

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

ELBER JOSÉ ALMEIDA SANTOS

**A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA NA ATUAÇÃO RELIGIOSA FRENTE AO
HIV/AIDS NO CENTRO ANTIGO DE SALVADOR**

São Leopoldo

2013

ELBER JOSÉ ALMEIDA SANTOS

A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA NA ATUAÇÃO RELIGIOSA FRENTE AO
HIV/AIDS NO CENTRO ANTIGO DE SALVADOR

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa: HIV/AIDS e
Teologia

Orientador: André Sidnei Musskopf

Segundo Avaliador: Remí Klein

São Leopoldo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237i Santos, Elber José Almeida

A influência do estigma na atuação religiosa frente ao HIV/AIDS no centro antigo de Salvador / Elber José Almeida Santos ; orientador André Sidnei Musskopf. – São Leopoldo : EST/PPG, 2013.

84 p. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2013.

1. AIDS (Doença) – Aspectos religiosos – Cristianismo.
2. AIDS (Doença) – Aspectos religiosos. 3. AIDS (Doença) – Salvador (BA). I. Musskopf, André Sidnei. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

ELBER JOSÉ ALMEIDA SANTOS

A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA NA ATUAÇÃO RELIGIOSA FRENTE AO
HIV/AIDS NO CENTRO ANTIGO DE SALVADOR

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa: HIV/AIDS e
Teologia

Data:

André Sidnei Musskopf - Doutor em Teologia - EST

Remí Klein - Doutor em Teologia - EST

RESUMO

O estigma, o preconceito, a estereotipagem e a discriminação estão presentes na história da humanidade há séculos e acaba servindo de base para atitudes ou omissões sociais até os dias atuais, quer seja individual ou coletivamente, pois estes mexem com temas considerados “tabus” ou que muitos não consegue lidar ou falar sobre eles como homossexualidade, prostituição, monogâmias sucessivas e por não enfrentarem esta dificuldade de dialogar (preconceito) e as usam seus “achismos” como alicerce para julgar o outro. O surgimento da HIV/AIDS nos Estados Unidos, ao atingir pessoas consideradas à margem da sociedade como homossexuais masculinos, haitianos, heroínados, hemofílicos e profissionais do sexo, reforçou ainda o preconceito inicial em torno da doença, o que acabou levando as vítimas desta nova enfermidade a sofrerem discriminação. Este atitude foi reforçada pela mídia ao relatar e reforçar ao expor sobre os acometidos com a nova síndrome. Entretanto, não se evidenciou os casos ocorridos na França, que eram bem diferentes do que era pregado como uma “predileção do vírus”, o que ficou conhecido como “grupo de risco”. As instituições religiosas, mais especificamente as igrejas, inicialmente na década de 1980, propagaram este pensamento de que o HIV/AIDS era um castigo divino, um tipo de retribuição pelos pecados das primeiras vítimas e, portanto, culpados pela sua enfermidade. Entretanto, alguns líderes religiosos não concordaram com esta visão da teologia da retribuição e foram ajudar as pessoas que sofriam com a doença ou com a morte social, seja com auxílio espiritual ou caridade ou simplesmente emprestando um pouco do seu tempo a quem necessita de um auxílio.

Palavras-chave: AIDS/HIV. Estigma. Estereótipo. Preconceito. Discriminação. Religião e igrejas.

ABSTRACT

Stigma, prejudice, stereotyping and discrimination have been present in the history of humanity for centuries and end up serving as the basis for social attitudes and omissions, be they individual or collective, up to our current days, because they deal with themes considered “tabus” or subjects which many are not able deal with or talk about, such as homosexuality, prostitution, successive monogamies. They don’t tackle the difficulty of dialoguing (prejudice) and use their “I think it’s this way” positions as the foundation to judge others. The emergence of HIV/AIDS in the United States, affecting people considered at the margin of society such as male homosexuals, Haitians, heroin addicts, hemophiliacs and sex professionals, reinforced the initial prejudice relating to the illness, which caused the victims of this new illness to suffer discrimination. This attitude was reinforced by the media as they reported and reinforced by exposing those afflicted with the new syndrome. However, the cases arising in France were not evidenced, these cases being quite different from what was preached as a “predilection of the virus” and became known as the “risk group”. The religious institutions, more specifically the churches, initially in the decade of 1980, propagated this thought that HIV/AIDS was a divine punishment, a type of retribution for the sins of the first victims, therefore they were guilty for their illness. However, some religious leaders did not agree with this view of theology of retribution and went out to help the people who were suffering with the illness or with the social death, be it with spiritual help or charity or simply granting some of their time to help those in need of assistance.

Keywords: AIDS/HIV. Stigma. Stereotype. Prejudice. Discrimination. Religion and churches.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 AIDS NOS PRIMEIROS ANOS	11
1.1 Contexto e surgimento do HIV/AIDS	11
1.2 Início da epidemia e suas consequências	13
1.2.1 Apresentando os “Hs”	15
1.3 A AIDS no Brasil	20
1.3.1 AIDS na primeira década	21
1.3.1.1 O mal de folhetim e os primeiros casos no Brasil	21
1.3.1.2 Criação do programa nacional em 1986	25
1.3.2 AIDS na segunda década (1990 -2000)	26
1.4 As ONGs durante as duas décadas	29
2 HIV/AIDS: DO ESTEREÓTIPO AO ESTIGMA	33
2.1 Ideias iniciais	33
2.2 Estereótipo	34
2.3 Preconceito	37
2.4 Estigma	40
2.5 Discriminação	42
2.6 AIDS: do estereótipo ao estigma	44
2.6.1 AIDS: a mídia e a construção do estereótipo e do preconceito	44
2.6.2 AIDS e estigma	48
3 RESPOSTAS RELIGIOSAS	55
3.1 Introdução	55
3.2 Igreja Católica	58
3.2.1 Caritas	61
3.2.1.1 Caritas em Salvador	62
3.2.2 Pastoral da AIDS	63
3.3 Religiões de matriz afro: Candomblé	64
3.4 Protestantes e Evangélicos	67
3.4.1 A escolha dos trabalhos evangélicos analisados	70
3.4.2 Assembleia de Deus Apostólica das Nações	71
3.4.3 Missão Batista Pelourinho	72

CONCLUSÃO 75
REFERÊNCIAS 77

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca analisar como foi o processo de construção do estigma em torno do HIV/AIDS e, para isso, utiliza a pesquisa bibliográfica nos dois primeiros capítulos. No terceiro capítulo, pretendemos analisar a atuação de Instituições Religiosas frente à epidemia, utilizando a pesquisa bibliográfica e mais especificamente, analisando a atuação de duas instituições católicas e duas protestantes em Salvador.

No primeiro capítulo é abordado o histórico da epidemia, desde os primeiros casos até o final da segunda década, bem como a influência da ciência e da mídia na formação do estigma em torno do HIV/AIDS.

A AIDS surgiu como uma doença que inicialmente atingiu aos homossexuais, heroínados, hemofílicos, haitianos e hookers (profissionais do sexo) nos Estados Unidos. Por conta disso, recebeu diversos nomes, dentre eles: câncer gay, GRID (imunodeficiência relacionada a gays) e doença dos 5Hs. Isso demonstra o preconceito, tanto assim que os grupos inicialmente infectados foram chamados de “grupos de riscos” pela ciência.

A mídia no Brasil explorou esta ideia de “grupos de riscos” afirmada pela ciência, o que aumentou ainda mais o preconceito sofrido por pessoas deste grupo e favoreceu a crença de que pessoas que não fizessem parte deste grupo estavam “protegidas” de serem infectadas por esta nova enfermidade.

Este preconceito quanto à contaminação pelo vírus HIV contribuiu para que houvesse uma omissão por parte da sociedade, governo, igreja, entre outros, pois o “grupo de risco” já era vítima do descaso sendo, muitas vezes, considerados cidadãos de segunda classe.

O HIV/AIDS passou a infectar diversas pessoas na sociedade independente da preferência sexual, ou qualquer coisa, pois as pessoas não estão isoladas na sociedade. Esta situação foi muito diferente do que foi anunciado pela ciência e pela mídia inicialmente.

No segundo capítulo, são apresentados os conceitos de preconceito, estereótipo, estigma e discriminação das pessoas e a relação destes com a temática HIV/AIDS e como estes afetam o atendimento vivem e convivem com o HIV/AIDS.

Estereótipos são “modelos”. Já preconceito e estigma têm significados próximos, o que favorece a troca dos significados. A consequência destes é a discriminação, e muitas vezes também a exclusão social.

No final do segundo capítulo, é analisada a correlação dos conceitos apresentados com a epidemia de HIV/AIDS e como este processo pode prejudicar as iniciativas de trabalhos para prevenção e acompanhamento dos infectados e afetados pela enfermidade.

No terceiro e último capítulo, são apresentadas respostas religiosas frente à epidemia. A resposta da Igreja Católica através da Pastoral DST/AIDS e da Caritas, As respostas do Candomblé e, por fim, a dos Evangélico-Protestantes.

A pesquisa etnográfica foi feita com dois trabalhos desenvolvidos por instituições católicas: a Caritas e Pastoral DST/AIDS em Salvador e duas instituições evangélicas: Missão Pelourinho e Assembleia de Deus Apostólica das Nações.

A escolha das instituições protestantes deve-se à sua localização e à clientela por ela atendida, pois, na década de 1990, começou a crescer o número de infecções pelo HIV de mulheres e pobres.

1 AIDS NOS PRIMEIROS ANOS

Neste capítulo serão abordados desde os primeiros casos de contaminação pelo vírus HIV, analisando o contexto social, político e científico, até o final da segunda década, e os principais fatos do período.

1.1 Contexto e surgimento do HIV/AIDS

Segundo Sontag, a AIDS surgiu num momento em que se acreditava que nenhuma doença afetaria a humanidade da forma que já tinham afetado no passado,¹ pois a medicina avançou muito no século XX e a cura para enfermidades antes temidas já existia, como: tuberculose, hanseníase (lepra), peste negra, entre tantas outras. Doenças que afetaram o ser humano durante séculos não tinham mais este poder de destruição que tiveram ao longo do tempo.

Marques afirma sobre este período inicial da epidemia:

A AIDS/HIV, epidemia que surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saber médicos modernos, suscitou comportamentos e respostas coletivas, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos.²

O ser humano, no seu “sonho adâmico”, mais uma vez estava equivocado ao acreditar que já conhecia a solução para todas as doenças. As enfermidades provocadas por vírus, especialmente os que possuem RNA, são de difícil erradicação, pois o agente causador é um parasita que sofre mutações a cada nova geração. Um exemplo disso é o vírus *influenza* que provoca a gripe que infectam muitas pessoas por conta das mutações que ocorre durante um ano, uma maneira de “burlar” o sistema imunológico humano.

Sobre este agente, afirma Sgreccia:

¹ SONTAG, Susan. *Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p. 133.

² MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9, 2002. p. 43.

O vírus é obrigado, por sua natureza, a parasitar e, portanto, a infectar os outros seres vivos, pois é capaz de se multiplicar somente dentro de outras células vivas: todo ser vivo pode ser infectado por alguns vírus e alguns tipos de células. O vírus HIV tem como células-alvo linfócitos T (T *helper*), os quais têm particular importância para o sistema imunológico.³

Diferente de outros seres vivos que possuem DNA e RNA, os vírus possuem apenas um dos tipos de ácidos essenciais à vida, o que contraria a própria ideia de ser vivo. Os vírus que possuem apenas RNA são chamados de retrovírus. Watson e Bertly explicam como foi descoberta a existência deles.

Na década de 1950, os cientistas descobriram um grupo de vírus que contêm RNA, mas não possuem DNA. O HIV, o vírus causador da AIDS, faz parte deste grupo. Pesquisas subsequentes mostraram que, a despeito disso, tais vírus podem converter seu RNA em DNA depois de inseri-lo numa célula hospedeira. Com este recurso para trás (RNA-DNA), tais vírus contrariam o dogma central da biologia molecular.⁴

De acordo com Bastos, os vírus, de modo geral, precedem a existência do ser humano.⁵ Porém, o ser humano erroneamente acreditou que poderia controlar toda a natureza ao seu redor e toda a biodiversidade através do avanço tecnológico. O que se percebeu foi que o “pseudocontrolador” se viu perdido com o aparecimento de uma nova doença e não se sabia ao certo o que estava ocorrendo.

O que se acredita é que a AIDS surgiu no continente africano, mas saber precisamente como ela surgiu ainda é uma incógnita. Na tentativa de responder a esta questão, existem várias hipóteses sem nenhuma certeza concreta. Uma dessas hipóteses é que o vírus tenha surgido entre os primatas da África, pois, no meio da população destes animais, existe uma doença que é bem similar à AIDS humana. Neste caso, eles seriam os hospedeiros originais, sendo, portanto, resistentes ao vírus, e o teriam passado para um novo hospedeiro: o ser humano. Acerca disso, afirma Rotello:

A confirmação posterior da África como fonte da peste apareceu quando uma equipe de cientistas da Califórnia, liderada por Murray Gardner, examinou o sangue dos macacos no cativeiro que sofriam de uma doença

³ SGRECCIA, Elio. *Manual de bioética II: aspectos médico-sociais*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1997. p. 197.

⁴ WATSON, James D.; BERTLY, Andrew; MALFERRARI, Carlos Afonso (Trad.). *DNA: o segredo da vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. p. 130.

⁵ BASTOS, Francisco Inácio. *AIDS na terceira década*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 16.

semelhante à AIDS e descobriram o primeiro vírus de imunodeficiência em símios (IVS), um membro da mesma família do vírus HIV.⁶

Quanto a isto, afirma Forratini:

Surgiu a tendência a se aceitar a hipótese de que o vírus da AIDS tenha se difundido na população humana a partir de sua presença em populações de macacos. Ou seja, que tenha encontrado a possibilidade de ocupar nicho ecológico interativo com o homem.⁷

Segundo Bastos,⁸ a AIDS já existia em alguns países da África subsaariana durante a década de 1970. A mídia ocidental, a ciência e a opinião pública, no entanto, não deram importância ao caso, pois a região durante séculos padeceu com problemas diversos. A diferença entre o que aconteceu na África e nos Estados Unidos está na tipologia do vírus. Enquanto que no continente africano, o tipo foi o HIV-2, no outro continente foi o HIV-1. O ELISA⁹ foi o primeiro exame para detectar a presença do HIV, porém, só identificava o tipo comum nos EUA.

