” que envolve não um paciente, mas uma massa de cidadãos. Fugindo do imperialismo da tecnologia médica, deslocando as relações de oposições entre “saúde” e “doença”, vemos que a coletividade forma seus corpos através de certas tecnologias – onde a medicina entra, mas não hegemoniza – e que a saúde se caracteriza pela autonomia do controle dos meios de vida e vivência coletivos.

Lembre-mo-nos que as doenças sexualmente transmissíveis, qualquer que tenha sido sua importância real, sempre serviram à pedagogia da transmissão da sexualidade, “saudável” ou “doente”, segundo se considere o ponto de vista de um pedagogo ou de um contestador dele¹⁰⁰. Uma coisa era a doença ou até o que era considerado como tal; outra coisa, o uso que dela era feito. A sífilis certamente tinha consequências graves que foram alardeadas com tanto vigor quanto os “males” provocados pela masturbação... A libertinagem – inimiga atroz da saúde da família burguesa – era uma doença em si, que atraía consigo outros males.

A SIDA em certos aspectos conserva uma tradição. Mas inova, como não poderia deixar de ser, como flor que brota às vésperas do terceiro milênio.

Nos termos do Enigma, a busca e a descoberta da Razão, Intenção e Revelação são atribuídas a certos agentes, sexocratas e tanatocratas, que entre si disputam a glória da Vitória Final. A comunidade é paciente. Dividida em grupos de risco, não toma consciência do risco do grupo: a representação do corpo como objeto de um saber alheio ao corpo real de cada um. Assim, por exemplo, o sexo torna-se um instrumento que deve ser usado para *reprimir*, *higienizar* ou, inversamente, para *libertar*, por possuir a fonte natural de uma liberdade em si. Tanto para o *sexo libertador* quanto para o *sexo opressor* é necessário uma ação pedagógica sobre o *paciente-corpo*, para bem ensinar o modo de usar o sexo, já que o produto, aparentemente, não vem com a bula incorporada.

MISSAL

Ao se considerar a SIDA como o efeito de uma causa, ou causas, funda-se na doença uma Razão. Passa a ser muito mais do que uma doença (um conjunto complexo de relações interdependentes do conjunto da vida e da

100 Jurandir Costa Freire, como sempre de forma brilhante, escreveu: “A ideia de que a natureza é espontaneamente competente, imanentemente produtora de sexo livre” leva à criação de uma “sofisticada tecnologia de corpo, do sexo e das emoções, comparável ao aparato disciplinador montado por higienistas e pedagogos dos séculos anteriores para reprimir o sexo.” (“Prefácio”, in J. V. Ussel, *Repressão Sexual*, Campus, 1980).

história de um sujeito no seu espaço humano). Os preconceitos da causalidade geram várias místicas, desde as propriedades médicas, “científicas”, até outros determinismos moralizantes. Da mesma forma que, ao dizer que o agente etiológico é um vírus e nomeá-lo, ao distinguir suas relações dentro do corpo, não se está definindo a *causa* da SIDA. As explicações causais, às vezes delirantes, desprezam o fato de que o conjunto de condições interrelacionadas permite supor ou até “descobrir” relações duais simples. Assim, há os que desvendam “causas” na poluição, na alimentação, nas condições de vida e higiene, na proliferação do arsenal atômico, na degeneração dos costumes, na fúria divina, na promiscuidade...

Dada a causa, é natural que haja uma razão que uma razão resolve: basta fazer cessar a causa para que o efeito desapareça. Mas não se para por aqui: além da causa, é preciso achar uma origem. Elaborar-se uma ontologia e uma teleologia. A AIDS passa a ter uma *intenção*, a definir um destino. A entidade assim criada dispõe de uma certa moralidade e prova a necessidade de “transformações” do mundo.

Deste modo, embutida numa descrição do Mal, há toda uma fantasia da salvação. Primeiramente, implica em que haja uma Revelação, que o Enigma entregue seu segredo e simultaneamente se abra a rota do “bem”, da “saúde”, da “salvação”.

Tudo isto vale para inúmeras teorias ou análises que se fundam em determinadas estratégias ideológicas. Os exemplos seriam inumeráveis. Por exemplo, a teoria de uma conspiração que teria desencadeado uma guerra bacteriológica (numa evidente confusão entre o que é de fato uma guerra ideológica e a noção da intencionalidade malvada dos poderosos). Por exemplo, as teorias que criticam nossa alimentação, nossos costumes, o armamentismo, etc. Mas, se a maioria dessas explicações são movidas por uma busca admirável de novas alternativas de vida, não deixam de se equivocar tanto quanto os que estão no extremo oposto.

Vou citar um artigo de D. Eugenio Sales, onde o Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro defendia alegremente a AIDS como um justo castigo contra a degenerescência moral do mundo. Vejam Razão, Intenção e Revelação em ação:

E cai, como raio, na humanidade, o perigo da AIDS... Surge como imposição que atinge, em cheio, a inversão sexual, a troca de parceiros, uma interminável lista de assuntos condenados pela legislação divina... Esse clima revela a decadência dos costumes com as consequências de um comportamento humano quando contraria o destino para o qual fomos criados...

Os flagelos sociais servem de instrumento para despertar a consciência, explorar a imoralidade reinante, fazer o homem retornar aos caminhos de Deus¹⁰¹.

Nesse exemplo da mais profunda sinceridade da insensibilidade humana, vemos esboçada a teologia da Punição, com sua opção preferencial pelo pânico.

MASSACRE

O conhecimento sobre a SIDA será sempre hipotético e transitório. No entanto, as informações sobre os conhecimentos que vão sendo adquiridos são transmitidas como verdades definitivas. Inclusive hipóteses absolutamente disparatadas são transmitidas em pé de igualdade com hipóteses que permitem uma ação mais eficaz no controle da morbidade e mortalidade da síndrome. Assim, em 1983 – e a hipótese de que o agente etiológico seria um vírus ganhava novas provas –, um médico brasileiro atrevia-se a declarar que “a epidemia é causada pelo consumo exagerado de hormônios estrógenos”. E, argumentando com sua experiência clínica, pontificava: “o contato com pacientes homossexuais me dá a firme convicção de que a maioria deles toma estrógenos”, e esta seria uma prática habitual “em todo o mundo, por parte daqueles que desejam adquirir características femininas”¹⁰².

101 “O Mal e a Covardia dos Bons”, *O Globo*, 27 de julho de 1985.

102 *Veja*, 14 de julho de 1982.

Mesmo que a informação “científica exata” seja usada por pessoas muito bem “informadas”, o resultado pode ser um lamentável convite ao massacre, se a discussão não passar anteriormente pela avaliação do terreno cultural onde circula. Sirva como exemplo: Paulo Francis, com sua habitual arrogância, diz que a SIDA não é a mais séria epidemia do nosso tempo, laurel que deveria ser reservado à doença de Alzheimer¹⁰³. Baseado na autoridade dos médicos do Centro de Controle de Doenças de Atlanta, afirma que a AIDS é “afinal evitável em grande parte. Ataca em geral os praticantes promíscuos do sexo anal”. Francis, observem, coloca nessa generalização um saber inquestionável sobre a SIDA. Trata-se de uma *verdade*. Não se fala de uma *hipótese*, nem mesmo se contempla tal afirmação com um *provavelmente*. Segue o articulista:

As vítimas restantes, por si, não teriam chamado ‘atenção se não fosse o fascínio mórbido que o homossexualismo exerce sobre o público que recebe esse destino sexual com uma mistura de curiosidade e repulsa. Isso sem mencionar a pequena facção homossexual que tenta converter o que faz em “bandeira” revolucionária. E esta última, apoiada pelos liberais habituais, forma um poderoso *lobby*.

Atentem, primeiramente, para a definição da homossexualidade como “destino sexual” – teoria bem peculiar que esconde atrás de si o obscurantismo mais *higiénico* do velho determinismo. Não deixem de observar também o adjetivo “mórbido” para a “curiosidade e repulsa”, com a qual simplesmente se considera *doença* a usual dialética do desejo coletivo entre nojo e atração. Continuemos: Francis aborda, de modo peculiar, as paradoxais relações entre homossexualidade e SIDA. Não consegue perceber, sufocado por um preconceito de velho moralista, que a questão da homossexualidade não é o que “alguns fazem” nem o “problema” de uma “facção” militante, e que a discussão se coloca no terreno da sexualidade como um todo e é um problema político que envolve a liberdade de todos (donde o “mórbido fascínio” do público... Elementar, meu caro Freud!).

103 “Uma Epidemia Ladra e Assassina”, *Folha de São Paulo*, 8 de novembro de 1985.

Da forma como coloca, só consegue revelar um desprezo feroz (ou deveria dizer “um mórbido fascínio”?) por uma facção a quem acabará literalmente atribuindo a responsabilidade pelo espriamento da doença: “É inconcebível que portadores de outras doenças igualmente infecciosas ainda estivessem defendendo como direito de expressão a continuidade de casas públicas, tais como banhos turcos e similares, em que esse sexo anal e promíscuo é praticado. Já estariam em quarentena.”

Esse raciocínio pouco difere das maiores atrocidades apregoadas em tempos menos medicalizados que o nosso por defensores da moral, dos bons costumes e da “higiene”. Num passe de mágica, sem mudar de parágrafo, define medicamente a AIDS, diz que os homossexuais são sujeitos dessa definição (praticantes do coito anal promíscuo) e, logo a seguir, que os homossexuais são portadores da moléstia, infeccionados por sua própria condição. A proposta de solução, rápida e eficiente, é ligeiramente nazista ou stalinista: o universo concentracionário, a “quarentena”.

O leprosário, o hospício, o gulag... um destino sexual!

MESSIÂNICO

É absolutamente seguro que a SIDA não é uma doença homossexual, ou ligada especialmente às condições homossexuais. No entanto, muitos ainda insistem, ou insistiram, na relação quase direta ou indireta com a “homossexualidade”. Houve quem sugerisse que havia no homossexual uma “predisposição genética”¹⁰⁴. Há os que atribuem ao “homossexual” uma predisposição psíquica a se destruir¹⁰⁵. Há os que, abandonando parte dos misticismos

104 Margot Joan Frommer, no seu livro AIDS, sugere “em várias passagens uma predisposição genética nos homossexuais para a SIDA”. Já Charles Krauthammer escreve que ‘ninguém sabe realmente se a AIDS é uma doença homossexual por acidente [sic] ou se ela o é intrinsecamente [sic]’ (Citados por Denis Altman, “Le miroir de l’Amérique”, *Gay Pied Hebdo*, nº 164 - sic meus).

105 A psicanalista M. A. Andrade afirma que a “Aids resulta da atitude do homossexual na luta contra a vida”. Coloca ainda uma interrogação realmente fulgurante: “o que é o homossexualismo senão uma tentativa de viver o impossível, colocando o

somáticos e psíquicos, atribuem ao homossexual um “estilo de vida” ligado a uma espécie de destino – onde a “promiscuidade” é o grande bode expiatório. Quando a “promiscuidade” (um modo mais atual de falar da antiquada libertinagem) se liga à analidade, as imagens mais escabrosas da “sujeira”, do “contágio” e da “depravação” estão auto-evidenciadas.

