

Compartilhando o desafio

No final de 1991, um pouco menos de dez anos desde o surgimento do primeiro caso de AIDS no Brasil, o Ministério da Saúde, em Brasília, registrou mais de 20.000 casos e as estimativas oficiais sugerem que mais de 700.000 podem estar infectados pelo HIV. Esses números, em si, são suspeitos, dado o enorme número de casos não-notificados e o fato da epidemia ser quase que certamente ainda mais grave do que essas estatísticas poderiam indicar.

Se no passado acreditava-se que os casos de HIV/AIDS restringiam-se a um número relativamente reduzido de "grupos de risco" identificados, hoje está claro que a disseminação da epidemia se faz sentir em todos os setores da sociedade brasileira. Ao lado da incidência contínua da transmissão do HIV entre homossexuais e pessoas que recebem transfusões ou produtos sanguíneos, começam a surgir taxas de transmissão entre usuários de drogas endovenosas e homens e mulheres heterossexuais, taxas que aumentam com grande rapidez. A rápida massificação da epidemia fez-se acompanhar apenas de sua pauperização — sua disseminação alarmante entre os setores mais pobres da sociedade brasileira e seu conseqüente impacto exatamente sobre esses segmentos da população, com menos acesso a cuidados adequados com a saúde e a serviços sociais, bem como aos recursos simbólicos mais limitados, necessários ao enfrentamento dos novos dilemas trazidos pela AIDS.

A falta quase absoluta de uma resposta efetiva à epidemia de HIV/AIDS, por parte do governo brasileiro, praticamente garantiu a drástica continuação da disseminação da epidemia de AIDS nos próximos anos, garantindo também que o impacto econômico e social da AIDS será sentido com maior intensidade ainda no futuro previsível. Na verdade, exatamente



te no momento em que a epidemia está se expandindo com maior rapidez, tanto a quantidade de recursos disponíveis quanto a qualidade do planejamento da saúde pública deterioraram-se visivelmente nos últimos anos, deixando a sociedade brasileira quase que totalmente despreparada para enfrentar a rápida expansão da epidemia. Junto com o agravamento das crises social, política e econômica que assolaram o Brasil no início desta década,

esta falta de liderança governamental colocou uma carga maior sobre as já danificadas estruturas da sociedade civil, alcançando o limite da capacidade das organizações não-governamentais abordarem a ampla gama de questões colocadas pela disseminação descontrolada do HIV/AIDS à sociedade brasileira.

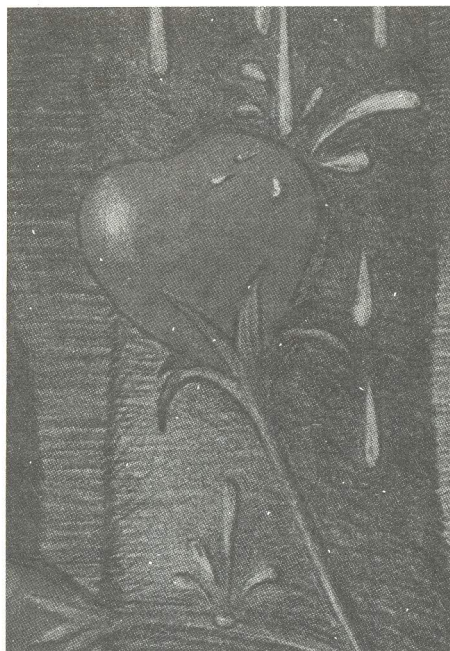
É neste contexto, como resposta a tais condições, que a ABIA — Associa-

ção Brasileira Interdisciplinar de AIDS — vem tentando repensar as prioridades mais urgentes colocadas diante de nós, bem como desenvolver um plano de ação com o objetivo de oferecer respostas à AIDS no início desta década. Devido à forma mutante de epidemia e à não-existência de lideranças nacionais e internacionais na luta contra a AIDS, buscamos redefinir nossos principais objetivos e nossa estrutura organizacional a fim de abordar os desafios colocados diante de nós. No entanto, ao mesmo tempo, procuramos nos basear em nossa experiência, adquirida no decorrer de cinco anos e, com base nesta experiência, desenvolver uma visão da epidemia e uma estratégia, ou um conjunto de estratégias, como uma resposta efetiva a ela.

Desde seu surgimento, em 1986, a ABIA vem buscando entender a AIDS não apenas como uma doença, mas como uma epidemia — uma questão não apenas para a medicina e para os médicos, mas para a sociedade como um todo. Neste sentido, a ABIA vem abordando a AIDS como uma questão de saúde coletiva, demandando respostas baseadas, acima de tudo, nos princípios da solidariedade.

Embora várias mudanças tenham ocorrido com o desenvolvimento das epidemias do HIV e da AIDS, esta compreensão básica continua a ser fundamental para todas as atividades da ABIA. É através da solidariedade, e da busca de soluções coletivas aos dilemas colocados pelo HIV (um vírus ao mesmo tempo biológico e ideológico), que a ABIA buscou responder à epidemia de AIDS no passado. É através da solidariedade, e da luta contra os efeitos debilitantes do preconceito e da discriminação, que a ABIA continuará a enfrentar a epidemia de AIDS no futuro.

Entretanto, ao mesmo tempo, a ABIA continuou a crescer e a mudar com o passar do tempo, desenvolvendo novas iniciativas e abrindo novas linhas de atividades, a fim de ampliar a causa da solidariedade face à epidemia de HIV/AIDS. Dentre os exemplos mais claros deste processo de crescimento está o surgimento, em 1989, do Grupo Pela VIDDA — uma organização de pessoas que vivem com a AIDS e que trabalham pela defesa de seus direitos humanos e civis —, como um parceiro crucial na luta contra a epidemia. Junto com o Grupo Pela VIDDA, a ABIA vem buscando desenvolver uma nova compreensão da prevenção da AIDS, não apenas interrompendo a cadeia de transmissão do HIV, mas também desenvolvendo novas estratégias para o cuidado e tratamento das pessoas que já estão soropositivas ou que apresentam alguma doença relacionada ao HIV/AIDS.



Como parte deste processo contínuo em busca da avaliação da epidemia da AIDS e do enfrentamento dos problemas trazidos por ela, ficou claro que a disseminação da epidemia, juntamente com a crescente massificação e pauperização, exigirá nos próximos anos, não apenas esforços redobrados, mas também, novas soluções. E, junto com um perfil epidemiológico mais sério e complicado, a crescente medicalização da AIDS e, em grande parte como resultado desta medicalização, a tendência de subestimar ou mesmo ignorar os aspectos sociais da epidemia exigirão uma atenção renovada às dimensões políticas da epidemia e um comprometimento contínuo com a busca de soluções coletivas aos problemas levantados por ela.

Com base nessa visão, a ABIA identificou três áreas de atividades principais como sendo cruciais a sua resposta à AIDS

nos anos 90: (1) um enfoque renovado na análise crítica das políticas públicas relacionadas à AIDS; (2) um comprometimento contínuo com a disseminação de informações precisas e com a definição de estratégias de comunicação efetivas para o desenvolvimento de atividades de prevenção da AIDS; e (3) o desenvolvimento de um novo programa, bastante ampliado, de colaboração e cooperação com as diversas instituições da sociedade brasileira, tais como empresas, escolas e universidades, sindicatos e outras organizações semelhantes que ofereçam pontos eficazes de contato com a população em geral, a qual deve ser urgentemente alcançada de modo a prevenir a disseminação da epidemia.

Os desafios que hoje se colocam à nossa frente, à medida que a epidemia de AIDS entra em sua segunda década, são nitidamente complicados e difíceis. As mudanças e alterações na epidemia têm que vir acompanhadas de mudanças e transformações na forma de enfrentar os novos desafios. Nossa resposta precisa crescer com o crescimento da epidemia.

Por fim, a luta contra a AIDS só pode ser realizada através da ação coletiva e da solidariedade. Depende da educação e da informação, do desenvolvimento de serviços adequados para os que estão doentes ou são portadores do HIV e da qualidade dos cuidados com a saúde para a população como um todo.

A ABIA escolheu a solidariedade como método. Acreditamos que esta escolha seja uma opção consciente a favor da cidadania e da democracia — a favor dos direitos humanos e da dignidade humana. Trata-se de uma opção consciente de vida a favor da vida. É através da solidariedade que continuaremos nossa luta contra o HIV e a AIDS e é na solidariedade que acolheremos qualquer um que deseje se juntar a nós nesta luta.