1.2 Início da epidemia e suas consequências

Segundo dados oficiais do governo brasileiro¹⁰ e vários autores,¹¹ os primeiros casos da síndrome que foram notificados em 1982 após análise das mortes de causas desconhecidas, datam dos anos de 77 e 78 e foram registrados na África Central, Haiti e Estados Unidos. Porém, não há certeza se houve ou não casos anteriores a estes. Tanto Rotello¹² quanto Grmek¹³ afirmam que ocorreram dezesseis mortes antes deste período, sendo a mais antiga datada de 1940, pois, anterior a estes períodos não era comum registro e arquivamento de prontuários médicos.

⁶ ROTELLO, Gabriel. *Comportamento Sexual e AIDS: a cultura gay em transformação*. São Paulo: Sumus, 1998. p. 36.

⁷ FORATTINI, Oswaldo Paulo. AIDS e sua origem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 3, jun. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n3/01.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2010.

⁸ BASTOS, 2006, p. 28.

⁹ VERGINIO, Dado. *O valor da vida*. São Paulo: Biblioteca 24h, 2010. p. 111.

¹⁰ *História da AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 24 jan. 2012.

¹¹ Autores como Jane Galvão, Richard Parker, Francisco Bastos e tantos outros que olham a AIDS a partir dos anos 1980 e por conta disso, apontam as primeiras mortes sobre o prisma de espécie abiogênese (onde se acredita que a doença surgiu do nada) analisando apenas questões sociais.

¹² ROTELLO, 1998, p. 40-41.

¹³ GRMEK, Mirko Dražen. *Historia del SIDA*. Mexico: Siglo XXI, 2004. p. 175-195.

Grmek,¹⁴ analisando mortes de causas indeterminadas, misteriosas e levando em consideração que a AIDS se manifesta com determinadas doenças oportunistas e sintomas característicos, especialmente o sarcoma de Kaposi, informa que entre 1868 e 1869 ocorreram as três primeiras mortes identificadas com este câncer de pele raro, o que pode indicar que a doença não é tão nova quanto se possa imaginar.

Conforme evidenciado no filme *E a vida continua*,¹⁵ os primeiros casos surgidos na França e nos Estados Unidos se apresentaram de maneira diferente: no país europeu, a nova doença era generalizada, não havia um perfil específico de vítimas; no continente americano, foram infectadas pessoas consideradas à margem da sociedade e, por conta disso, já sofriam com o preconceito e estigma.

Em função dos primeiros enfermos, a AIDS inicialmente recebeu diversos nomes que a relacionavam com a ideia de “grupo de risco”, dentre eles: câncer *gay*, *doença dos 4Hs ou 5Hs*, entre outros. Estas denominações a relacionavam com o “público alvo” desta doença: os homossexuais, os haitianos, os heroínados, os hemofílicos e as profissionais do sexo (do inglês *hooker*).

Acerca de como surge a ideia grupo de risco, Soares afirma:

A comunidade científica, que desde os primórdios da Aids identificou-a como doença nova e rara, documentada pela primeira vez e sem precedentes na história, divulgou tal associação baseada no que considerava evidências, e os meios de comunicação reforçaram esta visão. Foi criado o termo “grupo de risco”, talvez uma forma de tranquilizar a sociedade: se você não fosse *gay*, drogado, promíscuo, estaria salvo. E obviamente nenhum de “nós” o seria, apenas os outros.¹⁶

Sontag¹⁷ afirma que a construção da doença baseou-se em conceitos que separam um grupo humano de outro. Como se isso fosse possível. O mais interessante nesta visão é atribuir ao vírus a capacidade de discernir, escolher ou não, as pessoas a serem infectadas. Como pode ser visto no trecho a seguir:

¹⁴ GRMEK, 2004, p. 175 -176.

¹⁵ SPOTTISWODE, Roger (Dir.). *E a vida continua* (And the Band Played On). Roteiro: Arnold Schulman. Estados Unidos, 1993. 1 DVD (141 min.), color. Warner Home Video.

¹⁶ SOARES, Regina de Lima. *Imagens veladas: AIDS, imprensa e linguagem*. São Paulo: Annablume, 2001. p. 83.

¹⁷ SONTAG, 2007, p. 101.

Não se trata de uma doença misteriosa que escolhe suas vítimas de modo aparentemente aleatório. De fato, contrair AIDS equivale precisamente a descobrir – ao menos na maioria dos casos até agora – que se faz parte de um determinado “grupo de risco”, uma comunidade de párias.¹⁸

Esta visão equivocada, preconceituosa e estigmatizadora contribuiu para prejudicar ou retardar ainda mais o trabalho de prevenção e o acompanhamento da epidemia pela sociedade, pois os que estavam sofrendo com ela eram pessoas excluídas. Porém, convém explicar cada uma dessas primeiras vítimas de forma mais detalhada para entender o processo de estigma em torno da AIDS.

1.2.1 Apresentando os “Hs”

Durantes os anos anteriores ao surgimento da AIDS, a comunidade homossexual dos Estados Unidos havia começado um processo de organização e conquista de espaços e direitos civis. Este processo teve como divisor a luta que eles iniciaram como resposta ao tratamento discriminatório recebido dos policiais em Nova Iorque. Para Bastos, a Revolta de Stonewall¹⁹ foi o marco inaugural na luta pela liberdade sexual e pelos direitos civis dos homossexuais estadunidenses.²⁰

Bastos esclarece sobre este evento:

Basicamente, é possível descrevê-la como uma série de querelas entre a nascente militância *gay* e as forças policiais de Nova York, a partir de uma incursão policial nas adjacências do bar Stonewall Inn, localizado no Village, culminando em um conflito aberto e uma mobilização sem precedentes da comunidade *gay* nova iorquina.²¹

Com a conquista de espaço na sociedade, surgem lugares dedicados ao público homossexual em diversas cidades nos Estados Unidos e fora deste.²² Esta prática facilitou o encontro e o sexo casual entre homossexuais como evidencia o

¹⁸ SONTAG, 2007, p. 97.

¹⁹ A Revolta de Stonewall recebeu este em homenagem ao bar que era um “point” de clientela GLBT, localizado na cidade de Nova Iorque. Esse bar constantemente sofria com a atuação e opressão de policiais corruptos até que no dia 28 de junho de 1969 os frequentadores se revoltaram e foram às ruas brigar pelos seus direitos.

²⁰ BASTOS, 2006, p.31.

²¹ BASTOS, 2006, p.31.

²² Exemplo disso: MOTT, Luiz. *A cena gay de Salvador em tempos de AIDS*. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2000. O professor Luiz Mott descreve redutos dedicados ao público homossexual em Salvador.

filme *E a vida continua*.²³ O filme mostra o comissário de bordo Gaëtan Dugas (vivido pelo ator Jeffrey Nordling), que foi considerado ou chamado “paciente zero”. Pois, ao analisar os primeiros infectados chegou-se à conclusão de que direta ou indiretamente, eles se relacionaram sexualmente com o comissário.

Acerca disso, afirma Galvão:

O “paciente zero”, Gaetan Dugas, identificado como um comissário de bordo canadense que se divertia em saunas e boates gays da Califórnia, foi descrito como elo de ligação entre os primeiros casos de AIDS detectados nos Estados Unidos: “dos dezenove primeiros casos de GRID (Gay Related Immune Deficiency), primeira denominação do que hoje é conhecido como AIDS em Los Angeles, quatro tinham feito sexo com Gaetan Dugas. Outros quatro casos, ao mesmo tempo, tinham ido para a cama com pessoas que haviam mantido relações sexuais com Dugas, estabelecendo ligações sexuais entre nove dos dezenove casos de Los Angeles.”²⁴

Esta ideia foi mais um equívoco praticado pelos cientistas, pois colocou a culpa no nominado “paciente zero” pela difusão da enfermidade, e atribuindo-lhe a infecção de várias pessoas em saunas, que eram redutos para prática sexual, onde não se usava preservativo. Esta prática era muito comum na época, pois acreditava que o uso do preservativo tinha apenas finalidade anticonceptiva e não de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Bastos explica sobre este primeiro momento:

Não resta dúvida de que a cena gay foi e, em diversos contextos, continua sendo bastante afetada pela disseminação do HIV. O problema é que isso se fez às custas da negligência com relação à prevenção da transmissão do HIV entre homens que ‘não’ fazem sexo com outros homens e das mulheres de um modo geral, um equívoco grave, que custou inúmeras vidas.²⁵

Esta ideia favoreceu ainda mais o pensamento preconceituoso e discriminante, criando uma “divisão” da humanidade em dois grupos, como bem salienta Bastos: “a humanidade se subdividiria daí em diante em duas supostas

²³ SPOTTISWODE, 1993.

²⁴ SHILTS *apud* GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. p. 19.

²⁵ BASTOS, 2006, p. 34

metades: *gays*, sob o risco absoluto de contrair o HIV/AIDS, e não *gays*, a salvo do misterioso mal”.²⁶

Os homossexuais masculinos foram os primeiros infectados e afetados pela nova enfermidade nos EUA. Por conta disso, a doença recebeu no seu início o nome de câncer gay, ou GRID (do inglês *gay-related immunodeficiency disease* que significa “doença de imunodeficiência relacionada aos gays”).

Outro grupo que foi vítima da síndrome em seu início foram os haitianos. Vários fatores contribuíram para eles se tornarem vítimas da nova enfermidade: o fato do Haiti ser um país de grande beleza natural e extremamente barato para os turistas europeus e estadunidenses favorecendo o turismo sexual; além de este país ser um exportador de mão de obra barata. Porém, estes dois fatores poderiam ocorrer em qualquer país latino-americano. Bastos descreve este ambiente propício, assim:

Foram estas inúmeras mazelas e flagrantes desigualdades que estabeleceram redes sociais fortemente interativas, que puseram interação entre haitianos e norte-americanos. E assim como onde há fumaça... há fogo..., onde há interações marcadamente desiguais entre seres humanos, estabelecem-se circuitos de exploração sexual, sexo comercial, além de distância e mesmo ocultação deliberada face às instâncias formais, entre elas, a saúde pública e a medicina de um modo geral.²⁷

Os haitianos que já sofriam discriminação por conta da exclusão social vinda da sociedade estadunidense, por serem estrangeiros e miseráveis, muitas vezes eram obrigados a se prostituir para sobreviver. Por isso, foi mais um grupo acometido pela nova doença.

Quanto aos usuários de heroína, Bastos afirma que não eram os que mais se contaminavam por uso de drogas injetáveis e sim, usuários de cocaína, pois os consumidores desta droga tinham hábitos de maior risco de contaminação do que os heroínados. Para ele atribuir um “h” para heroínado é equivocado, pois, quem se contaminava mais eram os usuários de cocaína.²⁸

Veja o que este autor diz:

²⁶ BASTOS, 2006, p. 33.

²⁷ BASTOS, 2006, p. 38.

A cocaína injetada estava bastante presente na cena de drogas nos Estados Unidos e Europa Ocidental na década de 1980, quando foi formulado o conceito de quarto H, ou seja, uma ampla fração de usuário de drogas injetáveis, usuários de cocaína isoladamente ou em combinação com heroína (denominada *speedball*) foi simplesmente ignorada. O problema maior relativo a essa omissão é que ela excluiu do campo HIV/AIDS exatamente os usuários de drogas cujas taxa de infecção pelo HIV são mais elevadas, devido a uma série de fatores, que a pesquisa se encarregou de esclarecer posteriormente.²⁹

Os hemofílicos eram vistos como vítimas inocentes por conta da sua doença renal, ou seja, não praticaram nenhum ato “imoral”. O que relacionava os outros “H” com os hemofílicos e outras pessoas que necessitassem de sangue era uma prática comum na época, pagar aos doadores de sangue, o que incentivava pessoas de baixa renda a doarem. A consequência disso era que muitas pessoas infectadas pelo HIV doavam por conta deste pagamento. Diferente do que era divulgado pela mídia e pela ciência que atribuía aos usuários de drogas (heroínados), profissionais do sexo e imigrantes (haitianos) a transmissão do vírus por conta de que doavam sangue, pois muitos eram de baixa renda, sendo esta uma forma de obter dinheiro, como se estes fossem os únicos contaminados pela nova enfermidade.

Segundo Rotello, as transfusões de sangues tornaram-se comum a partir da Primeira Guerra Mundial e eram feitas de uma pessoa diretamente para outra, ou seja, o sangue não era estocado e, sim, transferido do doador ao receptor. Na década de 1960, com o avanço da medicina, ocorreu a captação de vários doadores para um único receptor e, na década seguinte, levou ao comércio internacional de hemoderivados e, também, à proliferação de doenças relacionadas à transfusão.³⁰ Isso contribuiu para ‘espalhar’ a AIDS a partir dos exportadores de hemoderivados.

A ‘indústria’ do sangue estava mais preocupada com o lucro do que com a epidemia e, por conta disso, se negou a realizar teste nos sangues doados durante muitos anos por questão de custo operacional. A alegação deles era que seriam casos isolados, como expõe Grmek:

Até o fim de 1984, os responsáveis dos bancos de sangue intensificaram a interpretação das observações sobre a AIDS através de transfusões como acidentes menores negando-se a extrair consequências práticas. Alguns

²⁸ BASTOS, 2006, p. 42.

²⁹ BASTOS, 2006, p. 40.

³⁰ ROTELLO, 1998. p. 51.

inclusive criticaram a publicação dos casos de infecção após transfusões em revistas médicas.³¹

Segundo Galvão,³² o comércio também existia no Brasil e, apesar do aumento do número de infectados desde o início da epidemia, somente em 1988 foi proibido através da mobilização nacional e começou a ser vista como um problema de saúde pública.