Continua o enredo da medicalização da homossexualidade. Inicialmente um crime, depois uma doença, a homossexualidade foi e é punida e/ou tratada como patologia. A resposta foi a cumplicidade do paciente que se recusa a ser réu. Foucault descreve a transformação do sodomita em homossexual: “A homossexualidade apareceu como uma das imagens da sodomia assim que ela, deixando de ser a prática da sodomia, tornou-se uma espécie de androginia interior, um hermafroditismo de alma. O sodomita era um relapso, o homossexual é atualmente uma espécie”¹⁰⁶.

Não se coloca em questão a caracterização do homossexual feita pela medicina, que buscava nele reconhecer uma identidade. O próprio homossexual define-se como ente, identifica-se, assume-se. Não mais doente, este ente constrói-se como entidade “saudável”. Fry e MacRae acentuam bem que “perante as críticas oriundas do movimento homossexual” a medicina, “usando as mesmas noções de saúde e doença, introduziu a noção de homossexual sadio”¹⁰⁷.

Mas a evolução não pára na medicina. Não bastou que se diferenciasse, na guerra dos sexos, o “terceiro sexo” (registro do Aurélio como sinônimo de homossexual)¹⁰⁸, o perseguido e socialmente humilhado *viado*¹⁰⁹. Este mesmo,

indivíduo em diversas situações de perigo iminente?” (num jornal chamado *Trilogia*, s/d.)

106 Michel Foucault, *Histoire de la Sexualité – La Volonté de Savoir*, Paris, Gallimard, 1983.

107 Peter Fry e Edward MacRae, *O Que é Homossexualidade*, São Paulo, Brasiliense, 1983.

108 “Afirma-se que os homossexuais são incapazes de assobiar e têm uma forte predileção pela cor verde”, pontifica o dr. Neutatter, em 1954 (citado por Hart e Richardson, *Teoria e Prática da Homossexualidade*, Rio de Janeiro, Zahar, 1983).

109 Nestor Perlongher, “O Fantasma da AIDS”, mimeo. O artigo de Perlongher levanta, em geral, de forma bastante contestadora, os mecanismos do preconceito que são manipulados pelas concepções da AIDS. Introduce uma série de esclarecimentos interessantes na discussão do tema.

fazendo o que a medicina nunca conseguiu, se determina como *identidade*, apodera-se de sua qualificação e, no ato de qualificar-se, não apenas se diferencia, iguala-se num grupo ou “comunidade”, numa espécie de “raça”. E postula-se como potencialmente mais evoluído do que os “monótonos” heterossexuais. Vemos surgir, num movimento vanguardeiro e messiânico, o homossexual que se considera munido de maior “saúde sexual”, já que ultrapassou uma “repressão” que a outros impede uma prática de dado prazer por preconceitos machistas: aqui vemos o preconceito às avessas a maneira de fazer do estigma um privilégio.

Assim, assistimos a passagem do *viado* ao *enviado*, aquele messias saudável, cuja identidade esclarece a consciência “reprimida” do ator exclusivamente “heterossexual”. São emissários de uma prática e de uma teoria que aqui caricaturou, mas que toma ares de “ciência objetiva”, que costumo chamar de *bichismoleninismo*. A retaguarda e a vanguarda, de cabo a rabo, misturam-se no temível engano que gerou a plenitude da medicalização.

O Homossexual Saudável, o guei, o alegre conquistador de espaços urbanos marginais, como não poucas vezes muitos encaram o “homossexual na sua comunidade”, produz um considerável rumor, clamor que sobe aos céus.

Há portanto uma comunidade que ocupa um “espaço” dentro da cidade do século XX. O espaço orgiástico homossexual masculino não é novo. A novidade é sua oficialização. O lugar de Sodoma, nas velhas cidades, eram brechas marginais no espaço urbano, selvático, errático, o lugar do troca-troca onde só ocasionalmente entrava o dinheiro como meio de circulação de corpos. Ainda existem esses espaços marginais, mas a predominância é a comercialização das instalações de Sodoma. É observável que, quanto mais desenvolvido o centro urbano, maior o gueto, mais forte comercialmente, mais exclusivista também.

Há quem se refira a esses locais como “conquistas”, como “espaços livres”. Nestor Perlongher coloca a questão assim:

Porém, as saunas são um espaço conquistado pelos gays. A trivialidade dessa conquista não deveria surpreender, se se levar em conta que boa parte do sucesso da liberação homossexual mede-se pela multiplicação de bares, boates e outros locais de reunião

consumista, ou paraísos concentracionários. Destes duvidosos paraísos, a sauna é – junto com os clandestinos mictórios – o mais diretamente sexual, o menos conjugal. Seria desejável que o medo dos *gays* à morte não os fizesse perder esses espaços na vida¹¹⁰.

Acho que Perlongher deveria dar maior atenção ao caráter do que chama muito pertinentemente de “duvidosos paraísos” e às condições desta “conquista”. Evitaria que se cometesse o engano de denominá-los “espaços de vida”, se escapássemos do falso confronto entre a “promiscuidade” combatida pelos moralistas (D. Eugênio, Francis...) e a conjugalidade combatida pelo ativismo homossexual (e com razão, porque a relação “conjugal” homossexual é apenas uma tentativa de normatização da homossexualidade, segundo o padrão familiar “heterossexual” clássico, o que nos levaria ao ridículo contra-senso de definir o “casal homossexual” como dois “heterossexuais” praticantes de um troca-troca pau a pau ...).

Considerado “espaço de vida”, o gueto é uma forma de cerco que mais facilmente permite o controle e a territorialização. Defendê-lo é tão grave quanto o horror da quarentena. Se esta é o extermínio, a defesa do gueto é a domesticação, a verdadeira “conjugalidade” possível para a homossexualidade masculina.

As instalações a serviço dos homossexuais são relações sociais que se tomaram visíveis. Perversão sexual não-procriativa não pode entrar no sistema de produção, gerando o conjugal que garante o fornecimento da mão-de-obra: deve entrar no sistema de circulação que gera a domesticação e o lucro comercial. O lema do gueto pode ser até assim: entre-gueis o ouro com jugo ao bandido (conjugal bandido?).

110 P. B. Pinheiro, jornalista, cita - para esclarecer seu público a respeito de “um dos mais importantes problemas sociológicos da civilização moderna” (fala da homossexualidade) – um dr. Kaprio que ensina: muitos homossexuais “sofrem uma multiplicidade de distúrbios neuróticos”, por exemplo, “depressão, dores de cabeça, fadiga, insônia, perturbações digestivas, dores na proximidade do coração, desmaio, tonteiras, ele.”. No mesmo texto o doutor, revolucionando todos os conceitos de inconsciente, afirma tranquilo que “os homossexuais como um grupo não entendem o seu inconsciente [sic!]” (*Tribuna da Imprensa*, Rio de Janeiro, 4 de julho de 1983 – *sic* meu).

REMISSÃO

Está em curso, através da continuidade da medicalização, a remissão de Sodoma. No jardim mudado, o sodomita que defende seu *live and let live* praticamente é como o bicho que se contenta no zoológico por não ter sido sumariamente abatido na selva. Porque, de fato, a repressão não está senão na demarcação dos limites, na imposição da ficção de uma identidade forjada¹¹¹.

Quarentena ou risco assumido heroicamente? Tanto faz. No fundo o “homossexual” se encerra no seu peito varonil, no qual brilhará o crachá: “higienizado, revisto pela saúde pública”. O fim do escracho, o advento do capacho: limpe os pés (e não só) antes de entrar...

Nos zoológicos, os especialistas se esforçam para manter a saúde (e garantir a reprodução...), em condições de cativeiro, de bichos que se fragilizam nas jaulas. Não deixa de ser verdade que, atualmente, a medicina se esforça para garantir a saúde de bichas urbanas cujo “estilo de vida” oferece riscos, depois de ter desistido da patologia que inventaria o ser “próprio” do “homossexual”. No presente sistema de produção de saúde, o homossexual saudável é só um grupo de risco ou de diagnóstico. Aí vem, em grande estilo, alegre e sadio, o novo ramo da tecnologia médica. Depois da pediatria, ginecologia, geriatria, etc., deve surgir a *gayiatria*.

Isto quer dizer que Sodoma vira bairro ou distrito da megalópolis do século XX agonizante. Parcela incômoda do corpo da cidade, tanto quanto a homossexualidade foi uma parcela incômoda nos corpos humanos, que foi territorializada na normatização da sexualidade padrão e coletivizada, Sodoma precisa ser urbanizada e higienizada. Já andavam antes procurando um elemento capaz de justificar tal tarefa. Algumas doenças serviram de balão de ensaio. Ainda ressoa o fantasma da hepatite B, do herpes... A SIDA afinal pôde

111 A ligação AIDS-promiscuidade é exatamente a mesma tradicional ligação doença venérea-concupiscência. “Os engurgitamentos de fígado, desordens nos movimentos do coração, mil sintomas nervosos, esquisitos e variados, emagrecimento, decadência progressiva de forças, poluções noturnas, diarréia coliquativa e o marasmo final são geralmente o aparato tenebroso que acompanha o libertino ao passar os umbrais da eternidade.” Vocabulário à parte, o texto de 1869 poderia estar descrevendo os transtornos decorrentes de uma vida promíscua e os sintomas da AIDS (O texto é citado por J. C. Freire, *Ordem Médica e Norma Familiar*, Rio de Janeiro, Graal, 1983.

prestar-se a interpretar o papel da “peste”, da tragédia sanitária que justifica o esforço de remo de lação arquitetônica.

O mito AIDS, o monstro, o tigre cumpre seu papel... higiênico.

Sodoma vai ter maiores ruas, avenida central, calçamentos, suas perspectivas ousadas. E, naturalmente, uma branca e paternal polícia que vigia eficazmente e aconselha o uso do roteiro da cidade.

A questão não se resume, como se vê, à inútil discussão sobre a “promiscuidade” e seus males¹¹² ou sobre a preservação ou cerceamento dos “espaços” gueis. Há algo de mais profundo em jogo: nossa vivência coletiva da (homos) sexualidade. É preciso enfrentar a questão da forma como temos vivido nossas homossexualidades. Falo no plural. Primeiro, como “homossexual” para “homossexuais”, mas no sentido de pluralizar a questão. Segundo, como cidadão com sexo, conexo, vivendo pluralmente a sexualidade que nos condiciona a todos. Não apenas por causa da SIDA, que é apenas o apelido de uma pequena santa padroeira de um milagre que não liberou ninguém (“tavas boa, santa!).