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Rua Lopes Quintas, 576
22460 — Rio de Janeiro — RJ
Telefone (021) 239-5171
Fax (021) 294-5602

Disque AIDS Pela VIDDA —
(021) 294-3131
de 2ª a 6ª das 13 às 21 horas

A ABIA é financiada por:
Fundação Ford, IAF (Inter American Foundation), Misereor/Zentralstelle Entwicklungshilfe e.V., Programa Solidariedade é uma grande empresa

Boletim nº 15 — dezembro de 1991
Publicação bimestral

Tiragem: 15.000 exemplares
distribuição interna

Diretor: Herbert de Souza

Jornalista responsável:
Mônica Teixeira — MT 15309

Editores: Herbert Daniel, José Stalin Pedrosa, Richard Parker e Marcelo Carneiro

Programação visual e produção gráfica:
A 4 Mãos Ltda.

Editoração eletrônica:
DHC Arte & Design

Fotolitos: Mac Collor

Impressão: Gráfica JB Ltda.

Este boletim foi financiado com recursos liberados por: CAFOD e CARITAS/Noruega.

Grupo de Ajuda e Informação Frente à AIDS: um programa de vida na Colômbia



Passaram-se pouco mais de sete anos desde aquele 28 de junho de 1984, quando, sentados à mesa de um bar, cedido para aquela ocasião, discutíamos sobre o futuro do Movimento de Libertação Homossexual Colombiano (MLHC). Para alguns a luta deveria seguir nos mesmos termos, sem nenhuma modificação significativa; para mim, a luta deveria incluir uma estratégia para confrontar um problema que vinha até nós, a passos gigantescos, sem que tivéssemos como nos defender. Minha experiência com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) na população homossexual havia demonstrado o quão vulnerável ela se encontrava diante deste tipo de eventos. Para muitos, a AIDS e as DSTs eram apenas problemas específicos das organizações *gays* norte-americanas, não um problema real de saúde para a população homossexual colombiana e menos ainda um problema de saúde pública.

Não foi muito difícil tomar a decisão: O MLHC optou por prosseguir em sua luta política, sem alterações substanciais. Eu, entretanto, decidi compor um Grupo de Ajuda e Informação (GAI), cuja sigla, de alguma maneira, orientava acerca da população objeto do trabalho. Dois meses depois, realizou-se a primeira atividade de informação com eixo na AIDS, contando para isso com a colaboração dos proprietários e administradores dos lugares de encontro da população homossexual; atitude que ainda hoje continuam mantendo.

Um ano depois, os trabalhos foram se estendendo a outras populações. Primeiro aos estudantes universitários, depois à população em geral. Em setembro de 1986, o Ministério da Saúde organizou o Primeiro encontro de Especialistas em AIDS, para o qual fomos convidados como representantes da comunidade. Lá fizemos contatos com profissionais do setor oficial de saúde e tomamos a decisão de realizarmos atividades conjuntas. Nosso nome mudou para Grupo de Ajuda e In-

formação Frente à AIDS e os trabalhos ampliaram-se ainda mais, ao se iniciarem os trabalhos dirigidos aos membros da equipe de saúde e aos jovens.

Em 1988, tomamos a decisão de ampliarmos o trabalho aos presos e aos trabalhadores sexuais femininos, pois já vínhamos trabalhando com trabalhadores sexuais masculinos. Porém, as primeiras atividades demonstraram a necessidade de realizarmos, paralelamente às intervenções, uma pesquisa sobre atitudes, conhecimentos e práticas nesta população — projeto que teve início em junho do mesmo ano.

Os resultados desta pesquisa ficaram prontos um ano depois e foram apresentados oficialmente na Conferência Internacional de Montreal, que também foi nossa primeira participação de caráter internacional. Ali descobrimos que, para muitos, nossa filosofia e experiência de trabalho não era nova, e notamos que nosso grupo não ficava significativamente distante, em suas atividades, das outras organizações não-governamentais de luta contra a AIDS.

Nosso trabalho baseia-se na luta e no respeito pelos direitos humanos. Seu eixo fundamental é a vida, um trabalho pela e para a vida; a vida tomada como um conceito amplo, na qual a ausência de saúde é apenas um dos elementos a se ter em conta. Buscamos conscientizar e aumentar os índices de bem-estar e de qualidade de vida; a doença sendo apenas a presença de uma moléstia específica e não um fato definitivo na essência do homem. Estamos vivendo com a AIDS, a humanidade vive com esta condição e mesmo aqueles que não vivem especificamente com o vírus estão afetados por seus efeitos psicossociais.

O homem é um ser global, único, irrepetível, transcendente, recorrente, histórico e evolutivo, e como tal deve ser tido em conta em qualquer tipo de intervenção.

Nossos trabalhos

Toda intervenção pretende resgatar (se isso for necessário) a capacidade de se dar e receber afeto, de decidir-se sobre a própria genitália, de redescobrir como fato erótico, em processos claros de auto-imagem e auto-valorização, valores positivos para a vida e a saúde, que melhorem os níveis de intercâmbio e que tenham como resposta processos de hetero-valorização a respeito da sua corporalidade e da do outro, além de mudanças substanciais em suas relações de intercâmbio. Isto se consegue através de atividades específicas, tais como, cursos de bio-danças, em que cada pessoa, através de exercícios baseados no condicionamento motriz e na racionalização de seu processo corporal, assume seu entorno (circunvizinhança) e âmbito de domínio como elementos fundamentais em seu processo de inter-relação.

Programas informativos, educativos e formativos, programas de prevenção e atenção, através de seminários, cursos, conferências, visitas e lugares de encontro, espetáculos (*shows*), produção de materiais específicos e generalizados, orientados para diversas populações e com duração coerente com as respectivas necessidades — estes programas recuperam a idiosincrasia dos participantes, pelo uso de linguagem e imagens apropriadas, utilizando para isso as tecnologias necessárias.

Realizamos visitas domiciliares a grupos de familiares e neo-famílias, buscando com isso diminuir os efeitos psicossociais sobre os doentes e os seus, além de tentar proporcionar-lhes um maior bem-estar. Contamos com uma linha telefônica DE VIDA E DE AIDS, que funciona juntamente com um serviço de informação postal. Através destes serviços transmitem-se informações genéricas e especializadas, pelas quais encaminhamos os usuários às instituições de seguro social e de serviços de saúde do Estado, quando é o caso.



Efetuamos aconselhamento pré e pós-teste, assessoria em sexualidade, apoio psicológico, consulta médica especializada; outros tipos de intervenção, como consulta psiquiátrica, apoio jurídico e espiritual, encaminhamos a pessoas que nos assessoram nestas atividades que não desempenhamos diretamente. Para isso contamos com uma equipe de pessoas, na sua maioria homens (17) e seis mulheres, que doam seu tempo para o trabalho voluntário como membros ativos, colaboradores e assessores: profissionais e/ou estudantes de diferentes ramos do conhecimento que selecionamos num processo que busca avaliar, além dos conhecimentos específicos sobre AIDS, sua capacidade de abertura mental, o seu respeito pelos valores essenciais dos indivíduos, sua atitude de escuta, a confiabilidade, o seu respeito pelo anonimato, suas qualidades, sua capacidade de aproximação, entrega e ajuda mútua e, por fim, sua possibilidade de trabalhar em condições adversas e com poucos recursos.

Consideramos que aqueles que chegam até nós, vêm em busca de solidariedade, de afeto, ajuda mútua, respeito por seus próprios valores — muitos deles violentados em seus mínimos direitos — e, mais que informação especializada, desejam ser ouvidos, valorizados, respeitados, impelidos a recuperar suas próprias energias e a encontrar suas próprias respostas.

Os resultados

O GAI/AIDS conta com apoio legal do Ministério da Saúde e possui uma modesta sede, na qual se trabalha das 14 até as 21

horas. Ali funciona a linha DA VIDA E DA AIDS, o centro de documentação, desenvolvem-se programas preventivos de educação e formação, programas preventivos de cortesia. Há ainda um centro para encontros de voluntários com pessoas que procuram aconselhamento pré e pós-teste e para trabalhos diretos com pessoas com diagnóstico positivo para o HIV, seus amigos e familiares.