As profissionais do sexo (*hookers* em inglês) eram contaminadas devido à quantidade de parceiros e o fato de não usarem preservativos nas relações sexuais. A epidemia de AIDS começou a atingir proporções alarmantes, e mais uma vez as prostitutas foram apontadas como um dos grupos responsáveis pela difusão da doença, como há cem anos durante a epidemia de sífilis.³³

Ainda hoje, há casos de clientes que pagam mais para que estas profissionais aceitem não usarem “camisinha”. Outras por serem viciadas em drogas não usam pelo fato de estarem drogadas, como expõem Moura e outros:

As prostitutas recebem propostas que, para elas, são irrecusáveis. Clientes oferecem mais dinheiro para que os “programas” sejam realizados sem o uso de preservativos e estas, muitas vezes, aceitam praticar sexo oral desprotegido. Outras, na “empolgação”, ou mesmo dominadas pelas drogas, acabam deixando de lado o preservativo no momento do sexo oral, mas que este seria usado na penetração, embora destaquem que já se expuseram por não tê-lo utilizado no sexo oral. Assim, tornam-se cada vez mais vulneráveis às DSTs.³⁴

A prostituição e o uso do preservativo tem uma relação direta com o fator financeiro e emocional, como expõem Moura, Oliveira e outros.

Percebeu-se através das respostas que o fator financeiro, em que a prostituta nem sempre tem o preservativo em mãos, e quando não o tem, não o utiliza. Percebeu-se também a questão cultural, em que ela ou o parceiro “não gostam” do preservativo e, por último, a questão afetiva, de confiança no parceiro, estão presentes na crença de que se utilizarem o

³¹ GRMEK, 2004, p. 243.

³² GALVÃO, 2000, p. 219.

³³ SZTERENFELD, Celia. Prostitutas: de transmissoras a educadoras. In: PAIVA, Vera (Org.). *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992. p. 193.

³⁴ MOURA, Ana Débora Assis et al. O comportamento de prostitutas em tempos de AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis: como estão se prevenindo? *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 3, jul./set. 2010. p. 545-553. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a17v19n3.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

preservativo com o “marido”, o “namorado”, o “parceiro fixo”, estarão quebrando essa relação de confiança.³⁵

No início da epidemia, procurou-se encontrar culpados, porém, este processo teve consequências: favoreceu a criação de grupos de estigmatizados ou por estar infectados ou pela crença de uma maior possibilidade de serem infectados pela nova doença. Outra consequência foi que muitas pessoas passaram a acreditar que não existia nenhum risco por não fazerem parte de um grupo de predileção da doença, e a mídia teve um papel importante na difusão desta ideia equivocada, como será exposto no próximo tópico.

1.3 A AIDS no Brasil

Para melhor compreensão e visualização dos primeiros anos da epidemia do HIV/AIDS bem como as respostas das instituições e da sociedade frente a AIDS no Brasil, será apresentada a visão de dois autores que refletem sobre este período: Richard Parker³⁶ e Jane Galvão³⁷ na tabela a seguir.

Ano	Visão de Richard Parker	Visão de Jane Galvão
1982 a 1985	Abertura e eleição de forças progressistas; Notificação dos primeiros casos de AIDS; Criação do programa de AIDS no estado de São Paulo; Fundação das primeiras ONGs com atividades em HIV/AIDS; Omissão das autoridades governamentais; Onda de pânico e preconceito.	A AIDS como “mal de folhetim” ³⁸ (1981-1982); A AIDS deixa de ser um “mal de folhetim” (1983-1984); Divulgação dos casos no exterior pela mídia; Identificação dos primeiros casos no Brasil, surgimento das primeiras ONGs (Outra Coisa e Somos) e Ação do governo do Estado de São Paulo.
1986 a 1990	Governo de José Sarney (primeiro presidente civil após o golpe 1964) e gradual democratização do Brasil; Criação de uma resposta em nível federal; Abordagem pragmática da doença; Mudança na coordenação do programa nacional de AIDS;	Os anos heroicos ³⁹ (1985-1989) ⁴⁰ ; Surgimento de novas ONGs. Coordenação dos órgãos públicos nas diversas iniciativas. Envolvimento das religiões com a criação do

³⁵ MOURA et al.; 2010, p. 550.

³⁶ PARKER, Richard Guy (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1997. p. 9-13.

³⁷ GALVÃO, 2000, p. 45-84.

³⁸ A autora classifica com este nome, pois no Brasil a AIDS teve uma peculiaridade: ficou conhecida a partir da divulgação na mídia.

³⁹ Assim nomeada pela autora por conta com mais atividades pessoais e isoladas do que institucional.

⁴⁰ GALVÃO, 2000, p. 60.

	Crescimento do número de ONGs com atividades em HIV/AIDS; Mobilização das pessoas com HIV/AIDS.	Projeto Esperança.
1990-1992	Governo Collor (sensação inicial de otimismo em virtude da eleição para presidente da República); Esperança de mudanças nas políticas em relação à AIDS e suspensão de elementos-chave do programa nacional de AIDS; Antagonismo crescente entre o programa nacional de AIDS e os demais setores envolvidos na formulação de respostas frente a epidemia; Suspensão das principais relações internacionais do programa nacional de HIV/AIDS.	Polarização da transmissão (a transmissão começa a se difundir entre mulheres). Primeiro encontro internacional de ONGs realizado na França e início da participação das profissionais do sexo com criação de ONGs específicas.
1992-1997	<i>Impeachment</i> de Collor e estabelecimento de um novo governo; Maior espírito de colaboração por conta da experiência desastrosa da administração anterior no programa nacional de HIV/AIDS; Disposição da sociedade civil para trabalhar com o Estado.	A implementação de um novo modelo de gestão da epidemia de HIV/AIDS (1993-1996).

1.3.1 AIDS na primeira década⁴¹

Este primeiro período será dividido em anos iniciais: quando o “mal” era conhecido apenas na mídia; e em anos heroicos em que organizações se esforçavam para diminuir, atenuar ou prevenir a epidemia.

1.3.1.1 O mal de folhetim e os primeiros casos no Brasil

O surgimento dos primeiros casos de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS nos Estados Unidos teve ampla divulgação pela imprensa brasileira, pois era uma nova doença que estava acometendo pessoas à “margem da sociedade” estadunidense ou ainda de grupos específicos.⁴² Esta fase, segundo Galvão, ficou conhecida como “mal de folhetim”, que era uma espécie de novela a qual a sociedade estava assistindo, de camarote, o desenrolar dos capítulos.⁴³

O contexto histórico e social deste período é a reabertura política e o início da redemocratização do Brasil. Este fato dificultou ou desviou a atenção da

⁴¹ Apresentado de acordo com a visão de GALVÃO, 2000, p. 45-84.

⁴² Estes grupos específicos 4H ou 5H foram chamados de “grupos de risco”.

⁴³ GALVÃO, 2000, p. 45.

população brasileira da importância da doença que surgia. Como expõem Pinel e Inglesi:

O aparecimento da AIDS no Brasil coincidiu com o fim de vinte anos de ditadura militar e o início de uma crise geral. Medo, repressão e censura, havia marcado uma geração que mal tinha conseguido recuperar o otimismo na luta pelas eleições diretas quando sua euforia se chocou com o declínio dramático da produtividade brasileira.⁴⁴

Parker também fala sobre este período histórico:

A resposta inicial à AIDS, de 1982 a 1985, só pode ser entendida completamente dentro do contexto do período de abertura, com a eleição de forças progressistas de oposição, abertas ao diálogo e dispostas a responder às preocupações da sociedade civil, no nível estadual, e com a continuidade do regime militar, com sua mentalidade fundamentalmente autoritária, no nível federal. De forma muito semelhante, a mudança na política federal, assim como a crescente resposta não-governamental à epidemia, de 1986 a 1992, está muito com o espírito do governo Sarney e a gradual redemocratização da vida brasileira.⁴⁵

Por outro lado, a divulgação pela mídia no período inicial da AIDS favoreceu a criação de um “pré-conceito” de que apenas homossexuais masculinos, usuários de drogas, hemofílicos, haitianos e profissionais do sexo estavam expostos a esta nova doença, ou seja, pessoas com práticas “amorais” e que a AIDS seria restrita a estes grupos, não levando em conta que a AIDS poderia infectar pessoas de diversas maneiras: o enfermo, a família, os profissionais de saúde e a sociedade como um todo.

Os jornalistas aguardavam ansiosamente pelo primeiro caso confirmado infecção pelo vírus HIV. Muitos, segundo Galvão, já tinham as suas manchetes prontas.⁴⁶ Os médicos também aguardavam a primeira vítima nacional da epidemia que foi verificada em 1983, na cidade de São Paulo. Acerca disso, afirmam Pinel e Inglesi:

No início dos anos 80, alguns especialistas tratavam pacientes com a doença e concomitantemente preparavam evidências científicas para documentar o aparecimento da AIDS no país. Coube à médica

⁴⁴ PINEL, Arletty; INGLESII, Elisabeth. *O que é AIDS*. São Paulo: Brasiliense, 1996. p. 26.

⁴⁵ GALVÃO, 2000, p. 42.

⁴⁶ GALVÃO, 2000, p. 56.

dermatologista Valéria Petri, da Escola Paulista de Medicina, o primeiro registro dado à imprensa, em 1982.⁴⁷

O trabalho da imprensa nacional ajudou muito na informação e no acompanhamento nos primeiros casos da doença quer fossem no exterior ou os primeiros casos no Brasil. Ela também influenciou na organização da sociedade civil a ajudar as pessoas infectadas com a nova enfermidade e na prevenção de novas contaminações pelo vírus. Porém, como nem tudo são flores, ajudou também negativamente na criação do estereótipo e do preconceito com relação à maneira da contaminação pelo HIV, provavelmente pelo desconhecimento geral acerca da doença. Sobre as contribuições positivas, afirma Galvão:

Por mais paradoxal que pareça, as matérias da mídia nacional, e muitas podem ser classificadas como “preconceituosas” e “moralistas”, não somente conseguiram enxergar algo naquela nova doença que ia além dos números de pessoas doentes, como adiantaram, em alguns anos, às respostas de setores, sejam eles governamentais, ou não-governamentais, aqui incluídos tanto o setor público de saúde, quanto os profissionais de saúde, a área de saúde pública e movimentos sociais.⁴⁸

Em 1983, segundo Galvão,⁴⁹ um grupo de homossexuais procurou a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para solicitar ao governo uma posição em relação à nova epidemia e, assim, foi criado o primeiro programa de AIDS no Brasil, pois no Estado paulista estava concentrado os primeiros casos, conforme expõem Pinel e Inglesi.

As primeiras respostas das instituições governamentais de saúde à AIDS surgem em São Paulo, o que foi o mais atingido pela doença. Como não se compreendia inteiramente suas causas nem sua dimensão, os esforços das pessoas infectadas e dos profissionais de saúde centrava-se na busca de resposta para cerceá-la.⁵⁰

Este programa desenvolvido pelo Estado de São Paulo serviu de modelo e acabou influenciando na criação do programa em outros Estados como: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Apesar do programa nacional DST/AIDS

⁴⁷ PINEL; INGLESÍ, 1996, p. 22.

⁴⁸ GALVÃO, 2000, p. 50.

⁴⁹ GALVAO, 2000, p. 57-58.

⁵⁰ PINEL; INGLESÍ, 1996, p. 27-28.

ter sido instituído em 1986, e em 1987 ter ocorrido um trabalho para definir as diretrizes nacionais, somente começou efetivamente o trabalho em 1988, como explica Galvão:

Mas somente em 1988, quase cinco anos depois da criação do programa de São Paulo, é consolidado o programa nacional de AIDS. Em 1986, foi publicada a Portaria número 236/86, do Ministério da Saúde, que deu unidade às ações referentes à AIDS nos serviços de Saúde.⁵¹

Uma das primeiras respostas da sociedade civil foi o surgimento de ONGs para trabalhar na prevenção contra a AIDS, fator que teve grande contribuição nas fases seguintes. Acerca deste surgimento afirma Da Silva:

Assim, as ONGs/AIDS surgem como resposta aos preconceitos e discriminações gerados nesse contexto e contra uma onda de pânico que marcou o surgimento da epidemia. As lideranças na maioria das vezes não têm um histórico de participação política anterior. São formadas por pessoas atingidas direta ou indiretamente, inicialmente homens gays, e mesmo que haja alguns ex-militantes do movimento homossexual a temática gay não é uma “bandeira” das ONGs/AIDS.⁵²

A luta das ONGs era no sentido de apoiar e tentar prevenir o crescimento da enfermidade. Apesar disso, a taxa de aumento do número de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS na década de 1980 crescia muito rapidamente e a maioria dos casos ainda estava relacionado aos chamados “grupos de riscos”, como pode ser observado num trecho da revista *Veja* deste período.

PROPORÇÕES MUNDIAIS - Para cientistas e pesquisadores que acordaram para as reais dimensões da moléstia há mais tempo, a posição do ministro, fiando-se unicamente nos números atuais, é ilusória e perigosa: o número de casos dobra a cada dez meses. “A ameaça aos heterossexuais está crescendo”, diz o médico paulista Ricardo Veronesi, 60 anos, titular da cadeira de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).⁵³

Segundo Galvão,⁵⁴ o Instituto de Estudos da Religião (ISER) foi uma das primeiras instituições religiosas a trabalhar com a temática HIV/AIDS. Esta

⁵¹ GALVÃO, 2000, p. 117.

⁵² SILVA, Cristina Luci Câmara da. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, sup. 2, 1998. p. 133.

⁵³ *Revista Veja*. 14 ago. 1985. Disponível em <http://veja.abril.com.br/arquivo_veja/capa_14081985.shtml>. Acesso em: 05 fev. 2012.

organização foi fundada em 1970 em São Paulo e em 1979, foi transferida para o Rio de Janeiro. O projeto inicial recebeu o nome de ARA (Apoio Religioso frente à AIDS) e depois, o ARCA (Apoio Religioso contra a AIDS), entretanto a temática expandiu para outros projetos do ISER como Prostituição e Direitos Humanos, Direitos Humanos na Cadeia, entre outros.