Onde está a discussão? No nosso cotidiano, no exercício cotidiano da cidadania. A resolução, se possível, virá da possibilidade de *reorganizar nosso cotidiano* de tal forma que nossas cidades não sejam máquinas de devorar nosso tempo, nossa consciência de seres finitos, transitivos e transitórios, de tal forma que nosso espaço não seja administrado como a jaula da insignificância de cada um que produz produtos incontrolláveis e instituições que não parecem resultado do seu trabalho.

Não estou apenas falando em lazer, prazer, felicidade. Estou propondo tematizar dor, doença, domesticação e morte como partes inevitáveis e integrantes da política de reorganização do cotidiano.

EMIÇÃO

Subia de Sodoma um colossal rumor. Os curiosos acorreram; como o jovem que observava insetos em cio seguia M. de Charlus e o viu cruzar-se com

112 Marcel Proust, Sodoma e Gomorra, vol. IV de *A Ia recherche du temps perdu*,

Jupien, ao ouvir os gemidos de um ato obscuro, surpreso, verificou: “há uma coisa tão ruidosa quanto a dor: o prazer”¹¹³.

E a recíproca é verdadeira. Os lânguidos grunhidos da fera presa podem ser a expressão de uma dor que não encontra solidariedade. Nossa civilização desprezou a solidariedade e valorizou a anestesia. “Dor, doença e morte tornam-se estímulos para a produção de mercadorias e tabus de um novo tipo que paralisam a experiência vivida”. Controle para um massacre indolor.

É espantosa a falta de solidariedade para com o doente, a vítima da SIDA. As medidas propostas pensam em caridade (esta ferocidade da estigmatização perpetuada) e analgesia (esta imobilização da experiência da dor como estímulo à consciência da vida). E o amor? E o amor?

Não há escapatória para *UM SÓ!*

DEMISSÃO

Provavelmente, do ponto de vista individual, a pergunta mais frequente e angustiante é: “como pode um simples mortal, suscetível a tantas e tamanhas agressões e ameaças, escapar da SIDA?”.

A resposta, aqui, de qualquer salvacionismo, inclusive (ou principalmente) o médico, é sempre um desolado *não sei*, disfarçado num jargão técnico, mas incapaz.

É impossível dizer como alguém, um indivíduo, pode escapar de uma doença, tanto quanto é impossível prever o atropelamento de um pedestre. É possível reduzir as probabilidades estatísticas, mas no terreno individual o imponderável estatístico tem 100% de chances de ocorrer.

Para o comum dos mortais, incapaz de decifrar o jargão científico particularmente o médico, as informações “objetivas” valem tanto quanto qualquer outra forma encantatória. Palavras mágicas, síndrome, imunodeficiência, LAV e HTLV-III, adenopatia, retrovírus, sarcoma de Kaposi... Tudo dá no mesmo. E aí, doutor?

113 I. Illich, *Nemêsis Medica1e – L' expropriation de la Santé*, Paris, Seuil, 1975.

Como tudo fica insatisfatório e misterioso, ligeiramente apavorante, resta o espanto: bicha pega a coisa e morre. A bicha tem medo ou acha que é mais uma trama contra sua vida de proibições a serem oficialmente desrespeitadas. Correm os bem-intencionados e informam que a doença não é uma exclusividade homossexual. O leitor conclui, dentro dos seus parâmetros de entendimento humano: bicha contamina, contagia o mundo. Novo carcará, pega, mata e come (nem sempre nesta ordem...). A discriminação toma novos nomes. Há os que, numa atitude típica da culpa que criou todo o estigma em torno das doenças venéreas, acham que os homossexuais são responsáveis pela doença. Ao que se responde frequentemente com um equívoco grave: o doente não tem nenhuma responsabilidade pela doença... Mais uma discussão confusa.

Mas o mais comum é culpabilizar o homossexual: ele caiu na esbórnia, agora paga. Assim, um hemofílico com SIDA torna-se um doente mais “respeitável”; é vítima do vício alheio.

E O AMOR? E O AMOR?

Não há escapatória para a socialização da solidão.

MISSIONÁRIOS

Se individualmente a cura, como questão epidemiológica, não tem resposta (e portanto, fará crescer a angústia, da mesma forma que a sífilis ou outras doenças ainda angustiam), do ponto de vista social, a cura ou *salvação* – que vai da prevenção à terapêutica – afasta-se da autonomia da comunidade, envolve uma batalha onde estão presentes heróis dispostos a se legitimarem diante da Esfinge, com suas peculiares revelações. É preciso retratar os protagonistas deste épico.

Atribui-se à ciência, de forma quase imediata, o papel de descobrir causas e curas da SIDA. Tudo bem. Eles vão descobrir soluções médicas. Coisas

bem restritas. Não estarão solucionando nenhum Grande Enigma. Estarão dando uma explicação médica sobre uma doença. Ou seja, uma interpretação científica de certos danos e fatos na relação entre agente etiológico e a evolução da patologia. Essas interpretações, por mais eficazes e brilhantes que sejam, têm e terão sempre o caráter de uma representação da realidade sempre sujeita a modificações.

Como a grande mobilização posta pela Esfinge reivindica fortemente o herói, vemos cientistas que partem em busca da Grande Solução (excluindo a ação solidária coletiva e autônoma), pois terão o reconhecimento eterno da Humanidade, além de mais vulgares glórias que, se não enlevam e consolam, rendem dividendos, prêmios e acariciam a vaidade (carências... quem não as tem?). Além do poder. Além dos avanços da medicalização.

Do outro lado surge o guerrilheiro vanguardista que, individual e solememente, se oferece à morte para garantir os “espaços conquistados”. Gozar por ser um grupo de risco. O que elimina o desvio e coloca o herói na lógica da norma da disputa. Além de defender a jaula, ele não faz da sua morte senão um suicídio coletivizado, arrastando atrás de si outros que não necessariamente desejavam incorporar o sufixo *cida* (que mata, que fere) ao seu gozo.

Nesse combate do nada contra coisa alguma, vence a medicalização. E nesta não se trata de ver apenas uma luta à morte entre opressores e oprimidos, mas também os resultados de uma cumplicidade transtornada. Fugir de equívocos maniqueístas não é elaborar uma “explicação”, mas uma tentativa de impedir o aparecimento desastroso de algum messias sexocrata/tanatocrata trazendo sob seu albornoz a (afinal) salvação de uma utopia bem murada: a do gozo da domesticação na insignificância.

**DEPOIS DA AIDS:
MUDANÇAS NO
COMPORTAMENTO
[HOMOS]SEXUAL**

RICHARD PARKER

A

INTRODUÇÃO

Por volta do final da década de 80, mais de 10.000 casos de AIDS e 5.000 mortes já tinham sido relatados ao Ministério da Saúde, em Brasília. Embora atualmente já tenham sido notificados casos em cada estado e em cada região do país, a epidemia de AIDS no Brasil continua, pelo menos até o momento, a ser um fenômeno principalmente urbano: do número total de casos relatados no país como um todo, aproximadamente 80% originavam-se dos estados densamente urbanizados de São Paulo e Rio de Janeiro. Do mesmo modo que esse foco urbano predomina amplamente no desenvolvimento da epidemia, contatos sexuais constituem, de longe, a via mais significativa de transmissão do HIV, contando com quase 7.000 casos ou, aproximadamente, 70% do número total de casos de AIDS que foram relatados até por volta do final de 1989.

Dentro desta categoria mais ampla de transmissão sexual, relações sexuais com parceiros do mesmo sexo – sexo entre homens – têm sido especialmente importantes. Dos 9.555 casos de AIDS até o momento notificados, aproximadamente 40% foram relatados entre indivíduos classificados como homens “homossexuais”, enquanto outros 20% do total nacional foram relatados entre indivíduos classificados como homens “bissexuais”. A distinção entre estas duas categorias é obviamente uma questão muito complicada, mas persiste o fato de que as interações sexuais entre indivíduos do mesmo sexo foram, dessa maneira, relacionadas a quase 60% dos casos de AIDS até o momento notificados em todo o território nacional.

Na medida em que a epidemia de AIDS se desenvolveu, no Brasil como em várias outras sociedades, o peso relativo de contatos tanto homossexuais quanto bissexuais diminuiu grandemente face aos aumentos mais rápidos de outras vias de transmissão. Dados os bruscos aumentos de casos de AIDS tanto entre mulheres heterossexuais quanto entre homens heterossexuais, como entre usuários de drogas intravenosas, a caracterização prévia da epidemia

(no Brasil, como em muitas outras partes do mundo) enquanto uma doença exclusiva de homens homossexuais (urna espécie de “praga gay”) tem-se demonstrado nitidamente incorreta. E, pouco a pouco, limitados estudos serológicos em alguns centros urbanos, tais como Salvador, começam a indicar que a taxa de soroconversão entre homens que mantêm relações sexuais com outros homens pode estar começando a decrescer. Se esta evidência for realmente confirmada com o tempo, equiparar-se-á com os dados que vêm emergindo das comunidades gays de pelo menos alguns centros urbanos da Europa e dos Estados Unidos, onde estratégias de promoção à saúde e educação têm sido implementadas com êxito, a fim de se encorajar mudanças comportamentais que reduzam os riscos de transmissão do HIV.

Há aproximadamente dois anos venho trabalhando com colegas e estudantes no Instituto de Medicina Social da UERJ, tentando documentar e analisar a natureza das mudanças que estão ocorrendo (no meio de uma gama de grupos diferentes dentro da sociedade brasileira) em resposta à ameaça ou riscos percebidos de infecção pelo HIV ou AIDS. Dentro do que prevíamos como sendo um estudo a longo prazo, estamos tentando examinar as maneiras pelas quais os membros desses grupos estão (e em alguns casos não estão) respondendo à ameaça do HIV e da AIDS, através de mudanças específicas em comportamentos com risco.

Neste trabalho tentarei resumir algumas de nossas descobertas iniciais em relação à população homossexual e bis sexual, especificamente no Rio de Janeiro. No entanto, é importante enfatizar que esta é, de fato, uma pesquisa em andamento, que os resultados apresentados neste trabalho não são conclusivos, mas antes preliminares. Meu objetivo, portanto, é menos oferecer uma afirmação definitiva de verdades científicas do que abrir uma discussão sobre alguns dos problemas e possibilidades levantadas por esta pesquisa, e as implicações que possa ter no planejamento e desenvolvimento de programas e políticas com o propósito de responder ao HIV e à AIDS futuramente.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS RELAÇÕES HOMOSSEXUAIS

Talvez o fator-chave que se deva ter em mente ao se começar a pensar sobre todos esses resultados seja a profunda diversidade que atualmente existe entre a dita população homossexual/bissexual no Brasil contemporâneo.