Nossa ONG tem sido reconhecida no seu esforço por meios de comunicação de massa que publicam permanentemente artigos de opinião produzidos por nós ou sobre nossas atividades, destacando-se o fato de termos realizado mais de cem programas de televisão, incluídos dois de ampla repercussão pelo inusitado, em que foi mostrado num pênis de borracha, a colocação correta do preservativo.

O GAI/AIDS produz material didático audio-visual, livros, folhetos e dados cadastrados; tem colaborado na elaboração dos materiais de outras ONGs — inclusive do exterior — e da empresa provada. Um de seus programas mais conhecidos é o curso Vida e Sexualidade, pelo qual tem sido convidada por vários países.

Membros do GAI/AIDS têm saído desta organização para fundar outras. Nosso empenho atual é fortalecer a Mesa Coordenadora Nacional, da qual somos co-fundadores.

*Manuel Antonio Velandia Mora,
sociólogo, filósofo, fundador e atual Diretor
Executivo do Grupo de Ajuda e Informação Frente à
AIDS da Colômbia.*

Dez anos após a descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, estamos entrando numa nova era no confronto global com a AIDS.

Ao se iniciar a segunda década, aumenta a preocupação com a nossa capacidade de enfrentar os novos e crescentes desafios do HIV/AIDS nos anos 90.

A pandemia se intensifica e, apesar disso, a complacência aumenta e o comprometimento da sociedade com o HIV/AIDS diminui. A solidariedade está ameaçada pelo ressurgimento da discriminação. Dentro dos programas para o HIV/AIDS, a fadiga, a frustração, as relações obscuras com estratégias de saúde mais amplas e a competição entre prioridades sociais e de saúde contribuíram para a incerteza crescente quanto à melhor forma de lutar contra a AIDS na próxima década.

O futuro do cuidado e da prevenção contra o HIV/AIDS depende do comprometimento contínuo, da iniciativa e da criatividade das políticas e programas contra o HIV/AIDS.

Hoje, são necessários novos enfoques, baseados no conhecimento e na experiência adquiridos na primeira década, que respondem às novas circunstâncias e desafios — às dinâmicas realidades da pandemia, seu crescente impacto e às decorrentes reações da sociedade.

A Coalizão Global de Políticas contra a AIDS é uma resposta específica — não-governamental, internacional e multidisciplinar — a essa nova situação. A Coalizão reúne pessoas que acreditam que a análise e a defesa independentes podem dar uma importante contribuição, ajudando as políticas e programas a enfrentarem os extraordinários desafios dos anos 90.

Objetivos da Coalizão

A Coalizão Global de Políticas contra a AIDS visa a fortalecer as políticas e práticas contra o HIV/AIDS, através da análise e defesa independentes e do apoio aos responsáveis pelas políticas e programas contra o HIV/AIDS.

A Coalizão fundamentará sua análise e defesa em três áreas:

- elucidar áreas críticas de incerteza relacionadas às políticas e programas atuais;
- chamar atenção para as implicações das políticas e programas atuais no desenvolvimento futuro da pandemia e na decorrente resposta da sociedade;

Coalizão Global de Políticas contra a AIDS

The Global AIDS Policy Coalition

Fundada em 1º de junho de 1991 com a participação de diversas personalidades que se destacam na luta contra a AIDS, entre as quais Herbert Daniel da ABIA e do Grupo Pela VIDDA:

Jonathan Mann (coordenador), Peter Aggleton, Dennis Altman, Kapita Bila, Albina du Boisrouvray, Herbert Daniel, Daniel Defert, Gloria Ornelas Hall, Noerine Kaleeba, Maureen Law, Hans Moerkerk, Jan-Olof Morfeldt, June Osborn, Anthony Pinching, Richard Rector, Katarina Tomasevski, Eka Williams, Debrework Zewdie

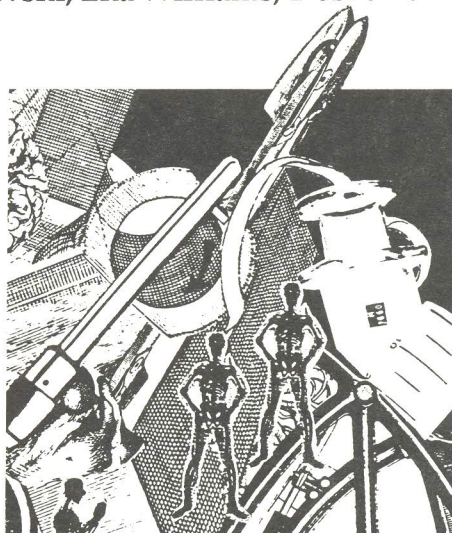
- promover a atenção constante e construtiva aos problemas sociais e de saúde básicos, cruciais para o progresso na prevenção e tratamento do HIV/AIDS.

Chamar atenção para as implicações das políticas e programas atuais no desenvolvimento futuro da pandemia e na decorrente resposta da sociedade

A evolução rápida e dinâmica da pandemia e da resposta da sociedade desafiou nossa capacidade de permanecermos flexíveis, alertas e abertos aos novos perigos e oportunidades. Na primeira década, as iniciativas das políticas e programas contra o HIV/AIDS muitas vezes foram reativas e tardias, não preventivas. Além disso, a negação das realidades da pandemia tem sido um problema sério e persistente.

Promover a atenção constante e construtiva aos problemas sociais e de saúde básicos, cruciais para o progresso na prevenção e tratamento do HIV/AIDS.

A criatividade, coragem e energia dedicadas à prevenção e ao tratamento do HIV/AIDS na primeira década catalizou a atenção renovada para velhos problemas sociais e de saúde. O sucesso na prevenção e tratamento do HIV/AIDS não será possível se não houver progresso



substantial na abordagem desses problemas fundamentais. Portanto, é vitalmente importante — tanto contra o HIV/AIDS quanto para preocupações mais abrangentes com a saúde — que as oportunidades de mudanças criativas que surgiram a partir do trabalho com o HIV/AIDS se desenvolvam e não sejam esquecidas ou perdidas.

Criação da Coalizão

A Coalizão é independente de interesses nacionais, considerações políticas e limitações disciplinares específicas.

A legitimidade e o perfil da Coalizão resultarão exclusivamente da qualidade e credibilidade de seu trabalho e da independência, rigor intelectual e experiência de seus colaboradores.

O trabalho conjunto dentro do enfoque da Coalizão fortalece o impacto do trabalho individual e ajuda a assegurar

uma colaboração internacional e multidisciplinar eficaz.

O trabalho da Coalizão apoiará e complementarás atividades de esforços nacionais, internacionais e comunitários na luta contra o HIV/AIDS.

A Coalizão manter-se-á flexível e aberta à evolução contínua da pandemia, seus impactos e às respostas da sociedade.

Um grupo de pesquisadores, analistas, profissionais, trabalhadores de comunidades, provenientes de países em desenvolvimento e países industrializados, formou um comitê geral provisório com o objetivo de iniciar a Coalizão e identificar as prioridades iniciais e os métodos de trabalho. O International AIDS Center da Universidade de Harvard coordenará e fornecerá o apoio de secretaria à Coalizão.

A Coalizão dá boas-vindas aos colegas interessados em ajudar a moldar e levar adiante as atividades da Coalizão, entre eles:

- colaboradores formais para pesquisas e análises, à medida que iniciativas específicas forem sendo desenvolvidas;
- pessoas interessadas na Coalizão e em seus objetivos, que possam querer participar em atividades de coleta de informações, disseminação e defesa.

A Coalizão trabalhará com colegas de todo o mundo na análise e defesa de uma renovação criativa das políticas e programas contra o HIV/AIDS.

A Coalizão Global de Políticas contra a AIDS consiste de indivíduos unidos por uma mesma visão, uma crença compartilhada de que a atenção forte e constante ao HIV/AIDS continua sendo de extrema importância, e um comprometimento pessoal para garantir que as oportunidades preciosas de mudanças criativas disponíveis para nós hoje não se percam. No limiar entre a primeira década e o futuro, pedimos o apoio e a colaboração de nossos colegas nessa nova iniciativa. Motivados pelas aspirações e valores da primeira década, e abertos às circunstâncias, perigos e oportunidades da próxima década, a Coalizão Global de Políticas contra a AIDS dará uma contribuição específica ao trabalho histórico coletivo contra a AIDS — e a favor da saúde.