A primeira iniciativa da Igreja Católica foi o Projeto Esperança realizado pela Arquidiocese de São Paulo, criado por Dom Paulo Evaristo Arns com ajuda do seu assessor o Padre Aníbal Gil Lopes que também era médico, pesquisador e durante muito tempo exerceu a função assessor da Caritas Internacional. A fundação oferecia assistência jurídica, religiosa e doação de cestas básicas. O fato de ajudar, ao invés de se omitir ou negar a existência do problema, foi uma quebra de paradigma dentro da igreja.

A igreja católica tem sua responsabilidade na disseminação de tabus e preconceitos, por associar sexo, fonte prazerosa de vida, com pecado. Felizmente, a Igreja Católica evolui e em inúmeras dioceses brasileiras segue-se o exemplo da arquidiocese de São Paulo, empenhada na pastoral das vítimas da AIDS. Dom Paulo Evaristo Arns considera a camisinha “um mal necessário”. O que é um avanço, levando em conta que o Vaticano ainda associa camisinha à promiscuidade.⁵⁵

1.3.1.2 Criação do programa nacional em 1986

O AZT foi o primeiro medicamento utilizado para o tratamento da AIDS, porém ele não era um novo medicamento e sim um antigo remédio ao qual foi dada uma nova aplicabilidade. Conforme Souza e Almeida:

Em 1964, o AZT (3'-azido-2',3'-didesoxitimidina), também conhecido por azidotimidina, zidovudina ou retrovir, foi sintetizado pela primeira vez por Horwitz da Fundação contra o Câncer de Michigan, apresentando atividade anticancerígena. No início da década de 1970 sua atividade antiviral foi descrita pela primeira vez sendo, em 1985, o primeiro composto a apresentar atividade anti-VIH. Em 1986, o AZT foi aprovado pelo órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos FDA (“Food and

⁵⁴ GALVÃO, 2000, p. 73.

⁵⁵ BETTO, Frei. *Gosto de uva*: escritos selecionados. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 242.

Drug Administration”), sendo comercializado pelos laboratórios Burroughs-Wellcome em 1987.⁵⁶

Esta droga trouxe esperança aos doentes que receberam no resultado positivo uma sentença de morte, criou a expectativa de prolongamento de vida deles e diminuiu as infecções oportunistas. Acerca disso, afirma a revista *Veja*:

Para os pacientes a AIDS era ainda uma doença fatal, que matava em média em um ano. Os avanços científicos começaram a render frutos em 1986, com a descoberta do AZT, medicamento que prolongava a sobrevivência dos pacientes. Essa foi a segunda fase da moléstia, que durou dez anos.⁵⁷

A AIDS começou atingindo rostos desconhecidos, ou seja, pessoas distantes da população, e reforçava a ideia da doença ser inatingível à sociedade de modo geral, levando a nova enfermidade para longe das pessoas, mesmo quando era noticiada na mídia. Porém, ela passou a atingir pessoas famosas na segunda metade da década de 1980 e início dos anos 1990, conforme afirma Soares,⁵⁸ como Rock Hudson, morto em 1985, Henfil, em 1988, Lauro Corona, que faleceu em 1989, Cazuzza, que faleceu em 1990, Freddie Mercury, em 1991, Renato Russo, em 1994, Betinho, em 1995. Todos faleceram antes do advento do chamado “coquetel”. À exceção foi Magic Johnson, que assumiu a sua condição de soropositivo em 1991 e permanece ainda vivo.

1.3.2 AIDS na segunda década (1990 -2000)

Desde os primeiros casos de contaminação pelo HIV/AIDS, a proporção entre indivíduos infectados do sexo masculino e feminino foi diminuindo. Para Martinez,⁵⁹ referindo-se à realidade do Estado de São Paulo em 1984, a relação era de 84 homens para cada mulher soropositiva. A partir deste período, o percentual de mulheres contaminadas foi aumentando, como explicam Diniz e Vilela, analisando dados do Boletim epidemiológico de 1998:

⁵⁶ SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; ALMEIDA, Mauro Vieira de. Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras. *Quim. Nova*, v. 26, n. 3, 2003. p. 367. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v26n3/15663.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2012.

⁵⁷ *Revista Veja*. Edição Especial de 35 anos. 24 set. 2003. Disponível em <http://veja.abril.com.br/especiais/35_anos/p_098.html>. Acesso em: 05 fev. 2012.

⁵⁸ SOARES, 2002, p. 45.

Até meados de 1998, 135.200 casos de AIDS haviam sido notificados no Brasil, dos quais 29.718 eram de mulheres (Brasil, 1998). Embora seja possível assumir que a epidemia já atinge praticamente todo o país, sua distribuição é bastante irregular, especialmente se considerarmos apenas a população feminina. O Estado de São Paulo concentra aproximadamente a metade dos casos acumulados no país, exibindo a relação de 2,5 casos do sexo masculino para um do sexo feminino no ano de 1998, com um coeficiente de incidência de 12 mulheres por 100 mil habitantes (AIDS Boletim Epidemiológico, 1998).⁶⁰

Carvalho também fala sobre o aumento do número de infecções de mulheres:

A incidência da AIDS no Brasil aumentou de 0,1 casos por cem mil habitantes, em 1984, para 20,0 em 1998/99, totalizando 179.541 casos acumulados até novembro de 1999. Embora deste total de casos, 75,4% corresponda ao sexo masculino, à razão homem/mulher que era 15/1 em 1984, vem decrescendo progressivamente, sendo 2/1 já em 1997. Este indicador (razão de sexo) revela que o incremento de casos de AIDS nas mulheres ocorre de forma mais acentuada do que nos homens, com progressão da epidemia.⁶¹

Em 1991, a AIDS passou a ser a principal causa de morte entre de pessoas na faixa etária entre 25 e 34 anos no município de São Paulo e, desde 1995, é a principal causa isolada de morte entre mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) no Estado de São Paulo (AIDS Boletim Epidemiológico, 1998).⁶²

A década de 1990, para Galvão, foi marcada pelo que ela chama de ditadura de projeto,⁶³ cooperação internacional,⁶⁴ participação maior dos poderes públicos⁶⁵ e encontro entre entidades.⁶⁶ A AIDS neste período também passou a atingir cada vez mais a pobres e mulheres.

⁵⁹ MARTINEZ, Marlene Castro Waideman. *Adolescência, sexualidade, AIDS: na família e no espaço escolar contemporâneos*. São Paulo: Arte & Ciência, 1998. p. 55.

⁶⁰ DINIZ, Simone G.; VILELA, Wilza V. Interfaces entre Programas de DST/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secon (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: resposta frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1999. p. 131.

⁶¹ CARVALHO, João Alberto. *O amor que rouba os sonhos: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003. p. 21.

⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/leia.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

⁶³ GALVÃO, 2000, p. 106-111.

⁶⁴ GALVÃO, 2000, p. 97-98.

⁶⁵ GALVÃO, 2000, p. 98-103.

⁶⁶ GALVÃO, 2000, p. 84-95.

Apesar de todo o avanço que ocorreu na segunda década da epidemia, o temor em relação à doença já havia se instalado na mente da população: a discriminação. Entretanto, estes dados começaram a mudar com o advento do coquetel antirretroviral que aumentou a expectativa de vida dos soropositivos. Acerca do surgimento do “coquetel anti-HIV”, afirma Sommer:

Foi, no entanto, a partir de 1996, na 12ª Conferência Mundial de AIDS, realizada em Vancouver, no Canadá, com a divulgação dos estudos do médico norte-americano David Ho, que a terapia tríplice (ou “coquetel antiaids”, como ficou conhecido) associando o uso de drogas como AZT com medicamentos denominados de antirretrovirais, veio a modificar o panorama do tratamento da AIDS, aumentando as possibilidades de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.⁶⁷

Porém, a criação e implantação do programa nacional de distribuição da medicação antirretroviral, como previsto na Lei 9313/96, só se tornou possível graças aos empréstimos do Banco Mundial. Para Trindade, o primeiro contrato de empréstimo com o Banco Mundial foi fundamental no desenvolvimento do programa de DST/AIDS no Brasil, pois possibilitou a implantação do “Projeto de Controle da AIDS e DST” que ficou conhecido como AIDS I.⁶⁸ Galvão explica que este financiamento ajudou na atuação tanto das respostas por parte do governo quanto pelas organizações não governamentais num momento de transformações no cenário da epidemia: fragmentação da resposta, diminuição de recursos, a perda do *glamour*, a pauperização e a visão da AIDS como doença crônica.⁶⁹

Quanto aos termos deste primeiro financiamento, afirma Fontes:

Em 16 de maio de 1994, foi assinado o primeiro empréstimo do Banco Mundial para o financiamento das políticas nacionais de prevenção e assistência à AIDS do governo brasileiro (Brasil, 1994). As linhas gerais do crédito foram negociadas entre CN DST/AIDS e o Banco, sendo que o

⁶⁷ SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. De corpo e saúde em anúncios de antirretrovirais. In: SOMMER, Luis Henrique. *Educação e cultura contemporânea: articulações e transcrições em novas paisagens*. Canoas: ULBRA, 2006. p. 60.

⁶⁸ TRINDADE, José Ronaldo. Construção de Identidades Homossexuais na era de AIDS. In: UZIEL, Anna Paula; RIOS, Luis Felipe; PARKER, Richard (Orgs.). *Construção da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS*. Rio de Janeiro: Pallas/PGSIMS/UERJ/ABIA, 2004. p. 172-173.

⁶⁹ GALVÃO, Jane. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa (Orgs.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 52-53.

governo brasileiro se comprometeu a dar uma contrapartida no valor de 32% do empréstimo (Brasil, 1994).⁷⁰

Esta ajuda do Banco Mundial contribuiu para a distribuição dos medicamentos que compõem o coquetel antirretroviral, como exposto na Revista Veja:

Em 1996, foi descoberto o coquetel de drogas que dificulta a proliferação do HIV no organismo. Os remédios do coquetel vêm recebendo aperfeiçoamentos a cada ano. Com os cuidados necessários, a AIDS pode ser cuidada e mantida sob controle como uma doença crônica qualquer, como, por exemplo, o diabetes.⁷¹

Em 1995, foi criada a UNAIDS, pelas Nações Unidas, com o intuito de ajudar os países pobres a enfrentar a epidemia de HIV/AIDS. Sobre a mudança de WHO/GPA para UNAIDS afirmam Parker e Aggleton:

Em 1995, o WHO/GPA foi substituído pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS), que reúne seis órgãos diferentes das Nações Unidas com o objetivo explícito de reconhecer as dimensões múltiplas da epidemia.⁷²

Para a UNAIDS, segundo Fontes,⁷³ a falta de recursos e os compromissos já assumidos pela CN DST/AIDS com o Banco Mundial dificultaram a entrada da instituição no Brasil, pois a CN já possuía autonomia financeira diferente de outros países que dependiam de recursos internacionais para os programas combaterem e prevenirem a contaminação pelo HIV.

1.4 As ONGs durante as duas décadas

Arletty e Iglesia relatam que, com o surgimento dos primeiros infectados, apareceram também às primeiras iniciativas individuais como a da travesti Brenda

⁷⁰ FONTES, Miguel B. Interfaces entre políticas internacionais e nacionais de AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secon (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: resposta frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1999. p. 109.

⁷¹ *Revista Veja*, 2003, 2003. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/especiais/35_anos/p_098.html>. Acesso em: 05 fev. 2012.

⁷² PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. p. 8.

⁷³ FONTES, 1999, p. 119.

Lee que, em 1984, começou a frequentar os corredores do Hospital Emilio Ribas, em São Paulo, exigindo que fosse dado tratamento digno aos doentes com AIDS.⁷⁴

A partir da iniciativa do técnico de laboratório Paulo Bonfim, nasce, em 27 de abril de 1985, a primeira ONG no Brasil dedicada a trabalhar com a nova enfermidade, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), com intuito de lutar contra a discriminação e pela melhoria do atendimento médico. Sobre este fato, expõe Gaspar:

A primeira ONG de São Paulo, o GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS - teve origem, ainda que não exclusivamente, na mobilização feita por indivíduos autônomos que tinham passagem pelo movimento homossexual... Este grupo de pessoas autônomas teve papel importante, reconhecido por autoridades governamentais, em reivindicar e apoiar a implantação do programa de AIDS da Secretaria de Estado de Saúde, iniciado em agosto de 1983.⁷⁵

Assim como os primeiros casos se concentraram no eixo Rio-São Paulo, as primeiras ONGs também se concentraram nesta região, como afirma Farias:

As primeiras ONGs/AIDS do país surgiram nas metrópoles do eixo Sul/Sudeste, com perfis diversificados. O Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), fundado em São Paulo, em 1985, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada no Rio de Janeiro, em 1986, e o Grupo pela Valorização, Integridade e Dignidade do Doente de AIDS (Grupo Pela Vidua), fundado no Rio de Janeiro, em 1989, com o objetivo, tal qual o GAPA, de congregar portadores do HIV2 e fazer prevenção à AIDS.⁷⁶

Na cidade de Salvador, a capital baiana, duas ONGs se destacaram no trabalho de prevenção a nova epidemia: O GAPA-BA e o Grupo Gay da Bahia (GGB). Outra instituição que se destacou foi a CAASAH, que presta atendimento médico, psicológico, social e jurídico aos portadores do HIV. Quanto ao início da CAASAH:

A Casa de Apoio e Assistência aos Portadores do Vírus HIV surgiu, em 1991, quando familiares de soropositivos alugaram, com auxílio da prefeitura, um espaço no bairro de Tororó para servir de residência para um grupo de portadores. Em virtude das precárias condições de vida e saúde,

⁷⁴ ARLETTY; IGLEISIA, 1996, p. 42.

⁷⁵ GASPAR. Julio Dias. AIDS e ONGs: diversidade, desafios e dilemas. In: PAIVA, Vera. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992. p. 207.