Por exemplo, embora a discussão da AIDS no Brasil venha sendo realizada, em grande parte, em termos tais como “homossexualidade”, “bissexualidade” e “heterossexualidade” tais categorias são, de fato, altamente problemáticas dentro do contexto da cultura sexual brasileira. Embora sejam, nitidamente, as mais destacadas classificações que estruturam o universo sexual dos Estados Unidos e de grande parte da Europa Ocidental elas constituem, no Brasil, importações bastante recentes. Estão certamente presentes na cultura brasileira, especialmente no discurso das ciências médicas, mas não representam, de modo algum, as categorias que a maior parte dos brasileiros utilizam para pensar a natureza da realidade sexual. Ao contrário, seu impacto tem sido geralmente limitado a um segmento relativamente pequeno da sociedade brasileira, uma elite instruída advinda principalmente das classes média e alta da maior parte das áreas urbanas modernas.

Tradicionalmente, categorias como homossexualidade e heterossexualidade têm sido menos significativas na estrutura ideológica da cultura sexual brasileira do que aquilo que poderíamos descrever como noções de *atividade* e *passividade*. Especialmente entre homens de camadas populares da sociedade brasileira, os chamados *parceiros ativos* de interações que envolvam parceiros do mesmo sexo, por exemplo, não se consideram necessariamente “homossexuais” nem “bissexuais”. Essas designações são mais comumente reservadas; quando o são, para os parceiros encarados como “passivos” nessas interações. Enquanto um pesado estigma sempre foi atribuído à passividade masculina, a participação ativa em relações sexuais ocasionais com parceiros do mesmo sexo não tem se constituído, em termos relativos, num problema. Realmente, parece até haver uma certa possibilidade de negociação quanto aos desempenhos ativo ou passivo nas interações entre parceiros do mesmo sexo, o que, de

modo algum, vem alterar ou impedir as interações sexuais entre parceiros de sexos opostos, que são baseadas no pressuposto da atividade masculina e da passividade feminina. Resumindo: embora os papéis sexuais (assim como os parceiros) possam variar, eles tendem a ser muito mais significativos do que a escolha do objeto sexual na construção da identidade sexual.

Um produto dessa especial configuração do universo sexual tem sido, então, uma certa fluidez na construção das relações sexuais que certamente se reflete na epidemia de AIDS no Brasil, com sua taxa incomumente alta de contaminação através de contatos bissexuais. Aquilo que poderíamos descrever como uma subcultura sexual focalizada em interações entre parceiros do mesmo sexo tem sido parte integrante da vida urbana brasileira desde, pelo menos, os primórdios do século XX, e tornou-se cada vez mais visível no curso das últimas três décadas. As fronteiras dessa subcultura, contudo, têm sido relativamente flexíveis, e esta tem-se organizado mesmo ao redor de uma “identidade sexual” compartilhada do que ao redor de uma série de desejos e práticas bastante diversos de parceiros do mesmo sexo. Aquilo que se poderia descrever (ainda que com uma certa dose de exagero) como relativa uniformidade da subcultura homossexual dos Estados Unidos é completamente ausente no Brasil, onde uma pluralidade de classificações e identidades se amontoa sem nunca formar um grupo social único, claramente definido. “Michês”, “travestis”, “bichas”, “bofes”, “sapatões”, “sapatilhas” e qualquer outra designação, todos se misturam no espaço dessa subcultura, e as variações destes diferentes gêneros respondem plenamente às notáveis diferenças regionais e de classes que tão profundamente marcam a natureza da vida social no Brasil. Numa incidência muito maior do que acontece em relação às comunidades homossexuais dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, entretanto, os participantes do complicado mundo desta subcultura (conhecidos coletivamente, e principalmente entre si mesmos, como “entendidos”, ou seja, *aqueles que sabem ou entendem* o funcionamento especial desta subcultura) tendem a entrar e sair dela com facilidade relativa, deixando a maior parte de suas vidas fora de suas fronteiras. Seus relacionamentos com representantes do sexo oposto, de conformidade com as normas da conduta sexual socialmente sancionadas da sociedade brasileira, são frequentemente até mais significativos do que as suas excursões ocasionais nesse território sexual alternativo.

Gradativamente, ao longo da última década, essa subcultura alternativa e relativamente diferente recebeu claramente a influência do movimento de liberação homossexual de países como os Estados Unidos e a França. Especialmente entre representantes da classe média do, Brasil, a noção de uma *identidade gay* tem exercido uma certa atração e a possibilidade de um “movimento homossexual” tem sido explorada como uma opção política distinta. Mas o modelo oferecido pela experiência das comunidades homossexuais da Europa e dos Estados Unidos não conseguiu influenciar significativamente nem mesmo as vidas da grande maioria daqueles indivíduos envolvidos em interações entre parceiros do mesmo sexo. Apesar de se terem formado numerosas organizações homossexuais, em cidades de todo o país, o número de seus associados tem quase sempre sido limitado e sua existência, na melhor das hipóteses, é frágil. Realmente, pouco tem sido feito para a formação de uma “comunidade gay” claramente definida, com suas próprias instituições, publicações, etc.

Esta configuração foi, é claro, especialmente importante no Brasil, com a emergência da epidemia de AIDS. A existência desta distinta subcultura sexual abriu imediatamente espaço para a disseminação da epidemia, ao mesmo tempo em que lhe deu caráter e direção próprios: sua inicial emergência entre homens envolvidos em relações com parceiros do mesmo sexo, juntamente com sua rápida disseminação entre homens envolvidos em relações com parceiros de ambos os sexos. Ao mesmo tempo em que a forma especial desta subcultura tem definido parcialmente a disseminação da epidemia, ela, entretanto, também tem influenciado as maneiras pelas quais a sociedade brasileira vem reagindo à AIDS. Realmente, a falta genérica de uma comunidade claramente definida com sua própria estrutura institucional e corpo de representantes identificados com ela, tem limitado intensamente a habilidade da população (sob enorme risco de contaminação pelo HIV) de não só agir em seu próprio benefício, mas também de exercer pressão política sobre o Estado. Os tipos de campanhas de educação e informação elaboradas por grupos homossexuais dos Estados Unidos ou dos países da Europa Ocidental, juntamente com as atividades extremamente importantes das organizações de voluntários dedicados ao cuidado e tratamento dos soropositivos, doentes ou não, têm sido quase que desconhecidos no Brasil. Da mesma forma, a pressão política usada

para contra-atacar a inatividade governamental naqueles países tem provado ser praticamente impossível numa conjuntura em que os grupos homossexuais politizados são muito limitados e divididos em facções. Enquanto alguns grupos (tais como o *Atobá* no Rio, e o *Grupo Gay da Bahia*, em Salvador) se envolveram na educação sobre a AIDS, encarando-a como questão significativa, outros não fizeram o mesmo, pouco tendo ocorrido para uma mais ampla coligação de organizações ou cooperação entre grupos diferentes.

Em última análise, então, a construção sócio-cultural específica de relações com parceiros do mesmo sexo, e o alto grau de diversidade que parece codificar, necessariamente não deve ser entendida apenas como um pano-de-fundo para o drama mais imediato da epidemia. Pelo contrário, deve ser vista como absolutamente central tanto para o entendimento da disseminação específica da infecção pelo HIV e AIDS entre indivíduos envolvidos em práticas homossexuais e bissexuais, quanto para estratégias e atividades com o objetivo de se encorajar a redução de riscos por parte desses indivíduos. Pesquisas sobre o comportamento sexual e mudanças de comportamento devem, em última análise, procurar fundamentar-se num entendimento desta diversidade, de modo a interpretar corretamente os meios pelos quais indivíduos envolvidos em interações com parceiros do mesmo sexo podem estar respondendo aos riscos percebidos, impostos pelo HIV e pela AIDS.

MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO E NAS ATITUDES SEXUAIS

Embora um grande número de pesquisas etnográficas sobre a homossexualidade nas áreas urbanas do Brasil contemporâneo já tenham sido conduzidas, virtualmente nenhum desses trabalhos apontou realmente o impacto da AIDS nas vidas de homens envolvidos em interações homossexuais. Precisamente devido à falta de pesquisas significativas nesta área, desde 1989, dando prosseguimento às investigações anteriores sobre a construção sócio-cultural de práticas homossexuais, nós conduzimos um estudo com o

intuito de levantar as questões relativas às mudanças nas atitudes e no comportamento sexuais em resposta aos riscos de AIDS e de infecção pelo HIV. Trabalhando em colaboração com o Programa Global de AIDS da Organização Mundial de Saúde, desenvolvemos um questionário bastante elaborado para que fosse usado em 500 entrevistas entre outubro de 1989 e março de 1990. Estas entrevistas estruturadas são acompanhadas de 100 entrevistas de profundidade adicionais, usando quadros de perguntas em aberto. Finalmente, junto com estas entrevistas individuais levamos a cabo uma observação etnográfica sistemática em diferentes partes do Rio de Janeiro associadas com interações homossexuais, a fim de documentar os tipos de mudanças comportamentais que podem estar ocorrendo.

Ao construir o desenho da pesquisa para este projeto, um cuidado especial foi dado à questão da diversidade social. Achamos importante, por exemplo, não apenas que nossos entrevistados sejam membros da comunidade homossexual, mas também que eles sejam retirados das classes populares assim como da elite, de modo a se ter acesso a uma gama completa dos grupos e contextos sociais. Esta preocupação emergiu, também, na construção de nossa amostra de pesquisa, que estava estratificada não apenas em termos de idade, mas também em termos de classes a fim de assegurar que um número suficiente de membros de classes sócio-econômicas diferentes fosse representado, de modo a permitir análises estatísticas juntamente com linhas de classe. Finalmente, ao se mapear o que descrevemos como geografia sexual do Rio de Janeiro e ao se levar a cabo uma investigação etnográfica sistemática dos territórios onde as interações homossexuais frequentemente ocorrem (saunas, cinemas, discotecas e boates, parques e praias e assim por diante), focalizamos uma vez mais a necessidade de um desenho de pesquisa que garantisse dados adequados não apenas para os locais de encontro tão bem conhecidos da Zona Sul, mas também dos algumas vezes mais escondidos, mas talvez até mais importantes, territórios do Centro, da Zona Norte e da Zona Oeste da cidade.

Juntamente com este enfoque da questão da diversidade social de um modo geral (diferenças de classes e *status*, etc.), a extensa diversidade dentro da própria comunidade gay tem sido um foco central. Prestamos atenção, conscientemente, para que fossem entrevistados não apenas homens “gays”

ou “homossexuais” que se auto-identificaram enquanto tais, mas também um número significativo de homens homossexuais “enrustidos”, tanto casados quanto homens bissexuais solteiros, michês ou garotos de programa, travestis, e mais uma gama de outros indivíduos que poderiam deixar de se identificar como homossexuais, mas cujo comportamento homossexual, de fato, inclui interações sexuais com indivíduos do mesmo sexo. Finalmente, além de entrevistar uma gama – a mais completa possível – de indivíduos envolvidos em interações homossexuais, investigações etnográficas focalizavam também os diferentes territórios da paisagem urbana onde estas “tribos”, algumas vezes tão diversas, demarcaram suas terras: as diferentes áreas dadas à prostituição masculina e de travestis, cinemas e banheiros onde as interações sexuais entre homens sabidamente ocorrem, parques e praias que servem como locais de pegação e interação sexual para uma gama de diferentes tipos identificáveis, e assim por diante.