Global AIDS Policy Coalition,
International AIDS Center,
Harvard School of Public Health,
665, Huntington Avenue
Boston MA 02115 USA

Tel.: (1) 617-432-4311 Fax: (1) 617-432-4310

Protocolo Internacional de Vacinas para o HIV/AIDS em países do Terceiro Mundo: documentos das ONGs/AIDS do Brasil

São Paulo, 5 de novembro de 1991.

Diante da seleção, pelo Programa Global da AIDS da Organização Mundial da Saúde — PGA/OMS, do Brasil como um dos países em desenvolvimento onde deverão ser conduzidos estudos e experimentações de vacinas para prevenir a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, queremos trazer ao seu julgamento algumas considerações sobre este fato.

Certamente não desprezamos a relevância da realização deste tipo de experimentos, nem sua urgência e necessidade. A nossa preocupação diz respeito, mais especificamente, à forma ou metodologia de aplicação do experimento e do contexto onde será realizado.

A epidemia da AIDS no Brasil reveste-se de algumas características que devem ser tomadas em conta. Em primeiro lugar, desde a notificação dos primeiros casos de AIDS em nosso País, ficou evidente um absoluto descaso governamental com relação à atenção aos doentes e infectados e à prevenção de novas infecções.

Especialmente no que se refere ao setor Saúde, o Estado Brasileiro tem se mostrado incapaz e incompetente em atender as necessidades da população. Com relação à AIDS não foi e nem é diferente

A escalada da epidemia no País, mesmo desconsiderando um elevado índice de subnotificação de casos, é fato comprovador desta atitude governamental. Da mesma forma, isso fica explicado na ausência de um programa nacional de controle da AIDS e na inconstância dos programas estaduais e municipais.

Não se trata de fazer uma crítica personalizada da capacidade profissional dos coordenadores e técnicos envolvidos, mas de salientar a ausência de vontade política dos governos federal, estadual e municipal em garantir os recursos necessários para viabilizar programas efetivos e adequados.

Embora algumas áreas do País disponham de infra-estrutura instalada para atendimento clínico (ambulatorial e hospitalar) e laboratorial, trata-se de uma situação potencial. Na prática, a grande maioria das pessoas infectadas pelo HIV

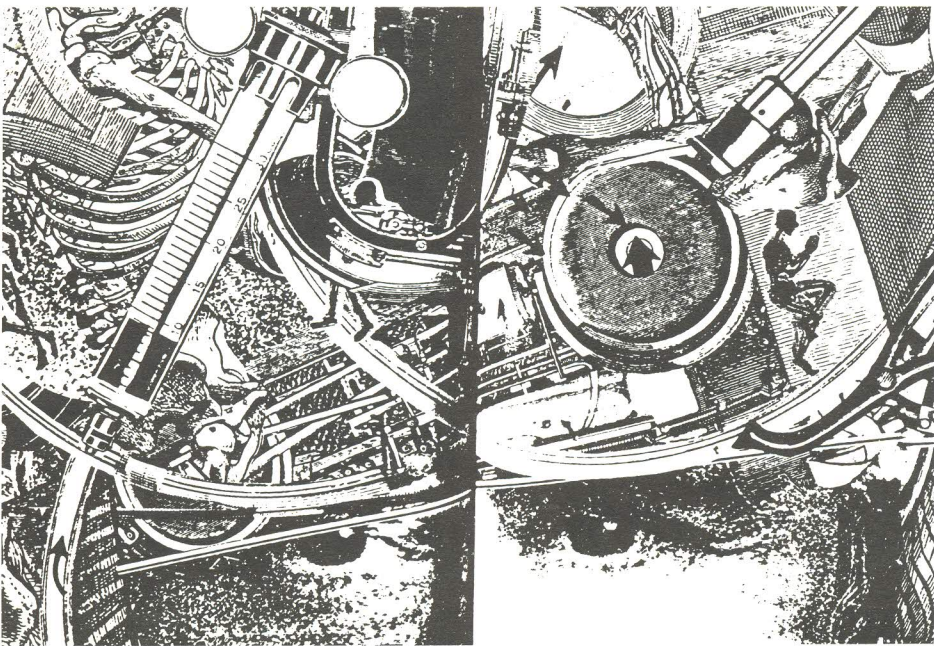
ou com AIDS, enfrentam enormes dificuldades de acesso a consultas, leitos hospitalares e exames laboratoriais. Na verdade, a maioria da população brasileira ainda não tem sequer adequado acesso à informação sobre HIV/AIDS.

Neste sentido é procedente nossa preocupação em confirmar que uma infra-estrutura institucional que se mostra irresponsável no enfrentamento da epidemia seja capaz de responder com eficácia e comprometimento ao desenvolvimento de estudos e experimentos de vacinas relacionadas com o HIV.

Por outro lado, embora também sob ação deste contexto, as pessoas infectadas pelo HIV ou com AIDS têm uma expectativa exacerbada com relação à possibilidade de cura ou tratamentos. Por força das características especiais da infecção pelo HIV e da AIDS, geradoras de intenso impacto emocional e sócio-cultural, essas pessoas têm seus mecanismos subjetivos de defesa ou superação mágica facilmente acionados, correndo o risco de adotar comportamentos precipitados, descuidando-se de avaliações mais criteriosas. Tal situação fica extremamente delicada diante da possibilidade da ação inconsequente, e até mesmo eticamente frágil, por parte das instituições e/ou dos profissionais envolvidos no experimento.

Neste sentido, nós abaixo assinados levantamos as seguintes questões:

- 1- Quais foram os critérios técnicos e macroepidemiológicos que levaram a OMS a escolher o Brasil e os demais países entre os 160 do mundo para a realização do protocolo?
- 2- Qual ou quais vacinas fazem parte deste protocolo?
- 3- Quais são os motivos que levam o Ministério da Saúde a concordar com a realização desta experiência no Brasil e qual é o seu papel e responsabilidade neste protocolo?
- 4- Qual é a inserção que o protocolo tem na realidade da epidemia de AIDS no Brasil?
- 5- Quais são os países do Primeiro e Terceiro Mundo envolvidos na experiên-



cia? Em quais fases vão participar cada um deles? Critérios para esta diferenciação.

- 6- Qual é a responsabilidade da OMS na implantação e desenvolvimento do protocolo no Brasil e nos outros países?
- 7- Quais são os laboratórios envolvidos no protocolo, produção e comercialização da vacina?
- 8- Qual é a contribuição que a OMS e os laboratórios participantes estão solicitando do Brasil e dos outros países envolvidos?
- 9- Qual é a estrutura existente no Brasil e a ser implantada para o desenvolvimento do protocolo?
- 10- Quais são os indícios de que esta vacina pode ser útil no Brasil? Quais são os benefícios esperados para o Brasil e quais serão os critérios de comercialização?
- 11- Quais outras vacinas foram consideradas e por que foram rejeitadas?

Em particular desejamos que nos seja fornecido:

- 12- Uma explicação do propósito da pesquisa.
- 13- Uma descrição de todos os procedimentos e do modo de administração da droga.
- 14- Estimativa do tempo de duração do protocolo.
- 15- Uma descrição de todos os riscos possíveis.
- 16- Uma descrição dos benefícios esperados. Se eles forem desconhecidos, isto deve ser explicitado.
- 17- Uma explicação do tratamento médico que será oferecido em caso de lesões ou prejuízos, ou abandono do protocolo.
- 18- Uma estimativa da quantidade de pessoas que farão parte do protocolo.
- 19- Quais são os critérios de acesso às vacinas de pessoas que não estão oficialmente incluídas no protocolo (acesso expandido)?
- 20- A composição provável da Comissão Supervisora e de Ética. Quais pessoas podem ser contatadas em caso de perguntas sobre o andamento do protocolo?
- 21- Quais serão os procedimentos a serem adotados para a obtenção da anuência dos candidatos ao protocolo?

Insistimos que os pontos acima mencionados são fundamentais para um tratamento efetivamente democrático e responsável que a questão merece. As Organizações Não-Governamentais de

Serviços de AIDS aqui reunidas desejam que os esclarecimentos aqui requeridos, bem como a convocação para uma discussão com a sociedade civil, sejam prontamente atendidos. Para tanto, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos, colaboração e continuamos confiantes que somente as iniciativas realmente solidárias e democráticas produzirão estratégias eficientes de enfrentamento à epidemia da AIDS no planeta.