⁷⁶ FARIAS. Maio Spellman Quirino de; DIMENSTEIN, Magda. Configurações do ativismo anti-Aids na contemporaneidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 165-174, jan./abr. 2006.

ocasionada entre outros motivos pela demanda crescente de pessoas contaminadas pelo aumento da incidência da AIDS, o grupo que residia na sede original, ocupou, ainda no mesmo ano, as dependências do antigo hospital da Cruz Vermelha, gerando um fato de ampla repercussão política e social. Apoiados pela população, imprensa e comunidade médica, entre outros segmentos, o movimento conseguiu garantir a posse temporária do referido imóvel, enquanto uma solução definitiva era procurada, constituindo-se em casa de moradia para as pessoas carentes infectadas.⁷⁷

Quanto às ONGs católicas, afirma Orozco:

Atualmente há no Brasil muitas ONGs, ligadas à Igreja Católica, que trabalham com AIDS. Existe diversidade de posições nessas ONGs, ou grupos, sobre a pregação oficial da Igreja Católica. Algumas pessoas aderem mais ao posicionamento oficial; outras, mesmo discordando, continuam seu trabalho, de forma cautelosa, como extensão de sua obra missionária. Um terceiro setor tem uma posição mais crítica à igreja, tendo elaborado argumentos para questionar a posição oficial.⁷⁸

Góis afirma que o problema do trabalho das ONGs nos anos 1980 está relacionado à ênfase dada ao uso do preservativo a partir de 1983 como ferramenta essencial ao combate. Entretanto, a desinformação era o grande entrave, sendo comuns as reclamações sobre a qualidade e o funcionamento do preservativo.⁷⁹

Neste capítulo, foi apresentada a história da AIDS nas duas primeiras décadas e como este contexto favoreceu ao surgimento do preconceito sobre a doença. Durante este período, os infectados passaram de uma expectativa mínima de vida a um maior período de sobrevivência por conta do advento do coquetel antirretroviral. Este prolongamento na expectativa de vida favoreceu ao surgimento do preconceito, do estigma e da discriminação dos soropositivos. Este processo de discriminação, estigma e preconceito será abordado no capítulo a seguir.

⁷⁷ FERREIRA, Alessandra; BARRETO, Avany; LIMA, Lara; MARQUES, Osvaldo; LINS, Raquel; ASSUNÇÃO, Vilma. *Histórico*. Disponível em: <<http://labcaasah.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

⁷⁸ OROZCO, Yuri Puella. *Mulheres, AIDS e religião*. São Paulo: CPDD, 2002. p. 15-16.

⁷⁹ GÓIS, João Bosco Hora. A mudança no discurso educacional das ONGS/AIDS no Brasil: concepções e desdobramentos práticos (1985-1998). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 13, 2003. p. 30-32.

2 HIV/AIDS: DO ESTEREÓTIPO AO ESTIGMA

Neste capítulo, serão apresentados os conceitos de estereótipo, preconceito, estigma e discriminação e como a ciência e a mídia favoreceram o surgimento do estereótipo e preconceito em torno do HIV/AIDS e, conseqüentemente, o estigma.

2.1 Ideias iniciais

O preconceito e o estigma têm uma base em comum: o estereótipo. Segundo Johnson,⁸⁰ a palavra estereótipo originalmente era usada para descrever uma chapa metálica utilizada em processos tipográficos, ou seja, uma chapa utilizada para fazer cópias a partir de uma matriz. Utilizar este verbete para descrever pessoas é uma maneira de rotulá-las e afirmar que pessoas podem ser cópias umas das outras ou ainda, dizer que são iguais.

O conceito de estereótipo muitas vezes se confunde com o de generalização. Porém, a diferença está no fato de que o primeiro se refere a um grupo de indivíduos e o segundo pode descrever apenas um indivíduo. O estereótipo é considerado por muitos como um fato verídico, ou seja, uma verdade absoluta. Na sociedade moderna, há vários exemplos e muitos estão ligados a fatores como raça, crença, sexo, etc. Muitas vezes, são usados como ferramenta para justificar opressões do “mais forte” sobre o “mais fraco”.

O estudo sobre estereótipo só começou a se desenvolver a partir do século XX. Acerca disso afirmam Pereira e Lima:

O Estudo sistemático apenas se inicia na segunda década do século XX, quando, em 1922, os estereótipos são definidos por Walter Lippman. Uma década depois, Kartz e Braly, criaram as bases para o estudo empírico do tema, ao formularem um método de investigação que vem sendo utilizada até os dias atuais.⁸¹

⁸⁰ JOHNSON, Allan G.; LESSA, Renato; JUNGSMANN, Ruy. *Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 93.

⁸¹ LIMA, Marcus Eugenio Oliveira; PEREIRA, Marcus Emanuel (Orgs.). *Estereótipos, preconceito e discriminação: perspectiva teóricas e metodológicas*. Salvador: Edufba, 2004.

Por conta de terem uma raiz em comum, preconceito e estigma acabam sendo ideias próximas. Porém, estas palavras têm significados bem diferentes. Preconceito está ligado com o desconhecimento sobre algo e a produção de um juízo de valor. Já estigma está ligado a um julgamento que é construído a partir de um atributo físico, psíquico ou a falta deste, ou seja, o que vale é uma imagem da coisa a ser julgada.

A confusão entre estes vocábulos é muito comum. Exemplo disso é quando se fala em preconceito racial em relação aos afrodescendentes (negros). Neste caso, o emprego da palavra está equivocado, pois todos sabem o que é um negro e a cor da pele é um fator físico. Este, portanto, é um estigma racial. Muito diferente do que prega e diz o senso comum sobre o assunto.

Acerca da relação entre estereótipo e estigma, afirma Diniz:

O estereótipo também mantém relação estreita com o conceito de estigma que originalmente, designa ferimento, cicatriz. Seus derivados, “estigmatizar”, “estigmatização”, têm o sentido de censurar, condenar, aviltar o nome, a reputação de alguém. No sentido usual, significa prejudicar, ou fazer um julgamento prematuro de alguém; julgar pela aparência. Embora seu caráter disfórico, a estigmatização é um processo tanto nas relações interpessoais, quanto sociais e ocorre sempre que o individual para caracterizar o coletivo.⁸²

Estes conceitos serão aprofundados nos próximos tópicos.

2.2 Estereótipo

Originalmente, a palavra estereótipo foi usada por Firmin Didot para nomear seu invento: uma chapa de metal usada como matriz para outras cópias, a qual funcionava da seguinte forma: o material era impresso na chapa (em relevo) e depois, em papel machê. Este método é diferente dos anteriores, pois não usava uma prensa com elementos móveis. Foi um processo revolucionário para a sua época. Sobre este invento, fala Heitlinger:

⁸² DINIZ, Maria Helena Vissoto Paiva. *Estereótipo na Mídia: doxa ou ruptura*. Disponível em: <http://www.faac.unesp.br/posgraduacao/comunicacao/textos/MDiniz_T001.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2012.

Em 1795, Firmin Didot fez os primeiros ensaios com a **stéréotypage**. Pediu o *brevet* em 1797 e por isso é considerado um dos inventores da **Estereotipia** – um processo de clichagem, que permite uma fácil e econômica conservação das formas tipográficas; processo aplicado à edição de uma série de autores clássicos, vendida a baixo preço.⁸³

Gontijo afirma sobre este novo método:

Dentre as novidades dos novos métodos de impressão, os estereótipos e os clichês também contribuíram para acelerar o processo. As chapas estereotipadas eram produzidas pela montagem e fundição de uma folha de metal, que se tornaria a matriz para a reprodução em série de uma página de jornal ou livro. Os novos recursos da tipografia tornaram mais veloz a circulação de informação e, da mesma forma como hoje adotamos da terminologia da informática vocábulos como deletar e atachar, as palavras usadas para definir as novas tecnologia adquiriram outros sentidos.⁸⁴

Segundo Kröckner, a formação do vocábulo estereótipo está associada ao grego *stereos* (sólido) e *typos* (figura ou imagem).⁸⁵ A partir disso, tem-se a ideia do significado da palavra: figura ou imagem sólida. Assim, a sociologia ao empregar a palavra evidencia a dificuldade para modificar um estereótipo por conta da rigidez de seu significado.

Na esteira dessas intolerâncias surgem os *estereótipos*, “forma compacta obtida pelo processo estereotípico”, espécie de clichê (gravação, reprodução) tornada lugar-comum, chavão utilizado sem que nos perguntemos sobre suas significações.⁸⁶

É um termo introduzido na sociologia para significar preconceitos coletivos que se generalizam na consciência. Estereótipo, segundo o dicionário de sociologia, é uma crença rígida, excessivamente simplificada, não raro exagerada, aplicada tanto a uma categoria interna de indivíduos como a cada indivíduo da mesma.⁸⁷

Reily, baseando-se nas ideias de Gilman, afirma sobre a origem do estereótipo:

⁸³ HEITLINGER, Paulo. *A dinastia Didot*. Disponível em: <<http://tipografos.net/historia/didot.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

⁸⁴ GONTIJO, Silvana. *O livro de ouro da comunicação*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004. p. 221.

⁸⁵ KRÖCKNER, Luciano. *O Repórter Esso: a síntese radiofônica mundial que fez história*. Porto Alegre: AGE/EDIPUC, 2008.

⁸⁶ SOARES, Rosana de Lima. Estigma da AIDS: em busca da cura. *Impulso, Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, p. 44.

⁸⁷ JOHNSON; LESSA; JUNGSMANN, 1997, p. 93.

A prática de rotular aqueles que são diferentes de nós mesmo é tão antiga quanto o homem, mas a palavra estereótipo é muito recente. Foi cunhada no final o século XVIII para designar um aparelho usado para fabricar cópias de texto em papel machê, a partir de molde. No começo do século XX, psicólogos sociais adotaram o termo estereótipo metaforicamente, para designar as imagens pelas quais categorizamos o mundo, criando uma analogia com base na estrutura de um molde que oferece um suporte rígido para reprodução de outros textos iguais.⁸⁸

Para Battaglia, o conceito de estereótipo é:

Estereótipo é definido como uma imagem mental padronizada, tida como coletivamente por um grupo, e reflete uma opinião simplificada, uma atitude emocional carregada de valor positivo e negativo, um juízo não criterioso de uma situação, de um acontecimento, de uma pessoa ou grupo de pessoas.⁸⁹

Para Chiavenato, o estereótipo ocorre quando alguém é identificado com um grupo ou uma categoria e seus atributos são simplificados para associar com um grupo ou categoria familiar a pessoa.⁹⁰

O estereótipo, por ser uma generalização, acaba não sendo uma opinião individual e sim uma espécie de alienação da sociedade que é passada às pessoas através da transmissão de aparatos, instrumentos e instituições sociais como a família, a mídia, a escola, entre outros.

Já vimos que os estereótipos de gênero são crenças generalizadas sobre os atributos que se caracterizam a homens e mulheres, e que se adquirem através de processos de aprendizagem em que intervêm fatores culturais como meios de comunicação, a família e escola.⁹¹

Para Martinez,⁹² o estereótipo está dividido em três grupos: os estereótipos de gênero, que se referem ao masculino e ao feminino; os étnico-raciais que se referem a fatores de origem do indivíduo e os de fatores socioeconômicos. Os estereótipos de gênero, raciais e étnicos e socioeconômicos são reproduzidos pela

⁸⁸ REILY, Lucia Helena. *Escola inclusiva: linguagem e mediação*. Campinas: Papyrus, 2004. p. 147.

⁸⁹ BATTAGLIA, Maria Helena Voorsluys; NOMURA, Masa (Orgs.). *Estudos linguísticos contrastivos em Alemão e Português*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2008. p. 210.

⁹⁰ CHIAVENATO, Idalberto. *Administração em novos tempos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

⁹¹ PARIS, Eva. *Los estereotipos de genero que transmitimos a nuestros hijos*. Disponível em: <<http://www.bebesymas.com/desarrollo/los-estereotipos-de-genero-que-transmitimos-a-nuestros-hijos>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

⁹² MARTINEZ, Marina. *Estereotipo*. Disponível em: <<http://www.infoescuela.com/sociologia/estereotipo/>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

mídia como uma espécie de ideologia aparentemente neutra e sem segundas intenções. Entretanto, não é verdade esta neutralidade, como afirma Birolí:

São dois argumentos casados: a mídia difunde os estereótipos; a mídia, dada sua centralidade na construção do ambiente social contemporâneo, colabora para a naturalização dos estereótipos ao confirmar cotidianamente determinadas visões de mundo, em detrimento de outras. Parte ampla da crítica feminista à mídia comercial se encaixa nessa visão, ao analisar a naturalização do pertencimento da mulher à esfera privada e dos arranjos familiares que o justificam e reforçam, assim como o destaque dado ao corpo e à aparência física das mulheres.⁹³

Os estereótipos de gênero, especialmente na América Latina, têm também uma contribuição do machismo histórico (patriarcal). As igrejas ajudaram e ajudam na construção e na sua permanência. Acerca disso, afirma Trasferetti:

O continente latino-americano é predominantemente machista e repleto de injustiças e desigualdades. Um machismo, certamente, influenciado por uma moral religiosa rigorista, que durante séculos pregou a cultura patriarcal como modelo de relacionamento conjugal.⁹⁴

Os estereótipos estão impregnados na sociedade e são visto de maneira natural que, por exemplo, os relacionados a gênero são transmitidos ainda durante a infância dentro de casa pelos pais aos filhos, diferenciando as atividades de meninos. Os estereótipos étnico-raciais são valores atributos positivos ou negativos dados aos indivíduos por conta de sua origem, exemplo disso é a ideia de que todo judeu é avarento ou que todo português é ignorante. O estereótipo socioeconômico refere-se a poder aquisitivo dos indivíduos.