Como se seria esperar, o quadro que emergiu desta pesquisa, após aproximadamente um ano de intensa investigação, é notadamente complexo. Como já observei, o que estou descrevendo é um trabalho em andamento, e ainda não é possível oferecer conclusões definitivas. Todavia, mesmo baseados nas análises preliminares, talvez seja possível oferecer várias observações, tentativas que poderiam servir como ponto de partida para discussões posteriores. Baseados nestas observações, por sua vez, talvez pudéssemos procurar desenvolver também várias recomendações específicas que poderiam ser úteis ao se pensar o desenvolvimento dos futuros programas sobre AIDS.

Talvez o mais importante seja enfatizar que mudanças comportamentais estão realmente ocorrendo em meio à população homossexual e bissexual do Brasil, enquanto resposta à percepção de uma ameaça de infecção por HIV e AIDS. Estas mudanças não são uniformes e não estão sempre baseadas em informação ou conhecimento completamente acurado no que concerne aos fatos da infecção pelo HIV. Para muitos indivíduos, elas continuam a andar de mãos dadas com altos níveis de ansiedade e incerteza. Ainda assim, no meio disso tudo (e isto é talvez o fator mais importante a ser enfatizado), indivíduos estão lutando a fim de continuar a viver sua sexualidade satisfatória e completamente, e ao mesmo tempo reduzir os riscos frente à AIDS.

O risco percebido de HIV e AIDS parece claro. Virtualmente ninguém que tenhamos entrevistado alegou estar indiferente à AIDS. Virtualmente todos os entrevistados alegaram ver a AIDS como uma ameaça pessoal. Tendo alcançado esta percepção do risco, contudo, parece haver significativamente mais incerteza quanto ao que fazer em relação a isto, se é que há alguma coisa a ser feita. A importância dos preservativos como um meio em potencial de redução do risco é quase tão amplamente reconhecida quanto o próprio risco da AIDS (claramente um sinal do sucesso dos educadores sobre AIDS no Brasil, que muito corretamente colocaram grande ênfase na promoção dos preservativos), e a adoção do uso de preservativos (até mais do que a suspensão de contatos sexuais com penetração) é o único meio mais comum de redução dos riscos citados por nossos informantes. Mesmo que isto seja verdade, no entanto, o uso de preservativos continua a ser inconsistente. Muitos informantes que percebem os preservativos como um meio de redução do risco ainda assim preferem não usá-los. Muitos indivíduos que usam preservativos fazem-no apenas ocasionalmente (inconsistências no uso de preservativos podem ser encontradas em relação a parceiros ocasionais ou casuais em oposição a parceiros regulares, mas também em interações com o mesmo parceiro). E muitos indivíduos que alegam usar preservativos em todas as interações sexuais também reclamam da necessidade de fazê-lo.

Muito da inconsistência que encontramos em relação ao uso de preservativos pode decorrer de uma preocupante falta de informação precisa no que concerne aos fatos da transmissão de HIV e AIDS. A má informação e as incertezas são grandes. É claramente mais acentuada entre os setores populares, que têm menor acesso à informação médica-científica em geral. Vale a pena enfatizar, porém, que a má informação existe entre a elite também, e que o acesso à educação não é necessariamente uma garantia de educação *sobre AIDS*. Particularmente problemática para muitos de nossos informantes é a distinção entre HIV (o vírus que causa a disfunção do sistema imunológico) e a AIDS (a síndrome de infecções oportunistas que podem ocorrer como resultado da infecção pelo HIV). O significado dos testes de anticorpos contra o HIV, os sinais e os sintomas específicos tanto da infecção pelo HIV quanto da AIDS, e as vias reais de transmissão do HIV são todas fontes adicionais de

confusão, e o número de nossos informantes que, de fato, possuem conhecimento totalmente acurado e relativamente completo de todas essas questões é assustadoramente pequeno.

Em resumo, então, se alguma mudança comportamental está claramente ocorrendo, estaria ocorrendo inconsistentemente, e esta inconsistência pode também estar ligada, em parte, à má informação ou à informação inconsistente em relação à infecção pelo HIV e AIDS. Os modos pelos quais tais questões se colocam nos diversos universos sociais que descrevemos são complicados e frequentemente difíceis de serem entendidos. Como era de se esperar, entre certos grupos (travestis e prostitutas, por exemplo) uma falta geral de informação parece particularmente forte. Em geral, entretanto, talvez seja válido notar que enquanto a classe social é um fator influente importante para o acesso à informação relativa à AIDS, diferenças na informação e no grau de mudança comportamental não se enquadram simplesmente em termos de divisão de classes. Pelo contrário, estas diferenças encontradas entre os setores populares podem claramente ser encontradas entre um grande número de indivíduos de elite, também.

Independentemente do *status* social, talvez o fator-chave que parece estar influenciando os modos pelos quais os indivíduos estão respondendo à AIDS, ao menos entre nossa amostra, seja de fato a relação individual com a questão da homossexualidade em si mesma. Os mais altos níveis de mudança comportamental, o mais alto grau de informação correta, a menor inconsistência entre informantes, tanto da elite quanto dos setores populares, são encontrados naqueles indivíduos que assumiram mais completamente uma identidade homossexual e que, de várias maneiras, habitam espaços sociais (dos quais a natureza pode variar significativamente) que parecem dar-lhes apoio ao seu estilo de vida sexual. Inconsistência e confusão em relação à sexualidade e à identidade sexual, e a falta de apoio social, pelo contrário, emergiram como fatores-chave ligados à inconsistência de mudanças comportamentais de redução dos riscos. As implicações disto, é claro, são profundas, particularmente uma sociedade como a brasileira, na qual amplo espaço sócio-cultural para estilos de vida sexual alternativos claramente existe, mas frequentemente sem o tipo de apoio e reforço social que podem realmente ser os fatores-chave no encorajamento à redução dos riscos face ao HIV e à AIDS.

Em última análise, isto nos traz de volta à questão das particularidades da vida homossexual no Brasil contemporâneo, já discutidas acima, à relativa riqueza da subcultura homossexual ou entendida, mas relativa falta de uma comunidade gay, ao menos conforme as comunidades gays dos Estados Unidos ou de muitas partes da Europa Ocidental. É precisamente dentro das comunidades gays destas sociedades que as atividades de educação sobre a AIDS mais efetivas e as fontes de apoio à mudança comportamental de redução dos riscos foram encontradas, e é claro que estes fatores estão correlacionados aos níveis significativos de redução dos riscos. Até este ponto, ao menos, nosso trabalho no Rio de Janeiro sugere que muitos fatores semelhantes parecem estar ligados de modo importante à redução dos riscos entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil também, ainda que num contexto no qual muito menos apoio é acessível e em que a vasta maioria da população está menos propensa a procurar o apoio que porventura existir. Estes fatores, por sua vez, podem carregar várias implicações políticas importantes que deveriam ser seriamente examinadas e consideradas ao se pensar no desenvolvimento dos programas de prevenção contra a AIDS futuramente.

CONCLUSÃO

Há poucas dúvidas sobre a importância de se entender os padrões dos comportamentos homossexual e bissexual de modo a se entender o desenvolvimento histórico da epidemia de AIDS no Brasil – assim como desenvolver intervenções que responderão efetivamente à epidemia. Mesmo baseados nos dados preliminares da pesquisa atualmente em andamento, parece claro que a mudança comportamental de redução dos riscos está ocorrendo entre certos segmentos da população, tais como homens homossexuais e bissexuais que mais claramente percebem a si próprios como estando sob risco face à infecção pelo HIV. Enquanto tais mudanças são frequentemente inconsistentes e algumas vezes baseadas em informações limitadas ou até mesmo imprecisas, ela ainda assim oferece uma esperança para o futuro – assim como indicações no que diz respeito aos meios mais efetivos de se proceder.

Primeiro, é especialmente importante reconhecer a fundamental diversidade sócio-cultural da subcultura homossexual no Brasil. A população de homens que mantêm relações sexuais com outros homens no Brasil contemporâneo é tão diversa ou talvez até mais diversa do que em qualquer outro lugar do mundo, e qualquer tentativa de se desenvolver intervenções com a finalidade de responder ao HIV e à AIDS, dentro dessa população, necessariamente precisará basear-se num entendimento desta diversidade. O que isto deveria finalmente sublinhar é a urgente necessidade de pesquisa a fim de documentar esta diversidade, compreender as múltiplas realidades que ela acarreta, traduzir esta compreensão para planejadores e elaboradores políticos que possam não estar familiarizados com ela, monitorar e avaliar o impacto de programas destinados a servir (esperamos) aos melhores interesses da população homossexual e bissexual. Idealmente, esta pesquisa deveria ser a longo prazo, com a finalidade de rastrear estes desenvolvimentos através do tempo e providenciar uma fundamentação científica para o planejamento e execução de políticas futuras.

Segundo, a existência de tal diversidade pode finalmente ser tomada como uma função para a promoção da saúde e as atividades educacionais, com a finalidade de se alcançar os homens homossexuais e bissexuais. Já está claro que atividades de promoção à saúde altamente focalizadas ou direcionadas têm mais impacto na resposta à AIDS. No caso do Brasil, o foco terá basicamente de responder a diversas audiências que fazem parte da população homossexual/bissexual no geral. O material que tem por alvo homens gays de classe média, por exemplo, provavelmente não terá nenhum impacto significativo em travestis de classes mais baixas ou seus parceiros identificados como heterossexuais (ou vice-versa). É imperativo, então, que programas de promoção à saúde multidimensionais sejam desenvolvidos por diversos grupos que fazem parte da subcultura homossexual, mais amplamente falando (as diferentes “tribos” mencionadas acima), e que os próprios membros dos grupos estejam completamente envolvidos no desenvolvimento e elaboração destes programas.

Finalmente dada a importância que parece estar ligada, ao menos em nossa própria pesquisa, à construção de uma identidade homossexual e de apoio social como fatores-chave para facilitar a mudança comportamental de redução dos riscos, deveria ser enfatizada a importância de se fortalecer e am-

parar atividades e iniciativas de bases comunitárias. Apesar de serem muito poucas as organizações homossexuais que focalizam questões relativas à AIDS no Brasil, pelo menos algumas o fazem. Não há dúvidas quanto a importância do movimento homossexual e o potencial que tais grupos possuem no encorajamento da redução de riscos entre as populações que eles servem deveria ser oficialmente reconhecido. Esforços deveriam ser feitos para fornecer apoio (inclusive apoio financeiro) para as atividades de tais organizações e para encorajar a formação de outras organizações com base comunitária servindo à população homossexual. De modo bastante real (mesmo que não agrade a alguns setores mais conservadores da sociedade), fortalecer uma comunidade gay no Brasil contemporâneo e, por extensão, fortalecer sua capacidade de reforçar a mudança comportamental de redução dos riscos através de um apoio social positivo, pode, por fim, ser parte integrante de uma resposta mais efetiva ao HIV e AIDS futuramente.