Brasília, 06 de dezembro de 1991

Diante da visita da OMS ao Brasil com o propósito de estabelecer bases para um acordo visando a implementação de um protocolo sobre vacinas para o HIV/AIDS, realizou-se uma reunião em Brasília, no dia 06 de dezembro, da qual participaram profissionais da área da saúde, OMS e várias ONGs/AIDS. Nesta reunião foram apresentados vários pontos relacionados com as pesquisas de vacinas tanto profiláticas quanto imunoterapêuticas, que incluíam 13 vacinas e que já estão em fase de teste 1 e 2 na América do Norte e em alguns países da Europa. A OMS salientou que neste momento não existe indicação de vacinas para serem utilizadas no Brasil, visto que estas respostas estão na dependência da reunião do Comitê Internacional de Vacinas da OMS, que se realizará em março de 1992 em Genebra.

Resaltou ainda que, independentemente das decisões tomadas naquela reunião, os países escolhidos deveriam iniciar ou reforçar a infra-estrutura que viabilizaria a implantação de um possível protocolo de vacinas do Brasil.

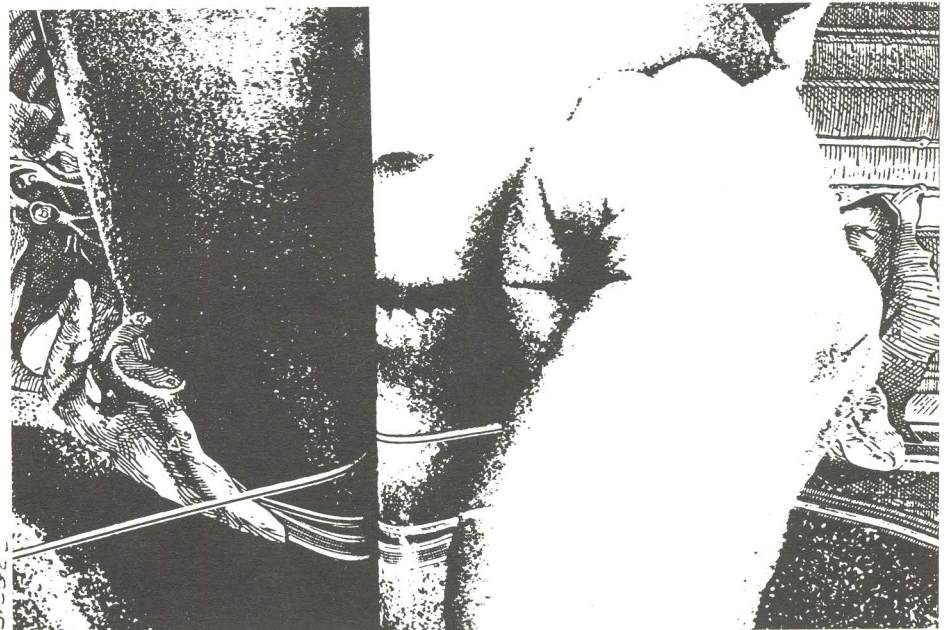
O Ministério da Saúde, por sua vez, colocou que diante destas informações continuaria o processo de discussão e

de implementação da infra-estrutura mínima necessária para implementação do protocolo de vacina. Após a reunião do referido comitê (março/1992) e diante das respostas às questões levantadas a respeito do desenvolvimento da pesquisa e de sua aplicação no Brasil (tais como: tipo de vacina, laboratório, duração do protocolo, número de participantes, idade, etc.), o Ministério da Saúde faria uma nova análise destes pontos e apontaria a possibilidade de assinar o acordo.

Como consequência da exposição realizada pela OMS e MS, as ONGs brasileiras presentes à reunião em Brasília ressaltam a necessidade do processo de discussão sobre vacinas no Brasil. A elaboração de um documento em novembro de 1991, solicitando informações preliminares para que nós pudéssemos nos posicionar, foi um dos passos iniciais neste sentido.

Cientes da necessidade e da importância do Brasil continuar como um dos países escolhidos pela OMS para o desenvolvimento da pesquisa e aplicações das vacinas, solicitamos:

- 1- implementação da infra-estrutura para o desenvolvimento desta pesquisa;
- 2- continuidade do processo de discussão para a instalação do protocolo, envolvendo técnicos, Ministério da Saúde, ONGs e OMS;
- 3- que o Ministério da Saúde convide a OMS para vir ao Brasil em abril, para obter e divulgar mais informações;
- 4- que o documento que encaminhamos anteriormente seja completa e satisfatoriamente respondido, antes do início da aplicação de qualquer tipo de protocolo de vacinas no País.



Da minúscula partícula de matéria viva — sem a mínima noção de responsabilidade moral — à produção de subjetividade em torno da mesma

O surgimento da Aids, enquanto fenômeno social e histórico, é extremamente curioso e envolvente. Desencadeia ações, sentimentos, reativa antigas representações em torno das doenças, rearticula velhos tabus em torno do sexo e da morte, contribui para o aumento da onda de conservadorismo nos países onde chega, ao mesmo tempo que desnuda as condições de vida social em todo o mundo. Coloca em cheque a medicina em seu estatuto de ciência, suscita novos saberes. Envolve mistérios, enigmas como os da vida e da morte, assim como promove a possibilidade da descoberta de novas formas de existência, de novas matérias de expressão, de conquistas, de processos de singularização.

Faz pois explodir a multiplicidade das formas de viver em sociedade neste final de século, apontando os fracassos das promessas de prazer e da vida eterna, ao mesmo tempo que redimensiona esperanças...

A Aids hoje é uma corrente subterrânea que atravessa a todos nós.

Alguns efeitos metafóricos em torno da doença

Muitas informações científicas sobre o HIV e sobre o funcionamento do sistema imunológico foram sendo acumulados durante esta década em que a Aids desponta como um grande desafio para a humanidade. Inúmeras pesquisas se desenvolvem em ritmo acelerado. Estas informações, porém, não foram suficientes para impedir a infecção pelo HIV, nem sua conseqüente progressão no mundo inteiro.

Enquanto se acumulam pesquisas científicas ainda sem um resultado satisfatório em direção à cura e/ou à vacina, inúmeras metáforas sobre a doença são retomadas do passado, processadas, adaptadas às condições sociais atuais, produzindo muitos modos de se encarar a doença.

Curiosa é a maneira como as doenças vêm adquirindo expressividade através dos tempos. Algumas delas sucumbem ao passar dos anos, outras perduram até hoje.

Escritos do século XVII já anunciavam as doenças como um inimigo inva-



sor, a “atacar o corpo” — corpo fortaleza — corpo como unidade, passível de ser ocupado “militarmente”.

O pensamento médico moderno inaugura-se quando esta metáfora militar generalizada torna-se específica. Com o advento das investigações da patologia celular, consolida-se a visão de que algumas doenças são causadas por microorganismos — invisíveis a olho nu, porém identificáveis ao microscópio.

Esta metáfora ganha nova credibilidade com a eficácia da medicina no ataque às doenças provocadas por microorganismos.

“A partir daí as metáforas militares vêm cada vez mais se inserindo em todos os aspectos da descrição da situação médica. A doença é encarada como uma invasão de organismos alienígenas, aos quais o organismo reage com suas próprias operações militares, tais como a mobilização de defesas imunológicas, e a medicina passa a ser ‘agressiva’, como na linguagem da maioria das quimioterapias.”

O aparecimento da Aids na década de 80 proporcionou uma excelente oportu-

tidade para que fossem acionadas concepções do passado sobre a doença. Adormecidas, esmaecidas pela ação do tempo — através do controle da medicina sobre as mesmas —, estas concepções reativam-se por influência do pensamento médico, ganham novos contornos. A Aids é considerada como um *invasão* do organismo pelo vírus do HIV — agente infeccioso que vem de fora. Se o que está em foco é a transmissão, invoca-se a idéia da *poluição*.