2.3 Preconceito

Segundo Severson, a palavra preconceito vem do latim *praejudicium*. No seu significado dicionarizado é indicado principalmente o pré-julgamento negativo que se

⁹³ BIROLI, Flávia. *É assim, que assim seja*: mídia, estereótipos e exercício de poder. Disponível em: <<http://www.compolitica.org/home/wp-content/uploads/2011/03/FI%C3%A1via-Birolí.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

⁹⁴ TRASFERETTI, José. Teologia Moral e AIDS. *Espaços*, São Paulo, v. 14, p. 249-264, 2006. p. 251. Disponível em: <http://www.ittesp.com.br/portal/images/stories/revista/teologia_moral_e_aids.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

tem em relação a algo ou alguém que não conhecemos, do qual formamos uma ideia prévia.⁹⁵

Gaiarsa explica o sentido da palavra preconceito e como ele é evidenciado:

Preconceito significa, depois, conceito anterior a todo o conceito – mas agora em sentido lógico; todo preconceito funciona, em todos os juízos feitos por pessoas sobre comportamento de pessoas, de modo de uma premissa maior – evidente por si mesma – à qual se acrescenta explicitamente o comportamento diferente, para logo concluir do erro ou acerto do mesmo comportamento. É preciso muita habilidade, de regra, para tornar explícito o preconceito quando desta função. Geralmente, ele se contém nas expressões de rosto e no modo das pessoas, não nas palavras.⁹⁶

Para Gaiarsa,⁹⁷ preconceito é a teoria da maledicência. É a formação do conceito independente dos fatos, que atua como uma regra ou norma, servindo para avaliar o comportamento e, sobretudo, para obrigar as pessoas a seguirem os padrões sociais. Portanto, o preconceito funciona como o mandamento da vida social e uma uniformidade obrigatória, imposta a todo cidadão.

O preconceito obriga as pessoas a fazerem determinadas coisas e quem não as fizer é julgado, independente de se conhecer qual fato levou a tomar a decisão contrária à “norma social”.

Chauí expõe esta relação contraditória da “norma social” e a vontade do indivíduo:

O preconceito é intrinsecamente contraditório: ama o velho e deseja o novo, confia nas aparências mas teme que tudo o que reluz não seja ouro, elogia a honestidade mas inveja a riqueza, teme a sexualidade mas deseja a pornografia, afirma a igualdade entre os humanos mas é racista e sexista, desconfia das artes mas não cessa de consumi-las, desconfia da política, mas não cessa de repeti-la.⁹⁸

⁹⁵ SEVERRSON *apud* NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano. *AIDS e Direitos Humanos: práticas sociais em situações de discriminação*. Curitiba: Juruá, 2009. p. 34.

⁹⁶ GAIARSA, Jose Ângelo. *As vozes da consciência*. São Paulo: Ágora, 1991. p. 237.

⁹⁷ GAIARSA, 1991, p. 237.

⁹⁸ CHAUI, Marilena. Senso comum e transparência. In: LERNER, Julio (Ed.). *O preconceito*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1996/1997. p. 67. Disponível em: <http://www.defendebrasil.org.br/novo/img/pdf/preconceito_.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2012.

Gaiarsa expõe como funciona este “padrão social”: você viu o que ele fez? Todos pensam ou fazem deste modo. São normais! E quem faz de maneira diferente, é quem está errado, ou seja, é a maioria quem manda e impõe regras sociais.⁹⁹

Um exemplo bíblico deste tipo de preconceito é o praticado pelos fariseus contra Jesus Cristo. Os fariseus baseavam seu julgamento no próprio comportamento e sua classe social e Cristo era diferente deles (Lc 5.21; 7.48-49). Eles mantinham distância de Cristo (Mt 9.10-11), tentaram prendê-lo em diversas ocasiões (Jo 7.32; 7.45-48); organizaram complôs contra ele (Jo 11.47), pois Cristo não seguia os padrões sociais de sua época impostos pelos religiosos.

Gaiarsa afirma que o elemento comum ao preconceito é a linguagem, sem a qual se torna impossível a comunicação de pessoa a pessoa. Este tipo de preconceito é baseado no senso comum, na cultura ou em círculos sociais. Existem frases que expressam bem esta ideia: A mãe faz qualquer sacrifício pelos seus filhos; ou ainda, toda autoridade deve impor disciplina.¹⁰⁰

Os ditados populares caem também neste tipo de preconceito, pois funcionam como uma espécie de verdade absoluta sem sequer o falante conhecer os fatos e saber ou julgar este dito.

Chauí esclarece como é o processo de surgimento ou criação de um preconceito, evidenciando que o medo é base desta construção:

Exprime sentimentos de medo, angústia, insegurança diante dos estereótipos, isto é, modelos gerais de coisas, fatos e pessoas por meio dos quais julga tudo quanto ainda não havia visto. Propenso a admirar o que não compreende, mas aterrorizando-se com isso, e, portanto, propenso a reduzir o desconhecido ao já conhecido e indubitável, o preconceito é o obstáculo maior ao conhecimento e à transformação. Ignorante, o preconceito é conservador. Não existe nada mais conservador do que o preconceito de ser moderno.¹⁰¹

⁹⁹ GAIARSA, 1991, p. 237.

¹⁰⁰ GAIARSA, 1991, p. 238.

¹⁰¹ CHAUI, 1996/1997, p. 66.

O tema preconceito será abordado mais adiante relacionando com o início da epidemia de HIV/AIDS e como este contribuiu para a fase seguinte de estigmatização. No próximo tópico será apresentado o conceito de estigma.

2.4 Estigma

A origem do verbete Estigma está na Grécia antiga. Neste contexto, designava marcas impressas nos corpos que diferenciavam os “normais” dos “não-normais”, ou seja, os cidadãos (que tinham direitos) e os não cidadãos (sem direitos).

Segundo Goffman:

Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos.¹⁰²

Nesta mesma linha, Bacila¹⁰³ afirma que o conceito de estigma é um sinal ou uma marca que tinha um significado depreciativo. No início, era uma marca oficial gravada a fogo nas costas ou nos rostos das pessoas.

O estigma era um sinal de fácil visualização e a pessoa que o possuísse deveria ser evitada. Era um ser inferior, imperfeito, que, por conta da sua situação social, teve seu corpo marcado e, portanto, deveria ser evitado.

Alguns afirmam que a origem do estigma é religiosa, originando a partir de Cristo. Sobre isso expõe Teixeira Filho:

A palavra estigma origina-se das cinco marcas deixadas no corpo de Cristo pela Crucificação. Essas marcas teriam sido também impressas no corpo de

¹⁰² GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. p. 5.

¹⁰³ BACILA, Carlos Roberto. *Estigma: um estudo sobre os preconceitos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008. p. 24.

São Francisco de Assis e outros religiosos do século XVIII. A essas marcas chamam de estigmas.¹⁰⁴

Goffman acrescenta:

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso na realidade é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso.¹⁰⁵

O Dicionário de sociologia traz uma descrição de estigma:

O estigma é rótulo social negativo que identifica pessoas como desviantes, não porque seu comportamento viole NORMAS, mas porque elas têm características pessoais sociais que levam outras pessoas a excluí-las.¹⁰⁶

Para Parker e Aggleton,¹⁰⁷ a definição de estigma de Goffman¹⁰⁸ se completa com os estudos de Michel Foucault¹⁰⁹ sobre os regimes de poder embutidos nos diversos sistemas de conhecimentos e as formas de controle exercidas por tais sistemas sobre os corpos individuais e sociais. O foco de Foucault era como o poder se demonstrava na sociedade e o estigma de Goffman é uma forma de se exercer o poder sobre os mais vulneráveis.

Sobre a desvalorização imposta pelo estigma, afirmam Aggleton e outros:

O estigma tem sido descrito como um processo dinâmico de desvalorização que 'desacredita fortemente' um indivíduo perante os outros. As características ligadas ao estigma podem ser muito arbitrárias, por exemplo, cor da pele, maneira de falar, ou preferência sexual. Em determinadas culturas ou contextos, certos atributos são considerados e definidos como vergonhosos ou indignos.¹¹⁰

¹⁰⁴ TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva. *Do estigma à exclusão: história de corpos (des) acreditados*. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2005.

¹⁰⁵ GOFFMAN, 1988, p. 6.

¹⁰⁶ JOHNSON; LESSA; JUNGSMANN, 1997, p. 94.

¹⁰⁷ PARKER; AGGLETON, 2001, p. 13.

¹⁰⁸ A principal obra deste autor sobre estigma: GOFFMAN, 1988.

¹⁰⁹ Os principais estudos de Michel Foucault sobre o poder estão nos livros: *Vigiar e Punir* (1977), e *A História da Sexualidade*, volume I: *A Vontade de Saber* (1988).

¹¹⁰ AGGLETON, Peter; WOOD, Kate; MALCOLM, Anne; PARKER, Richard. *Estigma, discriminação e violação dos Direitos Humanos em relação ao VIH: estudos de casos de programas bem sucedidos*. Genebra: ONUSIDA, 2005. p. 7.

O estigma na Grécia Antiga estava alicerçado no pensamento de Aristóteles, em sua obra *A Política*. Nesta obra, ele afirma que mulheres e escravos eram iguais a povos bárbaros. Ele acreditava que o superior (homem) deveria dominar o inferior (mulheres, escravos e bárbaros).¹¹¹

Esta ideia de Aristóteles foi tão utilizada e disseminada durante muitos séculos que Todorov¹¹² relata uma discussão que ocorreu em 1550 entre o abade dominicano e o bispo Bartolomé de las Casas, de Chiapas, que defendia a igualdade entre os homens, e o seu opositor, o erudito e filósofo Juan Ginés de Sepúlveda, tradutor de *A Política*, que defendia a ideia da hierarquia, onde o “forte” deveria dominar o “fraco”. Esta ‘conversa’ durou cinco dias e não se chegou a lugar algum. Porém, com a utilização deste discurso, Espanha e Portugal dominaram os ameríndios, alegando que iriam “evangelizá-los”.

Podem-se apresentar vários exemplos de grupos estigmatizados como negros, ex-presidiários, pobres e pessoas com doenças infectocontagiosas, como o caso da AIDS. O estigma no fundo é uma relação de poder, uma ‘briga’ do mais forte contra o ‘fraco’. Acerca disso, expõe Deacon:

O estigma tem a ver, especialmente, com o poder. O gênero, a classe, a educação, a raça e a situação econômica formam parte da ideologia da diferença que com a qual se associa a enfermidade.¹¹³

O estigma assim como o preconceito são processos internos, portanto, pode acontecer de não passarem da fase de pensamentos e quando ocorre a sua exteriorização recebe o nome discriminação. Esta expressão de pensamento será abordada no tópico a seguir.

2.5 Discriminação

A palavra discriminação tem origem no verbete latim *discriminatio*, que significa ‘separação’ e vem do verbo latino *discriminare* ‘separa, distinguir’. O termo designa as condutas que as pessoas têm individualmente ou em grupo,

¹¹¹ ARISTÓTELES. *A política*. São Paulo: Hermus, 1966. p. 12-18.

¹¹² TODOROV. Tzevetan. *La conquista de America*. 9. ed. México: Siglo Ventiuno, 1987. p. 162-163.

manifestando-se em relação a outro indivíduo ou grupo, baseando-se em características atribuídas ou verificadas.¹¹⁴

A discriminação é consequência do preconceito ou do estigma. O preconceito e o estigma são a fase interna enquanto a discriminação é ação externa. Discriminação é tratamento desigual dado a indivíduos que pertencem a um determinado grupo.

Desde o século XVIII, as questões da desigualdade e da discriminação vêm preocupando algumas sociedades. A Revolução Francesa, com seu lema de liberdade, igualdade e fraternidade, influenciou vários países a começar a desenvolver e trabalhar a ideia dos Direitos Humanos.

Com a barbárie da Segunda Guerra Mundial, e na tentativa de evitar futuros conflitos, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945. No dia 10 de dezembro de 1948, na Assembleia Geral da ONU, foi criada a Declaração Universal dos Direitos Humanos,¹¹⁵ da qual vários países são signatários. A previsão legal e cumprimento dos direitos humanos no Brasil só ocorreram com o fim do Regime Militar e com a Constituição Federal de 05 de outubro de 1988.

Discriminar é acreditar que uma pessoa não tem o mesmo direito que a outra por qualquer motivo. Durante os anos no Regime Militar, acredita-se que existiam dois grupos: militares (que podiam tudo, portanto, superiores) e não militares (que nada podiam, portanto, inferiores). Para Aggleton:

discriminação é a aplicação do estigma. A discriminação consiste em ações ou omissões que derivam de estigma e que são dirigidas contra os indivíduos que são estigmatizados.¹¹⁶

¹¹³ DEACON *apud* PATERSON, Gillian. *El estigma relacionado com el SIDA – pensar sin encasillamientos: el desafío teológico*. Genebra: AEM/CMI, 2005. p. 3-5. (tradução nossa).

¹¹⁴ DICIONÁRIO on line priberam. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=discrimina%E7%E3o>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

¹¹⁵ DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 15 jan. 2012.

¹¹⁶ AGGLETON; WOOD; MALCOLM; PARKER, 2005, p. 10.

2.6 AIDS: do estereótipo ao estigma

A AIDS, nos primeiros anos, como descrito no primeiro capítulo, foi cercada pelo preconceito por conta de ser uma enfermidade nova, desconhecida e pela maneira como a nova doença se apresentou. Este contexto científico, social e cultural favoreceu a criação do preconceito em torno da doença e em seguida um estereótipo das pessoas contaminadas e, por fim, um estigma.

2.6.1 AIDS: a mídia e a construção do estereótipo e do preconceito

No início dos anos 1980, os jornais noticiavam enfermidades estranhas que estavam atingindo os homossexuais nos Estados Unidos. Almeida traz um destes relatos:

Em 1981, o jornal norte-americano *The New York Times* noticiava o crescente número de casos de pneumonia entre homens homossexuais dos Estados Unidos. Desde então, a imprensa tem papel importante na construção da ideia da AIDS. Os meios de comunicação, ao mesmo tempo em que buscavam conhecer e obter informações sobre a misteriosa doença que assustava o mundo no início da década de 1980, também participavam da formação interpretativa dos leitores em relação a AIDS. Informações e dados complexos vinham de hospitais e institutos de pesquisa e chegavam nas redações onde eram filtradas e traduzidas para que o leitor pudesse compreender o significado da doença em seu cotidiano.¹¹⁷

A divulgação de notícias da AIDS deveria se preocupar com o indivíduo, o que não aconteceu inicialmente, pois estavam preocupadas mais com a moralidade dos grupos de infectados.