Em última análise, então, mesmo baseados em resultados muito preliminares, há ao menos algumas indicações oriundas de nosso trabalho no Rio de Janeiro que apontaram importantes mudanças em andamento dentro da população homossexual e bissexual, enquanto uma resposta à AIDS, e que a redução dos riscos dentro desta população é ao menos uma possibilidade. Dar-se conta desta meta, contudo, dependerá obviamente do desenvolvimento de um profundo entendimento, cada vez maior, das diversidades sociais e das especificidades culturais que moldam ou estruturam as interações sexuais entre indivíduos do mesmo sexo, e de se construir sobre este entendimento o desenvolvimento de programas de promoção à saúde que falarão efetivamente às audiências que esperamos alcançar. Isto exigirá crescente cooperação e colaboração entre funcionários e planejadores do governo, por um lado, e grupos e organizações de base comunitária não-governamentais, por outro lado. Em última instância mesmo em termos de um longo alcance relativo, é talvez a única resposta viável à disseminação da infecção pelo HIV e deve, portanto, ser tomado como absolutamente central na tarefa de se responder à AIDS no Brasil.

O autor agradece à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro o apoio às várias fases desta pesquisa, assim como a colaboração do Programa Global de AIDS da Organização Mundial da Saúde, e ao Programa Nacional de AIDS do Ministério da

Saúde. Agradeço também a ajuda oferecida por vários amigos, colegas e companheiros de trabalho: Cláudio J. Struchiner, Sidney Dutra da Silva, Carmen Dora Guimarães, Ana Paula Pellegrino Bechelli, Carlos Henrique Abdalad Pires, Regina Marchese Vanderlei Rosa de Carvalho, Eduardo Oliveira Valarin, Carlos Frederico Bustamante, Pablo das Oliveiras, Ruben Rangel Junior, Fernando Martingil da Silva e Vagner João Benício de Almeida.

A SÍNDROME DE NOSSOS DIAS*

HERBERT DANIEL

* Publicado na revista Desvio, março de 1986.

DIGO ISSO NÃO PARA FAZER
BAIXA FILOSOFIA, MAS
POR EXPERIÊNCIA PESSOAL,
INCLUSIVE PORQUE A
BAIXARIA É UMA FILOSOFIA EM
EXPANSÃO, E EU
TIVE PELA VIDA AFORA
EXCELENTES RELAÇÕES
PESSOAIS COM O MEDO.

CHAMO MEDO AQUILO QUE TE
DEIXA SEMPRE COM PELO
MENOS DOIS OLHOS
ENTREFECHADOS, VIGIANDO O
PERIGO ANTAGONISTA E TE DÁ
A ASTÚCIA DA
SAUDÁVEL COVARDIA DITA
PRUDÊNCIA, OU DO
HERÓISMO COMEDIDO, DITO
ESTRATAGEMA. AGORA,
POR OUTRO LADO, O FÂNICO É
ABERTAMENTE O
ADESISMO FISIOLÓGICO AO
INIMIGO, PORQUE ELE TE
MAGNETIZA E TE LEVA COM
TODOS OS OLHOS SEM
PROTEÇÃO PARA CIMA DO
FERRÃO DO DESESPERO.

N

os dias de hoje, no apogeu de uma civilização que se funda no equilíbrio pelo terror, temos de saber caminhar no cotidiano na frágil fronteira entre medo e pânico, pois o mobiliário do nosso dia-a-dia é de tal modo agressivo que estamos constantemente submetidos ao risco de tropeçar no tapete do atômico, de esbarrar na quina de uma epidemia fatal, de dar uma topada nos pés frágeis das cristaleiras da violência. A civilização não

provoca apenas um mal-estar, mas uma síndrome de dores e febres em que acontece de tudo e sempre demais: um terremoto, uma guerra, um genocídio, um acidente ecológico... Catástrofes! Lentamente, aprendemos que a maior catástrofe natural decorre sempre de uma outra natureza do que a física do verde meio: é a inteira dialética da fraturada sociedade. A natureza das catástrofes, basta ver com cuidado, decorre da naturalidade da classe dominante.

Uma constatação banal? Sim, porque foi assim que se vulgarizou uma crise civilizatória – que faz do exterminismo uma lógica própria – que mobiliou nosso cotidiano. O horror é banal. O equilíbrio entre medo e pânico é a síndrome dos nossos dias.

E, se repararmos com cuidado, *dias* é um anagrama de AIDS (ou SIDA). E eu estava falando disso tudo exatamente a propósito da aquisição de uma deficiência de proteção contra o banal do terror.

DIAS QUE FEREM

A inscrição, em latim, está no relógio da Igreja de São Francisco, na Bahia: “cada dia fere, o último mata”. É também uma advertência banal aos passantes sobre a inexorabilidade do tempo que passa, sobre a inevitabilidade da finitude. Como, porém, tolerar a existência da morte, esta coisa indizível, improdutiva e mágica, num mundo que se funda na racionalidade de corpos sãos, ativos, produtivos e reprodutivos, dentro de um sistema cujo objetivo é a eficiência e a rentabilidade?

Afastando a morte, como se fosse uma “doença” curável, a medicina elegeu o corpo como sede da eternidade. A morte é um desvio intolerável que não deve ser vivida como tal, mas oposta à retidão da vida rentável.

A medicalização da morte é uma resposta tecnocrática a tabus ancestrais e faz parte de uma vasta estratégia de medicalização do fenômeno humano. O corpo é um espaço político, sua medicalização é uma forma de sequestro de direitos democráticos. Uma perda da autonomia, numa luta em que está em jogo não apenas alguns “malvados” técnicos com seus tubos e estetoscópios contra

“bondosos” medicalizados, mas toda uma trama complexa de poderes que compõe as cumplicidades e as divergências do cotidiano, uma rede de ações que determinam a conformação dos nossos espaços humanos: corpo e meio-ambiente.

Dentro desse espaço humano, desse universo de múltiplas dimensões, territorializado segundo tabus e estigmas, aparece o grande “monstro” da AIDS/SIDA, que consegue – como se fosse encomendado – misturar numa só sigla misteriosa ingredientes fantásticos: sexo e morte. Acontece então o inevitável: a gigantesca curiosidade da população a respeito desse amálgama de coisas indizíveis e a tentativa frustrada de “informar” sobre o que haveria de oculto por trás da sigla.

É preciso inicialmente, portanto, escapar de uma armadilha: não há uma resposta médica à questão que é colocada pela curiosidade a respeito da AIDS. É preciso separar as questões: a AIDS é uma patologia e como tal pode ser descrita; ela apresenta desafios importantes à comunidade e à ciência, mas a descoberta da etiologia e da cura da AIDS não são respostas às questões gerais que fazem da AIDS um “tema dos nossos dias, uma razão de pânico”, etc.

A AIDS como qualquer “doença”, deve ser colocada no lugar dela: como uma doença. Sem fazer da sigla mais do que ela é: uma doença grave, perigosa e mortal, que carrega consigo toda uma carga de preconceitos bem característicos dos nossos dias.

Muito além da discussão da “doença”, tudo deveria passar por outra discussão – política! – sobre a saúde como autonomia de uma dada comunidade de administrar seus corpos e seu meio, ou seja, os terrenos de construir sua própria história.

É preciso entender como dor, doença e morte são tratadas dentro de uma sociedade autoritária para a produção de uma certa *domesticação* dos corpos. Ou seja, como tudo isto entra para organizar um cotidiano onde cada dia fere de modo suicida. E como na luta pela autonomia, é possível reorganizar o cotidiano de tal modo que cada dia venha a ferir o corpo no mesmo sentido em que se diz que o dedo fere a corda de um violão. E cada ferimento de um dia, onde se vive uma morte inevitável, mas não destruidora deve soar como a nota de uma melodia a ser acompanhada por um corpo capaz de ser o corpo de baile de uma busca sem finitude: o ritmo da liberdade.

OS NOMES DE SODOMA

O grande pecado de Sodoma, cidade de vícios perigosos, não seria, para um hebreu, fundamentalmente o condenável ato da relação anal, mas principalmente a muito mais condenável afronta às leis da hospitalidade. A falta de solidariedade e com o estrangeiro condenou Sodoma à destruição. Mas os costumes mudam. E com eles a importância relativa das relações com os orifícios e pingentes do corpo.

Quando apareceu, na medicina, uma novidade mórbida, no início da década de 80, uma de suas características serviu de brilhante chamariz: na imensa maioria, os atingidos pela entidade patológica eram homossexuais. Além deles vinham heroinômanos, haitianos, hemofílicos... Muitos agás (letra muda do horror do preconceito e que não cabe em *hamor*, muitas fascinações mórbidas.

Assim que foi descoberta, a doença (ou doenças) também recebeu o lúcido título de GRID (Gay Related Immune Deficiency). *Grid* é grade ou grelha, mas não deve ser traduzida assim. Nem como “deficiência imunológica relacionada com a Alegria”. De qualquer forma, a medicina acabou introduzindo na sua linguagem a alegria como um troço mórbido. E não estou brincando com palavras. A designação GRID, apenas transitória, foi logo substituída por AIDS – que não deve ser traduzida por *ajudas*. Mas é notável observar que o termo *gay*, internacionalizado pelos homossexuais americanos que assim se autodenominaram, passou a frequentar os textos médicos mais sóbrios como sinônimo da palavra homossexual, de formação exclusivamente médica.

Percebam que nesse jogo de palavras há um enredo que reflete uma evolução social da chamada “homossexualidade”. Uma trama (*grid*) que sugere um caminho que vai do enredamento ao cuidado: uma história de bicho(a) preso e tratado no zôo higiênico. Ou um quadriculado (*grid*) que permite um mapeamento (territorialização) de Sodoma, de tal forma que o lugar do erro e do pecado e do mal seja higienizado, tratado, curado, ajudado a salvar-se (*aids*). Continuando a ficção: em português, SIDA pode soar como apelido de uma (‘tá boa?) santa finalmente surgida das águas escuras. Ou como um sufixo homicida que indica o que fere ou mata...

Muito antes que fosse descoberto o vírus que seria o agente etiológico da doença, as relações entre a homossexualidade e a nova patologia foram

amplamente discutidas. Muitos afirmaram que havia no “homossexual” uma predisposição genética. Outros colocavam a questão assim: não se sabe se a doença é *intrinsecamente* homossexual ou apenas *acidentalmente* homossexual. Hoje (1986), essa questão continua sendo debatida, mesmo sabendo-se que a doença é uma infecção virótica. Atribuiu-se ao homossexual uma “responsabilidade” qualquer pela doença. Do doente que era (afinal, a medicina deixou de considerar a homossexualidade uma doença há pouco tempo), agora o homossexual é sujeito a patologias próprias. Estamos assistindo ao nascimento de um novo ramo da especialização médica: a. Gayiatria...