As idéias de poluição, invasão sugerem *propagação, calamidade, flagelo, peste* (nome dado para um grande número de doenças assustadoras, geralmente as epidêmicas), e exigem um controle de sua ação sobre um contingente de pessoas. Estas conotações são um campo fértil para o estímulo à desconfiância em relação a um mundo plural, diversificado como o nosso, em que os variados modos de vida, desconhecidos ou inaceitos por tantos, tornam-se uma ameaça.

Muitas idéias que giram em torno da Aids são originárias de doenças consideradas repulsivas, como a lepra, a sífilis, que mantiveram a representação de uma invasão que atingia toda uma coletividade.

Mas, quem invade o quê?

Através da categoria de “grupos de risco” — aparentemente inocente, neutra, portanto — os “grupos de risco” ressuscitam a velha idéia de comunidades específicas poluídas para as quais a doença representa condenação, repressão, segregação, isolamento. E quais seriam as comunidades “poluídas”? Acredita-se que a Aids surgiu no continente negro africano, espalhou-se para o Haiti, EUA, América do Sul, Europa. Mais uma “peste” originária do Terceiro Mundo, o mundo da pobreza, da fome, a irradiar-se para o restante do planeta. E, dentro dos “grupos de risco” estão os homossexuais masculinos, os usuários de drogas, as prostitutas, os hemofílicos, as “populações de rua” e o continente africano.

As doenças sexualmente transmissíveis sempre foram alvo das abordagens moralistas. Foram apresentadas como castigos impostos aos indivíduos por elas acometidos ou aos grupos ou segmentos que a manifestavam. Um bom argumento, portanto, para detectar, identificar, estas “populações transgressoras” ou

“viciadas” e decretar-lhes “tratamentos especiais” ou mesmo condená-las. Verifica-se assim a extensão para o campo social da metáfora militar que orienta a concepção médica da doença.

Até o final do século passado, interpretar qualquer epidemia catastrófica como sinal de “frouxidão moral” ou “declínio político” era muito comum. Tão comum quanto associar doenças assustadoras a estrangeiros ou minorias desprezadas. E, certamente, um campo promissor para a tão aplicada estratégia política autoritária de eliminação das diferenças... Além disso, a transformação da doença, ou melhor dito, de seus portadores, em inimigos, conduz inevitavelmente à discriminação social destes grupos e à atribuição de culpa aos pacientes/portadores, mesmo que eles sejam considerados vítimas. Assim, confere-se aos doentes a culpa por sua doença, o que é vivenciado por muitos como algo vergonhoso que deve ser escondido, vivido clandestinamente, porque de outra forma poderiam denunciar uma “identidade” não-aceita socialmente.

A culpa é uma construção subjetiva, historicamente datada. Tomemos apenas uma situação: a das escolhas homoeróticas, já que falamos de um “grupo de risco” como a dos homossexuais masculinos. Dedicar amor, carinho, paixão, atração sexual sem culpa por algum dia possível? Seria possível viver relações amorosas, em que estas não fossem interpretadas, percebidas com culpabilização?

O que nos parece hoje pertencer à ordem do impossível, inalcançável foi algum dia bastante diferente... Aqueles que nasceram antes da invenção do “homossexual” podiam manifestar sua atração sem dor nem culpa. Eram apenas pessoas que se sentiam atraídas por outras do mesmo sexo. As inclinações homoeróticas não tinham recebido a marca do pecaminoso, do perverso, do condenável que a ciência iria “descobrir” e “ensinar” através e em nome da verdadeira “essência” das tendências homoeróticas. Esta produção foi necessária pelos interesses que marcaram época, os da família e indivíduo, da população e Estado, interesses que se traduziram através do redirecionamento deste tipo de erotismo “rebelde” e “perigoso”. O valor moral sobre o homoerotismo é inscrito a partir do século passado. Ou ainda: a divisão dos homens em homossexuais e heterossexuais é tão arbitrária e datada quanto qualquer outra.

Diversas configurações de subjetividade que envolvem o homossexual como ser anti-social, ou mesmo que tentam redimi-lo desta “vergonha”, podem ser observadas na literatura do século XIX. Em Balzac

encontramos o marginal e rebelde romântico; em Proust um exemplar da natureza, dotado de natureza especial, sublime, que gera o belo, o artístico, o amor pelo elevado. Para Gide, o homossexual é um ser de conflito.

Estas e outras construções sociais foram pouco a pouco constituindo uma maneira, um modo de ver, de viver a homossexualidade através de “identidade homossexual”: produção datada historicamente!

A idéia de culpa envolve, pois, o ônus àqueles que cometem excessos, abusos aos desregrados, situação largamente imputável aos homossexuais, aos usuários de drogas, às prostitutas, aos ditos grupos marginais. Qual seria o excesso cometido pelos hemofílicos e os que receberam transfusão de sangue, que por extensão passam a ser tão discriminados quantos os outros?

A necessidade da divisão dos homens não se esgota na idéia ultrapassada dos “grupos de risco”. Novas divisões estão em constituição.

Medo, sexualidade e morte.

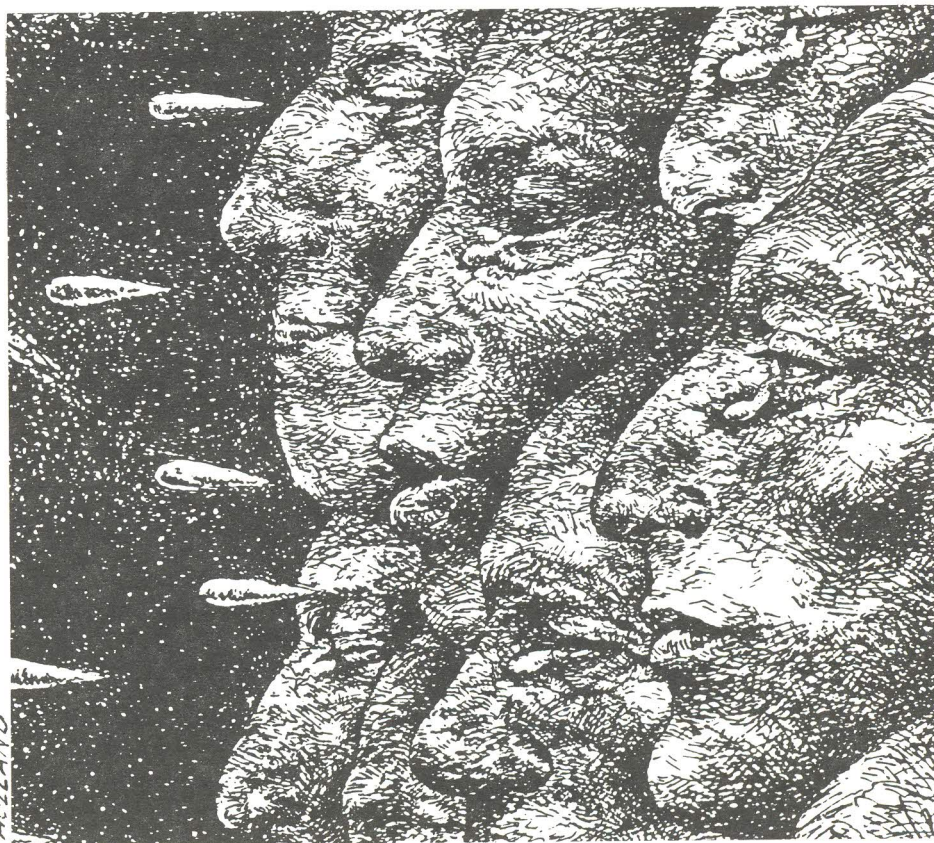
A maneira preconceituosa, moralista, que muitos discursos sobre a Aids adotam, obriga as pessoas a verem a sexualidade como algo que pode ter consequências terríveis, desastrosas: o suicídio

ou o assassinato, ou seja, a morte. Hoje, o portador do vírus ou o doente de Aids passou a ser o *morto preferencial*. Desbancou os doentes de câncer e os loucos dos nossos hospícios. Todos sabemos serem os hospícios no Brasil lugares privilegiados de esquecimento e morte. Em nome da saúde têm sido instituídas as estratégias mais esdrúxulas: criam-se instituições especializadas encarregadas da condenação explícita ou implícita, como por exemplo a imputação da culpa aos doentes e/ou a negação de seus desejos, de seus direitos.