Nos primeiros anos da década de 1980, a divulgação das informações sobre a AIDS precisou encontrar um equilíbrio entre tratar a questão pelo viés da moralidade – condenando os comportamentos dos grupos mais infectados pelo HIV (vírus que causa a doença) – e o da saúde pública, procurando garantir aos infectados uma qualidade de vida e tratamento médico. Foi assim que a mídia se viu diante de um desafio: reportar um

¹¹⁷ ALMEIDA, Marília de. *AIDS e Mídia: construção da cidadania*. Goiânia, 2009. p. 1. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/centrooeste2009/resumos/R17-0078-1.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

problema de saúde, fatal e desconhecido, de uma forma desconhecido, de uma forma responsável – informar sem inflamar, educar sem alardear.¹¹⁸

A mídia teve um papel importante na construção do estereótipo e do preconceito em torno do HIV/AIDS, pois as matérias que foram divulgadas inicialmente não eram esclarecedoras e eram cheias de preconceito.

Acerca disso, Almeida relata:

Nos anos 80, a informação sobre a expansão da nova e perigosa doença, a AIDS, demonstrava o pânico da sociedade em relação a ela. O que era dito nos meios de comunicação sobre os portadores do vírus HIV possuía um caráter preconceituoso e não era tecnicamente explicativo.¹¹⁹

Almeida relata que pessoas foram presas pelo fato de serem soropositivas e, portanto, eram consideradas uma ameaça à sociedade, uma das presas estava grávida, conforme texto a seguir:

Três notícias do ano de 1987, do mesmo jornal, anunciaram a prisão de soropositivos no Estado de Goiás. Na primeira matéria, do dia 20 de janeiro, um boliviano residente no Brasil foi preso por policiais da Delegacia de Pirenópolis, por estar sob suspeita de ser portador do vírus HIV. O delegado responsável pelo caso afirmou que a prisão havia sido feita para evitar que ele contaminasse outras pessoas. Em momento algum na notícia foi questionada a prisão do boliviano, ou seja, se era permitido prender uma pessoa por estar doente.¹²⁰

A ciência ao longo dos anos se afastou da teologia, desenvolveu-se e conseguiu responder a vários questionamentos da humanidade. Assim, suas afirmações foram ganhando respeito e caráter de verdades absolutas. Entretanto, ela favoreceu ao aumento dos estereótipos e preconceitos, pois a sua análise estava cheia destes elementos. Patto afirma sobre isto:

A adesão ao anticlericalismo e ao cientificismo, características do Iluminismo, permitiu que estereótipos e preconceitos raciais milenares adquirissem um novo *status*: o de conhecimento neutros, objetivos e

¹¹⁸ BARATA, Germana. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Rita M. de; MARQUES, Rita de Cássia (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad, 2006. p. 120.

¹¹⁹ ALMEIDA, 2009, p. 3.

¹²⁰ ALMEIDA, 2009, p. 4.

verdadeiros que a ciência experimental e positiva conferia às ideias geradas de acordo com os seus princípios.¹²¹

A ciência, tentando responder como surgiu, o que provocava aquela doença, por que surgiu e a quem se destinava, favoreceu o surgimento do estereótipo e do preconceito em torno do HIV/AIDS.

A maneira como o HIV/AIDS foi abordado na mídia contribuiu significativamente para a criação de um estereótipo e do preconceito.

Em 1986, ainda no início da epidemia, nos Estados Unidos, estudiosos sobre a doença demonstraram como os meios de comunicação agiram contra a prevenção da doença, reforçando conceitos de discriminação como o de “peste gay”, circunscrevendo a doença a guetos, dando pouca ênfase às outras categorias de infecção.¹²²

Os meios de comunicação foram reprodutores também da opinião dos cientistas. Barata em sua dissertação traz um exemplo destes:

Mas, certamente o reforço da construção da AIDS veio do discurso oficial e legítimo de cientistas, que também eram tomados por incertezas sobre a doença. Desde o início, cientistas como Robert Gallo – que mais tarde seria considerado um dos descobridores do vírus HIV – reforçaram o discurso de que a transmissão da doença poderia ser exclusivamente por via anal, reforçando a construção da AIDS como doença de homossexuais, e simplesmente fechando os olhos para a possibilidade dos heterossexuais também praticarem sexo anal.¹²³

Assim as primeiras vítimas foram nominadas de ‘grupos de risco’ (4H ou 5H), como se a enfermidade escolhesse a quem ela iria ou não infectar, piorando ainda mais os grupos que sofriam com estigmas diversos e exclusão social. A mídia ao relatar os casos da nova doença reforçava a ideia do ‘grupo escolhido’.

No primeiro período, a questão dos portadores do vírus associava-se à forma como haviam contraído a doença, tornando constantes as referências à homossexualidade e às drogas. As matérias distinguiam claramente os

¹²¹ PATTO, Maria Helena Souza. *A produção do fracasso escolar: história de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 53.

¹²² CONTRERAS, Wildney Feres. AIDS: história de uma epidemia. In: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: Pastoral DTS/AIDS, 2002. p. 76.

¹²³ GRAUERHOLTZ *apud* BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao Público (1983 a 1992)*. Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 2006. p. 86.

chamados grupos de risco (homossexuais e drogados) das pessoas fora de risco (todas as outras), revelando a presença de poucos atores sociais envolvidos nas narrativas e reforçando o preconceito em relação a grupos sociais específicos, distanciados das pessoas em geral.¹²⁴

A ideia de que o vírus teria uma preferência por grupos específicos de pessoas que prontamente foi denominado “grupo de risco” mostrou-se equivocada e preconceituosa.

O exercício do óbvio, as formulações repetitivas e até a falta de criatividade foram muitas vezes definidas como clichês ou estereótipos. Interessante é que o texto jornalístico utilizou e utiliza com frequência, como recurso para tornar familiar ao leitor algum aspecto da notícia, justamente os estereótipos e clichês, que facilitam o reconhecimento de um conceito.¹²⁵

Trouxe à tona também questões morais e religiosas adormecidas, como bem expõe Sampaio:

A AIDS em seu princípio histórico, a partir de 1983, trouxe à luz um repertório de preconceitos e estigmatizações que estavam adormecidas na consciência de muitas pessoas ou silenciadas propositalmente por outras. A constatação do aparecimento do vírus fez emergir não apenas as questões de ordem da saúde, mas trouxe à tona questões de cunho moral e religioso que prontamente se organizaram em um discurso normativo culpabilizador do corpo e suas relações.¹²⁶

Ao longo dos séculos, o discurso religioso vem atribuindo várias doenças a questão da “pureza” ou “impureza”. Usou-se o pecado para justificar a contaminação das pessoas por certas enfermidades como a lepra (hanseníase), a tuberculose, a peste negra e tantas outras. Com a AIDS, não poderia ser diferente, mais uma vez foi utilizada a teologia da recompensa para ‘explicar’.

A fase seguinte da epidemia foi a contaminação de pessoas públicas, conforme Soares:

Num segundo momento, os comportamentos “desviantes” não pareciam mais tão distantes: surgem nas mídias inúmeros casos de pessoas famosas – personalidades públicas, atletas, atores, cantores, artistas em geral – portadoras do HIV. Um dos casos mais notáveis foi o jogador norte-

¹²⁴ SOARES, 2002, p. 47.

¹²⁵ GONTIJO. 2004, p. 221.

¹²⁶ SAMPAIO, Tânia Mara. AIDS e religião: aproximações ao tema. *Impulso, Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, 2002. p. 21.

americano de basquete Magic Johnson, que veio a público em 1991 falar da sua condição.¹²⁷

Qualquer pessoa que emagrecesse de maneira abrupta ou tivesse tuberculose já poderia ser taxada com o estigma de “aidético”, por conta única e exclusivamente de um estereótipo criado pelo senso comum. Este detalhe físico nada mais é do que estigma.

Com o passar do tempo, devido à descoberta do agente causador da síndrome, o que era antes preconceito passa a ser estigma. Acerca disso, afirma Soares:

Dizemos estigmas, e não simplesmente preconceitos, em razão das peculiaridades que cercam a AIDS e as pessoas por ela afetadas (especialmente os portadores do HIV, sintomáticos ou assintomáticos), caracterizando-a como estigmatizada pela sociedade e, ao mesmo tempo, estigmatizante daqueles que com ela (con)vivem.¹²⁸

2.6.2 AIDS e estigma

Parker e Aggleton afirmam que o estigma é antes de tudo um processo social e não uma estrutura estática como muitos podem pensar.¹²⁹ Eles certificam que o estigma em relação à AIDS não é ou era novo e, sim, uma transferência ou piora de outro estigma já enfrentado pelas primeiras vítimas desta doença. Como exposto a seguir:

Entretanto, o que é especialmente importante enfatizar, no presente contexto, é o fato de que o estigma relacionado ao HIV e à AIDS raramente opera exclusivamente em relação ao HIV e à AIDS. Pelo contrário, em praticamente todo país e cultura, a estigmatização, a discriminação e a negação operam, também, em relação a uma série de formas preexistentes e/ou independentes de estigmatização e exclusão, reforçando o seu impacto e os seus efeitos, e ligando-os a reações novas e emergentes em resposta às condições específicas da infecção do HIV e AIDS. Para começar a entender as formas e contextos específicos nos quais a estigmatização e a discriminação ao HIV e à AIDS funcionam, é sempre necessário, portanto, começar por desvendar a triste história da

¹²⁷ SOARES, 2002, p. 45.

¹²⁸ SOARES, 2002, p. 41.

¹²⁹ PARKER; AGGLETON, 2001, p. 11,20.

estigmatização e discriminação que existia anteriormente, e independentemente, à AIDS.¹³⁰

Sontag também fala sobre esta transferência do estigma e o “grupo perigoso”:

Tal como a sífilis, a AIDS é uma doença concebida como um mal que afeta um grupo perigoso de pessoas ‘diferentes’ e que por elas é transmitido, e que ataca os já estigmatizados numa proporção ainda maior do que ocorria antes com o câncer e ocorre agora com a AIDS.¹³¹

O estigma que estes grupos vivenciavam por conta da marginalização de não “atenderem à norma social” ao se associar com o HIV/AIDS fez piorar ainda mais a situação destes grupos. Aggleton afirma acerca disso:

O estigma relacionado com o VIH tem múltiplas facetas, com tendência para se apoiar em conotações negativas, reforçando-as, através da associação do VIH e SIDA com comportamentos já marginalizados tais como comércio do sexo, consumo de drogas e hábitos homossexuais e transexuais. Também reforça o receio de estranhos e de grupos já de si vulneráveis como prisioneiros e migrantes. Acredita-se muitas vezes que os indivíduos que vivem com o VIH merecem a sua soropositividade devido a terem feito algo ‘errado’. Deitando as culpas a certos indivíduos e grupos que são ‘diferentes’, outros se dispensam de reconhecer o seu próprio risco, enfrentar o problema e cuidar das pessoas afetadas.¹³²

A criação do chamado grupo de risco contribuiu significativamente para a construção do estigma em torno do HIV/AIDS, pois considerou a doença como uma exclusividade, um “privilegio” de determinados grupos. Acerca disso afirma Rotello:

A categorização é útil para compreensão da epidemia, e como tal seria altamente perigoso ignorá-la, mas é igualmente fácil compreender este conceito e utilizá-lo. Acusar um grupo de pessoas de contribuir para a disseminação de doença é uma maneira forte de estigmatizá-lo, pois, coloca este grupo na posição de contaminador dos outros. Este fato é perturbador quando este grupo em questão já é marginalizado e desprivilegiado como ocorre com frequência.¹³³

Rotello afirma que na década de 1970 foi desenvolvida a ideia de grupos de riscos relacionada a algumas doenças, mais especificamente as DST. O autor

¹³⁰ PARKER; AGGLETON, 2001, p. 19.

¹³¹ SONTAG, 2007, p. 34.

¹³² AGGLETON et al., 2005.

¹³³ ROTELLO, 1997, p. 67.

analisa o estudo de dois pesquisadores: James Yorke e Herbert Hethcote, que começaram a pesquisar a incidência de gonorreia em Denver (EUA) e concluíram que as infecções estavam localizadas em quatro “lugares”: numa base militar, num bairro afro-americano, num bairro hispânico e em um bairro *gay*, ou seja, os casos estavam relacionados a determinado grupos de residentes em determinados locais e que a maioria destas pessoas não eram aceitas ou bem vistas pela sociedade, exceto o caso dos militares.¹³⁴

Segundo Rotello, o conceito de grupo de risco:

Em termos epidemiológicos, um grupo de risco é um agrupamento de pessoas que, devido a várias circunstâncias, sofrem de DST e as transmitem em índices muitos elevados do que o resto da população. Os pesquisadores notaram há muito tempo, por exemplo, que uma elevada proporção de até 80% de certas DST's podem estar concentradas em menos de 20% das pessoas que contraem, enquanto os 20% restantes das infecções estão amplamente difundidos entre os 80% restantes daqueles que contraem a doença.¹³⁵

Soares afirma sobre o caminho do HIV inicial da ideia de “grupos de riscos” até a consolidação do estigma:

O percurso dessa doença causava certo estranhamento. Primeiro, afirmaram que só afetava homossexuais masculinos. Logo depois surgiu a história dos macacos africanos que teriam transmitido o vírus aos humanos. Em seguida, usuários de drogas começaram a ser infectados. Até esse momento, apenas grupos considerados marginais, fora-da-lei, desviantes haviam sido atingidos. Sedimentava-se o estigma de “grupo de risco”: pessoas que possuíssem determinados comportamentos estariam sujeitas à infecção pelo HIV.¹³⁶

Apesar do avanço tecnológico no tratamento do HIV/AIDS ainda existe o estigma da doença como expõe Aglleton e Parker:

A questão do estigma continua no centro de toda a luta contra a pandemia global de AIDS. Embora se tenham alcançado vitórias claramente – particularmente no desenvolvimento de tratamentos novos e mais eficazes e de terapias para as pessoas que vivem com o HIV em ambientes que dispõem de recursos – muito menos tem sido obtido na tentativa de superar

¹³⁴ ROTELLO, 1997, p. 65.