Se houve um avanço do preconceito contra os homossexuais, por outro lado “uma certa autoproteção mecânica dos ofendidos levava a outra atitude mais ou menos incoerente: a recusa dos fatos. Muitos, procurando defender a ‘comunidade homossexual’, simplesmente negavam a existência do perigo ou fantasiavam sobre causas conspirativas do câncer gay (teria sido a CIA...). Entre o sensacionalismo – da imprensa – que insuflava o pânico (forma obscurantista do exercício da liberdade de imprensa nas nossas sanitárias sociedades democráticas) e o equívoco de supor ações criminais dos homófobos, a perda de tempo só servia para desinformar todos e adoecer muitos...” (Escrevi isto em *Jacarés e Lobisomens*, Rio de Janeiro Achiamé, 1983).

É preciso acentuar o papel da manipulação ideológica de fatos e saberes *médicos* na formação do preconceito contra as homossexualidades. Agora, quando já está claro (aquilo que era no mínimo, óbvio) que o vírus não tem sensibilidade política para optar por certos eleitos ou *en-viados*, continua uma campanha contra *todos* os perigosos *des-viados*, os chafurdeiros da licenciosidade... O preconceito se democratiza! O cardeal-arcebispo do Rio de Janeiro é exemplar, nesta situação.

D. EUGÊNIO SALES COM AIDS

A mistura de “D. Eugênio Sales com AIDS” é explosiva, como demonstra o candente artigo que publicou o primeiro (já que a segunda é analfabeta) nos

nossos vibrantes órgãos diários (*Jornal do Brasil e O Globo*, 27/7/85).

Diz o preclaro autor que a propagação da AIDS “está intimamente relacionada à infração da Moral cristã, sendo esta, até agora, a mais estonteante descoberta médica a respeito da etiologia da doença. Enumera, o venerando escritor, os perigos maiores:

- A. O homossexualismo (“doença ou desvio voluntário” que “busca reivindicar os foros de normalidade);
- B. A promiscuidade pela troca de parceiros (diga-se infidelidade conjugal”, conclui, numa dialética tão ousada que se me escapa a mim, mero mortal);
- C. A liberdade sexual.

Continua condenando os “falsos pastores que arrastam ao abismo seu rebanho”, entre os quais “preferiu-se o combate às injustiças feitas ao homem, antes das que irrogadas ao Criador”. Naturalmente, todos sabem que ficar pelado fazendo sacanagem é o grande problema do mundo, enquanto essas mesquinhas de fome, miséria, exploração e todo esse papo antigo são firulas. Morrer de esquistossomose, lepra ou malária segue a lei de Deus. Morrer de AIDS já é castigo. *Cuique suum*, como se diz, não para falar do que tem a ver com as calças, mas para dizer que cada um recebe o que lhe cabe.

Como muitos, o cardeal-arcebispo demonstra uma enorme admiração pela doença, da qual fala com excessos de satisfação. Segundo ele, ela vem ao mundo para punir os pecadores, atividade na qual fracassou o inferno que se tornou, como é de conhecimento público, o lugar preferido das boas intenções. Não se pode acusar D. Eugênio de boas intenções que o levariam à perdição. Oh, não! Suas intenções são o oposto daquelas. Os cultivadores do pânico querem acabar com o Mal e por isso apreciam a AIDS que, segundo eles, comprova o Bem.

AIDS: MODO DE USAR

Esqueci de dizer acima que o cardeal aproveitava a deixa para condenar o aborto, dizendo que tentaram (as forças do Mal) aprovar uma lei, no Rio, que “legalizava o aborto”. Não posso dizer que D. Eugênio mentiu. Acredito, porém, que se equivoca, pois quem o informou disso mentiu para ele. O projeto de lei apresentado pela deputada Lúcia Arruda (PT-RJ) apenas regulamentava o atendimento médico às mulheres nos casos de aborto previstos pelo Código Penal e que são atendidas nos serviços públicos de saúde de forma precária e humilhante. O projeto de lei foi aprovado pela Assembleia e posteriormente vetado pelo governador devido às pressões do cardeal. Que aliás está cheio de razão de misturar essas questões dentro do caso da AIDS. De início, a gente pensa que é um treco meio alucinado falar de uma coisa a propósito da outra. Mas, se a gente pensar bem, tem tudo a ver uma coisa com a outra... Afinal, tudo diz respeito à liberdade de dispor do próprio corpo e de como se emprega a AIDS para curar esse sonho mau.

Como se vê, a AIDS tem mil e uma utilidades. Seu emprego é flexível e define a “doença” como parte de uma guerra ideológica duradoura.

Na clamorosa insistência dos meios de comunicação em “informar” *tudo* sobre a AIDS, reconhecemos, na infinidade dos conteúdos das informações, um ponto comum que é a colocação da AIDS como aparelho para diferentes estratégias ideológicas. Nem é preciso falar da importância da discussão dessas estratégias. Mas seria uma ingenuidade supor que a luta toda seja um avanço da “repressão” contra a “revolução sexual”, uma espécie de faroeste maniqueísta, versão grotesca de “os brutos também amam”, que aliás era um filme avesso ao maniqueísmo e muito mais próximo dessa luta sem lados ou blocos que é o dia-a-dia do amor dos brutos que somos.

A ideia mais primária – donde surgem equívocos lamentáveis – é que a repressão moralista vai “perseguir” e “massacrar” os homossexuais e os desviantes. Não é impossível, nem absurdo, que uma tal guerra se dê. Mas não será sob a forma de agressão apenas, como quer D. Eugênio, ou sob a forma de extermínio nazista ou stalinista, como quer Paulo Francis (ver o artigo “A AIDS é um Tigre de Papel... Higiénico”).

A verdadeira repressão, o grande perigo da utilização da AIDS numa guerra de extermínio, é a organização e a higienização do “espaço homossexual” nas cidades e nos corpos. Pouco adianta condenar a campanha moralista que usa a AIDS como cavalo de batalha, como se essa colocasse em risco os “espaços orgiásticos da comunidade gay”. O risco é muito maior: é mais provável que a tendência seja “higienizar” o gueto, “urbanizá-lo” torná-lo de fato um *gueto*. De tal forma que o “lugar homossexual” torne-se estritamente circuncidado, fechado e sanitariamente vigiado. O “homossexual” passaria, *limpamente*, a ser admitido como habitante da cidade do século XX, mas apenas habitante, pois seria cidadão apenas no seu gueto, seu asilo, seu “doméstico”; seu “lar”...

A luta contra a desagregação da família higiênica passa não pela impossível amputação da “homossexualidade”, mas, ao contrário, pela construção do “homossexual”, como ente e figura estatutária, bem definido no seu território dentro do corpo e dentro da comunidade.

O problema em questão não diz respeito nem à epidemia de AIDS nem a uma suposta “comunidade gay”: está em questão a própria cidadania como um todo. O avanço da sexocracia e da tanatocracia se imiscui na experiência corporal de uma atividade regular dos cidadãos, torna-a objeto de diagnóstico (homo ou heterossexualidade) e serve exclusivamente no avanço de uma domesticação que é a socialização da solidão.

E como o corpo – que responde às agressões do meio com a mesma bateria de recursos, sem distinguir uma fachada de uma incisão cirúrgica – não é poliglota, também a solidão não é poliglota: não existe como homo ou heterosolidão.

HORROR AIDS AGAIN

Eu tenho medo da AIDS. Ele é uma necessidade natural, já que se trata de um perigo que não é sobrenatural.

Eu tenho horror do pânico que estão criando em torno da AIDS. É uma falta intencional de socorro a pessoas em perigo de vida. Tem muita gente tra-

balhando para semear o pânico, com o empenho do semeador legendário que luta contra as intempéries usando até agrotóxicos.

Quanto a mim não gosto nada da AIDS, entre outras razões porque não vejo razões para se defender a AIDS contra o sexo.

Para os industriais do pânico, o sexo é responsável pela AIDS quando deixa de ser responsável pela culpa e pelo respeito às autoridades. Eu acho que, ao contrário, o sexo só é responsável pela culpa e pela submissão quando é outra coisa e não apenas um mecanismo para que as pessoas fiquem juntas, felizes e em aberta e franca divergência. Inclusive, sem este sexo não haveria nem ajuntamento das divergências, nem felicidade, nem mesmo pessoas.

A AIDS é apenas um vírus, sem nenhuma moral humana, tal com a gripe. Nunca ninguém pensou em responsabilizar o aparelho respiratório pela gripe ou acusar a respiração de atividade capaz de pegar a espanhola, a tuberculose e outro monte de bagulhos nojentos, devendo por isso as pessoas pararem de respirar para evitar essas infecções muito hospitalares. É péssimo para a vida, a ausência de respiração. Agora, se aparece um monte de gente pondo a culpa na respiração, todos vão ficar muito culpabilizados, e é o pânico. Vai ter até quem respire apenas na intimidade, com todos os preservativos sanitários. Como não pode ser assim, o que fazer para evitar todas as agressões armadas à respiração? Respirar com satisfação, mas cuidadosamente. Isto é, com medo, parente próximo das técnicas orientais de autodefesa enquanto o pânico é um grande filho da culpa.

O pânico resulta da competência dos especialistas da culpa e da impotência, sábios que transmitem sólidos conhecimentos de desinformação sob a forma de conselhos doces ou de teorias complexas dos que acham que não precisam ter medo. Estes se sentem imunes devido às suas próprias defesas de segurança que lhes vêm das privilegiadas relações que mantêm com o poder divino e o terrestre. Sobretudo com o último. São os que fizeram a opção preferencial pelo pânico.

Sinceramente, eu prefiro a pobreza do medo. Do medo simples, cordial, facultativo, que me permita entender, mesmo quando não haja motivo para compreensão. Só não digo que morro de medo da AIDS porque estaria fazendo hoje o que ela poderá fazer amanhã. Reafirmo que, para matar, o pânico da

AIDS é o campeão do mundo em matéria de guerra ideológica. O pânico da AIDS vai acabar matando mais gente do que a própria, porque esta pode causar baixas importantes, mas aquele é capaz de provocar um genocídio.

Eu queria falar mais ainda, para xingar o pânico e dizer como usei o medo favoravelmente para falar da lei do mais fraco (ou, pomposamente, da resistência e da solidariedade). Queria dizer que estou mergulhado num certo humor mordaz que deve fazer o sotaque deste texto soar com todas as pronúncias da ironia. Leia-se “com intenção”, como se diz nas rubricas de teatro ou de telenovela. Agora, devo encerrar. Depois, volto a isto, porque continuo com medo e sem isto não dá para amar os fracos, coisa obrigatória a quase todas as pessoas humanas que tem verdadeiramente auto-estima.