Os homens novamente se dividem: são os mortais — os portadores e doentes da Aids — e os imortais — o restante. Fomenta-se pois a ilusão da imortalidade para os “puros”. Lembremo-nos que qualquer ser vivente é, obviamente, mortal; que a qualquer momento, por exemplo, atravessando uma rua, pode sofrer um acidente mortal, como cotidianamente nos acontece.

A morte passa a ser igual, sinônimo de Aids. Despeja-se no doente a morte. Melhor ainda: decreta-se antecipadamente a morte àqueles que vivem, que são cidadãos como qualquer outro, com os mesmos direitos, e que, sob o espectro da Aids, passam a ser-lhes negados. Nega-se a vida àqueles que têm vida.

É o medo da morte na Aids que introduz o medo à sexualidade. O medo da sexualidade é o novo registro patrocinado por esta doença.



Além do efeito de reforçar a visão moralista da sexualidade, se fortalece a cultura do individualismo. O isolamento individual recebe agora mais um estímulo pois passa a ser considerado como "medida de prudência", o segredo, a tônica das relações, e a clandestinidade, uma maneira de viver.

O lema do "controle dos apetites sexuais" passa a reorientar os comportamentos sexuais para relações predominantemente monogâmicas e até para um novo tipo de celibato, já que a década anterior havia sido marcada por uma certa espontaneidade sexual, pelo revigoreamento da coragem da exteriorização dos afetos. Agora, outras formas de consumo sexual aparecem. Para citar um só exemplo, na França, oferece-se um serviço para uma nova versão de sexo anônimo e sem troca de fluidos. Constrói-se um ideal de sexo asséptico, onde a fantasia predomina sobre os fatos. Instituem-se novas formas de dominação do corpo. O medo do contato sexual impulsiona à renúncia à vivência da sexualidade, da troca afetiva, do prazer, trazendo como consequência emocional o empobrecimento psíquico, a confusão e submetimento na mais nova aceção de controle dos corpos.

A exploração moralista da epidemia da Aids como peste — quando há várias décadas as autoridades de saúde pública afirmavam com segurança que tais calamidades eram coisas do passado — só poderia ser decorrente de uma doença cujo principal meio de transmissão é o ato sexual. A idéia da peste é extraordinária em seus efeitos: ela permite que ao mesmo tempo a doença seja encarada como castigo merecido por um grupo (ou grupos), e como doença que ameaça a todos. Representantes do ideário moralista estão desde os da Igreja que vêem na Aids um "castigo de Deus", uma "vingança da natureza", assim como os das ideologias políticas autoritárias, que têm interesse em promover o medo como forma de controle e impedimento de entrada de estrangeiros, imigrantes. Le Pen, na França, propõe obrigatoriedade no exame do HIV, e que todos sejam colocados em quarentena. Os Estados Unidos já têm uma lei que exige o atestado do teste do HIV para aqueles que o visitam. Aqui no Brasil não se trata de impedir a entrada de estrangeiros. Ao contrário, trata-se justamente de tentar atraí-los — após a retração turística havida nos últimos anos pelos efeitos da violência e da miséria — para que conheçam as "maravilhas deste exótico país de sexo, dança e futebol". Temos as nossas peculiaridades...

Mas a propaganda publicitária de controle e prevenção da Aids aqui, além



de ser extremamente autoritária e ilegítima, tem sido um forte veículo de incitação ao medo através da ameaça de contaminação. Revestidas de roupagem moderna, as novas tecnologias da mídia não poupam de preconceitos os conteúdos que veiculam. Não informam e sim desinformam. Transmitem mensagens discriminatórias que atemorizam e buscam condenar à morte civil os portadores e os que apresentam sintomatologia da Aids. Obscurecem o olhar sobre a Aids e as medidas que de fato contribuem para preveni-la.

Por um novo olhar...

A Aids serve como um instrumento perfeito para eliminar temores cultivados há várias gerações, com a finalidade de criar consensos, através da estratégia de controle dos corpos.

Mas uma coisa é enfatizar a ameaça que a doença representa para todos — com o objetivo de incitar o medo, estimular o preconceito, a discriminação; e outro, é dizer — com o objetivo exatamente de combater o medo, e a estigmatização — que mais cedo ou mais tarde todos virão a ser afetados por ela, direta ou indiretamente.

Urgente é a busca de um *novo olhar*, um olhar sobre o micro das subjetividades em curso. Pois, se as doenças adquirem tantos e variados significados, uma vez que passam a representar os temores mais profundos, e estigmatizam aqueles por ela atingidos, é possível e necessário desmascará-los, desmanchar estes significados, buscar novas formas de interpretação.

A questão Aids promove um espaço de ruptura com o exercício tradicional do pensamento. É lugar de invenção de caminhos, de passagens, de incentivo à formação de novas grupalidades, de introdução de novos sentidos, de novas sensibilidades.

A Aids nos aproxima do exercício do *finito ilimitado*.

Há que entrar em contato com o vácuo, vivenciá-lo, remexê-lo e nele buscar matérias de expressão, de novos sentidos. A análise é ilimitada: não há lugar de chegada, nem terra prometida. Há sim, criação de novos mundos, novas passagens.

A finitude é passagem, é nascimento, é ruptura: é a possibilidade de surgimento de outros afetos, outras intensidades, novos encontros, em que certas matérias de expressão tornam-se velhas, obsoletas, perdem seus sentidos.

É movimento de desfazer e fazer, de ação e construção de novos territórios. E certamente, no contato com os corpos, em suas diversidades, nas intensidades que por eles transitam, na criação de novos espaços de solidariedade.

Bibliografia

- (1) ABIA. Boletim. RJ 1989/90.
- (2) COSTA, Jurandir Freire. Os amores que não se deixam dizer. *Mimeog.*, 1990.
- (3) DANIEL, Herbert. A vida antes da morte. *Jaboti*, 1989.
- (4) GUATTARI, Felix & ROLNIK, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. *Vozes*, 1986.
- (5) ROLNIK, Suely. Cartografia sentimental — transformações contemporâneas do desejo. *Estação Liberdade*, 1989.
- (6) SONTAG, Susan. Aids e suas metáforas. *Companhia das Letras*, 1989.
- (7) VIDEO. *Produção do Laboratório de Comunicação Social da UFF — Diretor Luis Antonio Baptista*.

Vera Vital Brasil, psicóloga clínica institucional, militante da área de Direitos Humanos.

Este artigo foi publicado na Revista do Centro Internacional de Investigação em Psicologia Social e Grupal, Espanha, 1991.

Sexo no país do samba e do pandeiro

O Brasil, sabe-se, é uma terra de amores, alcatifada de flores, muito mais sensual do que as outras geografias do planeta. Somos sexuais, musicais, dançantes, sacanas e cheios de tesão. Pelo menos, este é o mito médio.

Richard G. Parker é um antropólogo americano que veio ao país fazer o estudo da nossa cultura sexual. Apaixonou-se pela terra, e fez dela sua. Fala dela não mais como um estrangeiro aparvalhado com as diferenças, mas como um diferente que se compraz com a diferença e procura entender a multiplicidade de formações que tornam o Brasil uma terra riquíssima em matéria de culturas sexuais. Com seu estudo desmonta o mito e encontra uma realidade muito própria, onde entre "quatro paredes" tudo é possível, ou seja, onde se estrutura uma estratégia de sobrevivência na garantia do prazer proibido de tantas formas.

Richard vai buscar as origens do mito formador: seguramente, à diferença do pesquisador que busca mitos muito antigos, vai aos nossos primórdios históricos tão recentes. Se tudo acaba em samba, em nossa terra, como diz o estereótipo for-

CORPOS, PRAZERES E PAIXÕES
a cultura sexual no Brasil
contemporâneo
Richard G. Parker
Editora Best Seller

te (e Parker vai terminar seu estudo com uma bela análise do carnaval), tudo começa realmente com a Carta de Caminha. Richard começa com a carta de Pero Vaz, o escrivão, e sua descrição idílica da terra, e, naturalmente, das belas e altas formosuras expostas das índias, nuas como Deus as formou um dia. Rapidamente, o paraíso se funde com o inferno do pecado. Novos escritores descreverão esta terra como um misto de ingenuidade e perversão, onde não se sabe exatamente a extensão de cada um. Começa a ambigüidade.