**O PRIMEIRO AZT
A GENTE NUNCA
ESQUECE**

HERBERT DANIEL

TEMPO, CONTRATEMPO
ANULAM-SE, MAS O
SONHO
RESTA, DE VIVER.
[DRUMMOND]

Quando minha médica, diante dos meus exames onde cifras e relações indicavam a ruptura das regras dos jogos biológicos dos OKT4 e OKT8, pronunciou pela primeira vez, com extremo cuidado, a sigla AZT, como indicação para o meu caso, minha reação foi depressiva.

Resisti. Afinal, eu estava tão bem, sentindo-me tão inteiro desde que superara as primeiras infecções... Não me sentia disposto a atravessar este ritual de passagem que é (ou era para mim) o início da etapa AZT.

Diante da primeira pílula oblonga, vestida com sua faixa azul escuro, ergui um brinde. Sozinho na cozinha, disse-me: eis aqui o princípio do fim. E pensei, na minha arena, gladiador fatalista, *morituri salutant...*

E, puxa vida, tudo aconteceu como se eu tivesse tomado uma cápsula de uma droga, uma cápsula de qualquer droga medicinal! Nada rangeu, as órbitas celestes não infletiram, o chão manteve seu rigor indiferente. Durante alguns dias, continuei tomando a droga como se estivesse absorvendo o cálice que o Pai tivera a compaixão de afastar de mim.

Foi então que percebi, com nitidez, que não estava tomando AZT. Estava engolindo, comprimido após comprimido, as metáforas transtornadas do medicamento, estava ingerindo uma ideologia muito própria cristalizada na sigla e na notícia que dela se dá muito mais do que na fórmula química que, *a priori*, deveria estar limitando a ação devastadora do HIV nas minhas células.

O AZT, apesar de sua composição química e independente dela, começou nos últimos anos a fazer parte integrante da construção complexa da mi-

tologia da AIDS. Sobre o terreno biológico da ação do vírus no sistema imunitário, sobre as dificuldades das relações da ciência com uma doença nova e inquietante, criaram-se catedrais de tortuoso barroco, fantasias sólidas com abóbadas, agulhas, gárgulas, átrios e cemitérios... O AZT compõe hoje em dia elementos seminais dessa construção delirante, é uma das peças essenciais do quebra-cabeça ideológico do que chamamos AIDS.

Em primeiro lugar, gostaria de afirmar que não estou defendendo o AZT. Ele não merece. É uma droga, e como todas tem um caráter experimental, não é uma panacéia, depende de sua utilização e da pessoa que o utiliza. Não estou querendo fazer uma argumentação fármaco-química. A única coisa que tento, do meu ponto de vista de usuário leigo, é dar um chega para lá na propaganda laboratorial, na publicidade absurda, em primeiro lugar. Publicidade de droga, qualquer droga, é um desrespeito ético. Nunca se deveria fazer propaganda nem de cigarro, nem de urodonal, nem de aspirina ou pílula do Dr. Ross. Muito menos de agrotóxicos e produtos de emagrecimento. O AZT, *noblesse oblige*, ganhou um espaço disparatado na mídia, e não poucas vezes, insuflado pelos seus ricos produtores.

Basta medir este efeito se perguntarmos à maioria das pessoas o nome de um medicamento específico para a tuberculose, ou o nome de uma droga em uso para uma disfunção do aparelho digestivo. Quase ninguém sabe. No entanto, todo mundo sabe que o AZT é um remédio para AIDS – e mais ainda, o que parece paradoxal, mas não é – que é uma droga que ajuda mas não cura!

De fato, o AZT tornou-se emblemático de um dos fundamentos de toda ideologia da AIDS. Sabe-se que a “aids” (uso a palavra em minúscula para chamar atenção para este significante que quer dizer muito mais do que a doença indicada com a sigla AIDS) tem uma definição mínima operacional que consiste em dizer que é uma doença contagiosa, incurável e mortal. A incurabilidade da aids, que é o que nos interessa neste caso, não é uma característica transitória, decorrente de um certo estágio tecnológico da medicina. Passou a ser, enquanto incurabilidade, uma espécie de componente metafísico da patologia. O AZT entra nessa metafísica como uma droga de suavização da incurabilidade, uma espécie de tiro de misericórdia. Assim, a droga não é observada sob o prisma de um dos auxiliares do tratamento, mas como uma tentativa (de início já

frustrada) de preparação menos contundente da morte. O AZT inaugura, pelo menos para a AIDS, a categoria de “droga terminal”.

Ora, montado nesta ideologia, o AZT apresenta-se como um instrumento arrogante, um “mal necessário”. Não é apenas uma apresentação limitada, quase humilde (“afinal, é só o que podemos fazer, pelo instante...”). É, pelo contrário, uma imposição autoritária, que submete o doente à imagem de sua mortalidade (“agente todos os efeitos colaterais, é sempre melhor sofrer do que morrer...”). De fato, sob o discurso extremamente piedoso do “mal menor” ou “necessário” esconde-se um mecanismo de medicalização dos corpos, cujo objetivo central é captar o doente dentro de uma rede de poderes que instituiu uma verdadeira ditadura da terapêutica.

A única resposta a tamanha armadilha é uma atitude ativa do doente, associado ao seu médico, em que ele possa dizer ao AZT: ponha-se no seu lugar. Ou seja, no lugar de uma das possíveis medicações antirretrovirais à disposição na atualidade. O AZT é uma droga, com múltiplos efeitos, com reações variáveis, que tem dado excelentes resultados em alguns casos, resultados menos bons em outros. Mas o melhor resultado, em cada pessoa, depende da atitude do usuário de convencer-se de que está tomando apenas uma droga e não um filtro mágico cheio de bruxas do escuro e fadas do espanto.

Fundamentalmente, é preciso convencer-se de que, embora a AIDS seja ainda incurável (no sentido de que não se pode eliminar o HIV do corpo), mais e mais se torna uma doença tratável. Existem tratamentos para todas as doenças oportunistas (quanto mais precocemente curadas, melhor é a qualidade de vida do doente). E mais: estão sendo desenvolvidos medicamentos preventivos de cada vez melhor qualidade para evitar os possíveis desenvolvimentos da imunodeficiência.

O AZT é uma das experiências de medicação antirretroviral.

Deve ser usado sob controle. Com isto, quero falar da função do médico, mas quero falar também do controle do próprio paciente. A paciência, neste caso, cabe como um sólido instrumento de desenvolvimento de uma consciência que nos evite embarcar em todas as canoas furadas das ideologias da morte civil.

Para os médicos, gostaria de deixar um lembrete: ao receitar o AZT, procure desbastar o cipoal metafísico que o envolve para cada paciente. Expliquem,

pacientemente... Droga é droga. As viagens delas podem ser melhores, ou sem volta. Informação é uma chave para grandes visitas às paisagens mais bonitas de nossa libertação.

Para os que comigo viveram a experiência do primeiro AZT faço de novo o apelo para não nos deixarmos enganar pelas ditaduras terapêuticas. E mais: lembremo-nos que, no caso da AIDS existem inúmeras possibilidades de terapêutica (alternativas ou não) que devemos buscar. Com paciência. Com consciência dos nossos direitos humanos. Com muito rigor para não se envolver com qualquer forma de charlatanismo. Tenho aprendido que a vida debruça-se no mistério, mas facilmente se afoga na superstição.

P.S.: E, para terminar, gostaria de agradecer de público ao Walter Almeida à Rosamélia Cunha e à Márcia Rachid, que me ensinaram que o AZT não se toma com ilusões. Deve ser ingerido com solidariedade e consciência.

Rio, julho de 1990



Copyright © 1990 Herbert Daniel e
Richard Parker

**ABIA - Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS**

Av. Presidente Vargas, 446, 13º andar

– Centro – CEP: 20071-907 –

Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Tel.: (021) 2223-1040

Email: abia@abiaids.org.br

Site: www.abiaids.org.br



"The financial contribution of UNAIDS towards this project is gratefully acknowledged. However, its content and ideas expressed therein do not necessarily reflect the views and opinions of UNAIDS or engage the responsibility of UNAIDS."

"O apoio financeiro/aporte de recursos do UNAIDS para este projeto é reconhecido com gratidão. No entanto, o conteúdo e as ideias nele expressas não refletem necessariamente os pontos de vista e opiniões, nem são de responsabilidade do UNAIDS."

O que acontece quando uma doença infecto-contagiosa assume um caráter epidêmico, em pleno final do século XX? O que acontece quando uma de suas principais vias de transmissão são as relações sexuais? O que acontece, enfim, quando esta doença é, em muitos casos, letal e, de início, pensou-se que seria exclusiva de homens com prática de relações homossexuais ou bissexuais?

Herbert Daniel e Richard Parker mostram que, dadas estas circunstâncias, tudo precisa ser rediscutido. Das ideias de saúde e doença, passando pela questão dos direitos do indivíduo ou do cidadão, até a discussão do sexo e da morte nas sociedades modernas, tudo é posto de cabeça para baixo pelos autores. A aids (em minúsculas, como sugere Herbert Daniel) veio provar que a doença é algo muito grave para ser entregue exclusivamente a médicos. Ciência, sim, mas sem mistificação ou mitificação. Aceitar e respeitar a intervenção médica não significa retirar dos que são sujeitos da experiência o direito de dizer o que pensam sobre a aids e de se fazerem ouvir, o que é mais importante. Com a aids, algo de que já se suspeitava, aconteceu.

Número um, as promessas dos mitos científicos são, de fato, apenas promessas. Morrer, através ou não do sexo, é o destino inelutável de todos nós. Culpar as relações homossexuais pela difusão da aids faz tanto sentido quanto culpar o ato de respirar pelas doenças da poluição. Número dois, doença não é apenas uma lesão anatômica num corpo biológico. É também o encontro de um sujeito que sofre e de uma sociedade que imagina o que significa adoecer e morrer, e tudo isto está longe de poder exprimir-se através de pesos e medidas. Para bom entendedor, chegamos ao fim da ditadura dos discursos competentes.

Escrito a quatro mãos, o texto soa como um concerto bem temperado. Nenhuma dissonância entre as observações etnográficas de Parker e as afirmações em primeira pessoa de Daniel. Ambos estão engajados demais no que dizem para tergiversarem ou mentirem quando escrevem. O que flui, portanto, é uma narrativa ou narrativas verdadeiras, apaixonadas, de como prevenir, viver ou morrer com aids, nestes anos 90. Nem banal, como mostra a exploração da mídia, nem ridiculamente catastrófico, como quer o moralismo culpabilizante, a aids é uma síndrome/doença séria, grave, fatal no mais das vezes e por isso precisa ser conhecida e combatida com informação, solidariedade, luta contra o preconceito e amor pela vida. Isto, Daniel e Parker têm de sobra. Então, o resultado está garantido.

Jurandir Freire Costa