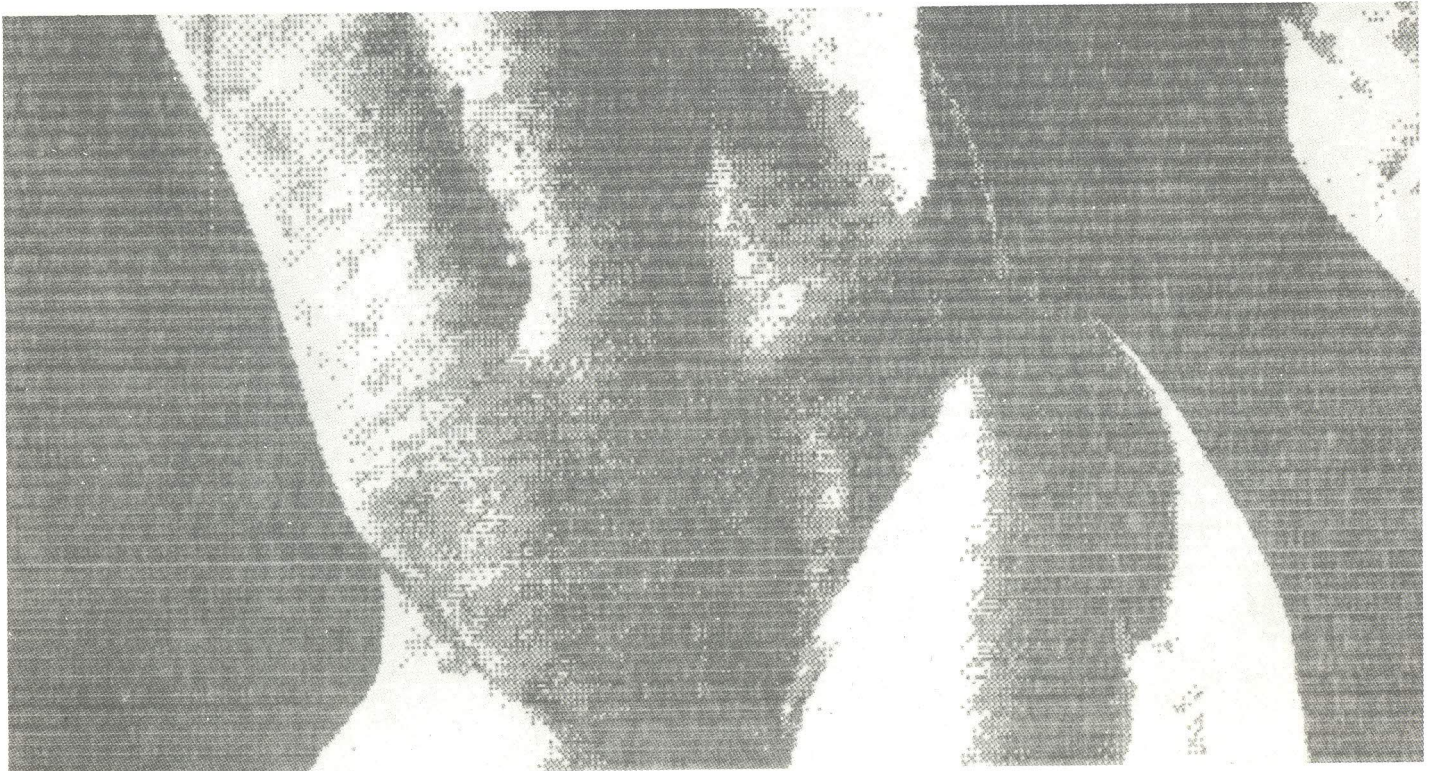
A ambigüidade marca a formação sexual do Brasil. Tudo pode e tudo não pode. Tudo é proibido, tudo é permitido, desde que seguidas certas normas não muito definidas, jamais escritas.

Explicitamente, Richard entende que a história do sexo, numa colônia for-

mada por um povo ralo e de cultura simples, diante de um grupo de homens jovens vindos de uma terra saturada de cultura e fundas divergências, é a história do sexo masculino. É a história do homem. À mulher é reservado um papel dominado, passivo, contemplativo — e pior, de tentação permanente. A ela é proibida toda e qualquer iniciativa, fonte de pecados inapagáveis. Quando existe pecado no sul do equador, ele é mulher. Depois, tudo segue com a dolorosa história da escravidão. Há sim o sofrimento do homem escravo e há o gozo com a negra escrava, submetida aos rigores da casa grande.

Portanto, a primeira pergunta é relativa ao gênero: o que é ser homem e mulher no Brasil, historicamente?

O autor busca respostas históricas em textos fundamentais que vêm atravessando os séculos. Neste século, apoia-se nos textos de Paulo Prado e Gilberto Freyre. Num desses estudos, descreve-se a descida dos colonizadores como se enfiassem o pé na lama de mulheres nuas, como se a terra fosse formada de corpos entregues. A imagem é forte. Até hoje, o anúncio turístico cria a idéia de preguiço-



sas ou agitadas mulheres, brancas e mulatas, atiradas genitalmente para o prazer do visitante.

O homem se define não por um certo papel sexual ou uma certa formação biológica: define-se por uma "atividade" dominante. A mulher guarda-se o papel de "passividade". Neste jogo, Parker descobre variedades surpreendentes. O corpo de prazer e o corpo do pecado (e da doença) se misturam. A ambigüidade se aprofunda.

Historicamente, a formação de uma elite patriarcal gerou um código de ética extremamente repressivo. Este código é associado a outros que funcionam como parâmetros para a vida sexual. No entanto, é exatamente nos interstícios da desobediência que se goza. E o código foi feito para ser desobedecido, embora seus efeitos sociais sejam os mais terríveis possíveis, como demonstra o livro.

Dono da vida e da morte, o patriarca gere sua vida e seus negócios; o trabalho, o lazer, o prazer, dos seus dominados: mulheres, filhos, escravos, empregados,

prepostos... A urbanização do país vai perpetuar um autoritarismo que habita o cotidiano do povo. Sexo, prazer, autoritarismo são partes de uma equação que este magnífico livro de Richard Parker arma e propõe. Não dando todas as respostas, torna-se um dos fundamentais momentos de estudo da sexualidade brasileira. Hoje em dia, dificilmente os brasileiros vão entender as culturas sexuais no Brasil (não do Brasil, naturalmente, nossa riqueza ainda exige muita análise, muita pesquisa).

Duas grandes descobertas do livro de Parker são as análises que faz de duas palavras-chaves da nossa sexualidade: sacanagem e tesão. Vivemos numa terra cheia de sacanagem e cheia de tesão. E como se traduz isto? É bom ler o livro de Richard para entender o significado múltiplo destas frases.

Hoje, vivendo a tragédia da Aids, o Brasil precisa compreender melhor sua sexualidade. Seremos capazes de vencer a epidemia se formos capazes de praticar a solidariedade dentro dos limites e das

ofertas possíveis da nossa cultura sexual. A contribuição de Parker, neste sentido, é essencial. Poderemos inclusive elaborar políticas de prevenção mais adequadas do que as geradas por um pensamento conservador e covarde que até agora não conseguiu senão desenvolver os preconceitos e o pânico.

É admirável que o livro de Parker traga também uma tão alta dose de alegria e esperança. É difícil ler os estudos brasileiros que estejam convencidos de que o país vai dar certo. Richard, brasileiro adotivo, acredita. E nem tem vergonha de colocar na epígrafe um samba exaltação de Ari Barroso. Por causa disto tudo, saímos da leitura do livro contentes. Aprendemos, fomos informados e nos acrescentamos. Vai dar certo!

Sabe por quê? Porque sexo é bom e nós estamos aprendendo o sexo, neste Brasil pra nós, pra nós, nesta ambígua terra do samba e do pandeiro.

Herbert Daniel, vice-presidente da ABIA e presidente do Grupo pela VIDDA.

PROGRAMA EMPRESA

Cerimônia de assinatura do Contrato de Adesão do Banerj ao projeto SOLIDARIEDADE É UMA GRANDE EMPRESA, no dia 30 de outubro de 1991.

Trata-se da oitava adesão ao projeto, que tem por finalidade incorporar empresas privadas e estatais no combate à epidemia de AIDs.

Da esquerda para a direita: Dr. Álvaro Matida, Herbert Daniel, Herbert de Souza, Antônio Carlos Brandão e José Carlos Leoni



José Geraldo do Carmo/1991