¹³⁵ ROTELLO, 1997, p. 65.

¹³⁶ SOARES, 2001, p.85.

o impacto do estigma e da discriminação nas vidas dos afetados pela epidemia.¹³⁷

A UNAIDS, programa das Nações Unidas que tem a função de criar soluções e ajudar as nações no combate ao HIV/AIDS, tem várias publicações sobre a temática dentre elas “El estigma relacionado com el sida” em que expõe dez princípios do estigma:

O estigma é contextual e é social. O estigma é distinto da discriminação. Algumas formas de discriminação se baseiam em uma avaliação reacional do risco, e, portanto é legítima. Muitos estigmas têm a ver com medo e ignorância. Harriet Deacon distingue dois tipos de estigma: O instrumental e o simbólico. O estigma instrumental é “discriminação intencionada baseada em percepções de risco e em preocupações em relação a recursos”. O estigma simbólico, referido a significados culturais ou religiosos, pode expressar-se na emissão de juízos religiosos ou morais, ou em respostas emocionais. A religião como defensora das normas morais e sociais de uma cultura, frequentemente funciona de maneira que reforça e ritualiza o estigma simbólico. A auto estigmatização pode ser um elemento importante no coquetel da estigmatização. Os níveis de estigmatização podem mudar e modificar-se ao longo do tempo, o qual faz que a redução do estigma seja um objetivo tangível. O estigma pode desempenhar um papel eficaz no reforço das normas culturais ou morais. O estigma exacerba as desigualdades existentes.¹³⁸

Para Parker e Aggleton, existem quatro tipos de estigmas principais que parecem estar quase que universalmente presentes em todos os países e culturas na evolução de suas respostas ao HIV e à AIDS: (1) estigma em relação à sexualidade; (2) estigma em relação ao gênero; (3) estigma em relação à raça ou etnia; e (4) estigma em relação à pobreza ou à marginalização econômica.¹³⁹ Estes autores afirmam que cinco fatores contribuem para que exista um estigma em torno do HIV/AIDS:

(1) o fato de que a AIDS é uma doença ameaçadora à vida; (2) o fato de que as pessoas têm medo de contrair o HIV; (3) a associação do HIV e da AIDS a comportamentos já estigmatizados em muitas sociedades (tais como sexo entre homens e o uso de drogas injetáveis); (4) o fato de que as pessoas com HIV e AIDS são frequentemente consideradas responsáveis por terem contraído a doença; e (5) crenças religiosas ou morais que levam algumas pessoas a concluir que ter HIV ou AIDS seja o resultado de uma

¹³⁷ PARKER; AGGLETON, 2001, p. 8.

¹³⁸ PATERSON, 2005, p. 3-5. (tradução nossa).

¹³⁹ PARKER; AGGLETON, 2001, p. 20.

falta moral (tal como a promiscuidade ou o “desvio” sexual) que merece punição.¹⁴⁰

A ONU em uma reunião que ocorreu entre 25 e 27 de junho de 2001 fez a Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS, que foi adotada por 189 países. No artigo 58, fala sobre o combate ao estigma e exclusão social.

58. Até 2003, promulgar, reforçar ou fazer cumprir, consoante seja o caso, regulamentos e outras medidas para eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas que vivem com o VIH/SIDA e os membros de grupos vulneráveis, bem como para garantir que gozem de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e, em especial, garantir-lhes o acesso a, entre outras coisas, educação, direitos sucessórios, emprego, cuidados de saúde, prevenção, apoio, informação e proteção legal, respeitando a sua privacidade e confidencialidade, e criar estratégias para combater o estigma e a exclusão social, ligados à epidemia.¹⁴¹

Existe ainda outro tipo de exclusão social que é a autoexclusão, em que o indivíduo se isola do convívio social por conta do medo do estigma e da discriminação ou simplesmente por não aguentar mais esta situação. Parker e Aggleton falam sobre a autoexclusão.

Frente à estigmatização que os cerca, não é de surpreender que muitas pessoas com HIV/AIDS tendam a afastar-se do convívio social como maneira de se proteger. Como acontece em outras formas internalizadas de estigma (como por exemplo, a homofobia interiorizada), este autoisolamento imposto pode resultar na exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais e, em circunstâncias extremas, foram relatadas mortes prematuras por meio de suicídio ou da eutanásia.¹⁴²

A autoexclusão não é algo novo na sociedade e nem “privilégio” dos soropositivos. Durante séculos os excluídos eram vítimas de catástrofes, guerras, revoluções e lutas.¹⁴³ Um exemplo de autoexclusão foi praticado pelo ator Marlon Brando por não concordar com as imposições da sociedade, como explica Ferreira:

¹⁴⁰ PARKER; AGGLETON, 2001, p. 23.

¹⁴¹ Organização das Nações Unidas. *Declaração de compromisso sobre o VIH/SIDA*. Nova York: 2001. Disponível em: <<http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/AIDS/CompromissoVIHSIDA.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

¹⁴² PARKER; AGGLETON, 2001, p. 27.

¹⁴³ FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. *AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com o HIV*. São Paulo: Lemos, 2003. p. 51.

Ainda se pode referir aos “autoexcluídos” que, por não concordarem com os métodos do sistema, as desigualdades sociais, as injustiças humanas e a dor imposta aos que são jogados à margem do processo, mesmo tendo oportunidades de inclusão, se excluem como forma de protesto e alheamento. Talvez se possa citar aqui o caso do ator Marlon Brando, que, além de se recusar a receber um Oscar da academia de *Hollywood*, como melhor ator, resolveu se isolar em uma ilha e aí viver à margem dos valores e padrões vigentes.¹⁴⁴

Quanto ao estigma do HIV/AIDS, faz-se necessário ter uma atitude de ruptura com este ciclo como fez a Princesa Diana em 1987, que foi contra o senso comum praticado em pleno início da epidemia, como expõe Brown:

Diana ficou muito nervosa quando em abril de 1987, o hospital Middlesex a convidou para a inauguração da primeira enfermaria para o tratamento do Reino Unido. É fácil esquecer a superstição e ignorância que no início cercavam as causas de contágio do HIV, a aura de desprezo que lhe deram o nome de “Praga Gay”. A decisão de Diana de apertar a mão, sem luvas, de 12 pacientes masculinos aidéticos que encontrou naquela manhã causou um abalo sentido no mundo inteiro. Tão grande era o estigma da doença que apenas um dos pacientes a quem ela estendeu a mão concordou em ser fotografado – de costas para a câmera. “Quase se sentia o tabu quebrado” disse Richard Kay do *Dialy Mail*.¹⁴⁵

No próximo capítulo, serão abordadas as respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS e possíveis ligações com o estigma da enfermidade.

¹⁴⁴ FERREIRA, 2003, p. 78.

¹⁴⁵ BROWN, Tina Diana. *Crônicas íntimas*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007. p. 243.

3 RESPOSTAS RELIGIOSAS

Neste capítulo, serão abordadas as primeiras respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS e as respostas religiosas no Centro Antigo de Salvador.

3.1 Introdução

Assim como as respostas da sociedade civil, as respostas religiosas também demoraram a chegar. Acerca disso, expõe Galvão:

Em termos de respostas das religiões frente à epidemia de HIV/AIDS, será um pouco mais tarde que irão acontecer. Mas é claro que isto não significa que diferentes tipos de movimentações – como, por exemplo, artigos na imprensa – não estavam ocorrendo antes que programas de apoio e assistência religiosa fossem estabelecidos.¹⁴⁶

A epidemia de HIV/AIDS, como apresentado nos capítulos anteriores, veio de encontro a questões dogmáticas do cristianismo em relação à sexualidade humana que os católicos e protestantes (evangélicos) fingiam não existir ou apenas ignoravam, diferente do que praticavam as religiões afro-brasileiras que facilmente os aceitavam. Mudanças estas que vinham acontecendo na sociedade e, entretanto, não eram aceitas pelos cristãos. Frei José Bernardi expõe sobre este período em uma entrevista transcrita por Trasferetti:

A epidemia da AIDS mostrou, tirou debaixo do tapete, seja da Igreja, seja da sociedade como um todo, uma realidade que você não tem como contestar ou questionar, a realidade se apresenta, ela é assim. E ela não se comporta de acordo com aquilo que a gente imagina, com aquela visão idealizada, que as pessoas não fazem sexo antes do casamento, ou que só faz sexo homem com mulher. A AIDS escancarou as nossas maneiras de exercício da sexualidade. O grande problema ou grande contribuição da AIDS. A AIDS escancarou as nossas maneiras de exercício da sexualidade. O grande problema ou grande contribuição da AIDS é que ela desvelou aquilo que a gente sempre, como humanidade, teimou em velar, em guardar, em esconder que é o fato de nós sermos sexuados, termos relações sexuais das mais diversas formas, com os mais diversos parceiros, [...] Não é que

¹⁴⁶ GALVÃO, 1997, p. 112.

as pessoas aumentaram o sexo, e, por isso, têm AIDS. Na verdade, a AIDS se propagou porque as pessoas têm essas relações.¹⁴⁷

Estas mudanças na sociedade iam contra o discurso da Igreja Cristã em relação à sexualidade de que esta deveria ser heterossexual e exercida unicamente através do casamento, como expõe Salla sobre os ensinamentos da Igreja no continente africano:

As Igrejas Católicas, protestantes e ortodoxas concordam quanto ao fato de que a sexualidade não pode ser exercida de maneira responsável senão no quadro do matrimônio legitimamente contraído por um homem e uma mulher. Isto exclui automaticamente as relações sexuais fora do casamento e contra a natureza como a homossexualidade. É esta moral oficial, fortemente apoiada na lei natural, que é ensinada nas igrejas e nos templos cristãos na África. Mas, quando alguém se interessa de perto pelo comportamento sexual dos cristãos, percebe facilmente que permanece imenso o fosso entre o ensinamento recebido e a vivência quotidiana dos convertidos ao cristianismo.¹⁴⁸

Como aconteceu com outras enfermidades, o discurso teológico cristão mais uma vez foi utilizado para justificar o HIV/AIDS em que se atribuía a doença ao pecado (hamartiologia), reforçando assim a predileção da doença pelos “pecadores”, uma visão errônea e bem diferente do que se percebeu com o tempo. Como expõe Sampaio: “prevaleceu uma concepção teológica sacerdotal oriunda do século IV a.C., na qual as purezas e impurezas do corpo manifestavam a bênção ou castigo de Deus”.¹⁴⁹

Exemplo deste discurso teológico de determinado grupo da Igreja foi o de Dom Eugênio Sales publicado no Jornal do Brasil em 1985. Galvão afirma sobre este discurso:

É de 1985, por exemplo, um dos artigos sobre AIDS escrito por Dom Eugênio de Araújo Sales, Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro. Dada à importância de Dom Eugênio no cenário religioso nacional, o artigo teve uma grande repercussão, somando ao fato de que foi um dos primeiros artigos publicados na chamada “grande imprensa” por uma pessoa importante da hierarquia católica. No artigo publicado no Jornal do Brasil e denominado “O mal e a covardia dos bons”, Dom Eugênio aborda a AIDS

¹⁴⁷ TRASFERETTI, José; LIMA, Livia Ribeiro. *Teologia, sexualidade e AIDS*. Aparecida: Santuário, 2009. p. 21-22.

¹⁴⁸ SALLA, Jean Bertrand. Igrejas históricas e moral familiar e sexual: homossexualidade e AIDS. In: LUNARDI, Luiz Carlos; BERNARDI, José. *Igreja e AIDS: muito além do amor*. Porto Alegre: Pastoral de DST/AIDS-CNBB, 2008. p. 95.

¹⁴⁹ SAMPAIO, 2002, p. 22.

como uma punição, um castigo divino, um revide da natureza contra as inversões que estavam acontecendo no campo da sexualidade.¹⁵⁰

A visão de muitos cristãos deveria ser mais próxima da exposta por Epega ao descrever como os pais e mães de santos devem tratar um filho de santo soropositivo:

E é intolerável que alguém ache muito bem feito a AIDS adquirida através de drogas injetáveis, de sexo pouco seguro, de práticas homo ou bissexuais, ou do sexo profissional. Isto não é moralidade. É preconceito, uma forma odiosa de demonstrar pequenez moral e espiritual. Nossa Religião sempre foi absolutamente tolerante com os erros e os acertos do ser humano, até porque cremos que todos devem ser aceitos como são e pelo que são. E cada um que trate de se melhorar e ensinar sua prole com a experiência adquirida no Aiyê (Planeta Terra). Não temos a hipocrisia de crer que, sendo bonzinhos na Terra, gozaremos no Céu.¹⁵¹

A ciência ao criar a ideia de grupo de risco, ao invés de grupo de maior vulnerabilidade como passou a ser chamado posteriormente, contribuiu para uma visão equivocada na sociedade e nos grupos religiosos com a crença de que a nova enfermidade estaria punindo as pessoas que tinham se comportado fora dos “padrões” determinado pela sociedade e pelos cristãos de modo geral. Como exposto no segundo capítulo, este fato favoreceu o crescimento do estigma enfrentado por aqueles grupos e, agora, reforçado em torno do HIV/AIDS.

Galvão¹⁵² afirma que o Instituto da Religião (ISER) foi uma das primeiras instituições religiosas a trabalhar com a temática HIV/AIDS. Esta organização foi fundada em 1970 em São Paulo e, em 1979, foi transferida para o Rio de Janeiro. O projeto inicial recebeu o nome de Apoio Religioso frente à AIDS (ARA) e, depois, o nome de Apoio Religioso contra a AIDS (ARCA). Entretanto, a temática expandiu para outros projetos do ISER como Prostituição e Direitos Humanos, Direitos Humanos na Cadeia entre outros.

Arletty e Iglesia afirmam que os primeiros grupos de religiosos que se dispuseram a trabalhar com portadores do HIV, na sua maioria o fizeram de maneira individual, como a irmã Neli, João Carlos Vidinha e o Pastor Antônio, que se

¹⁵⁰ SALLES *apud* GALVÃO, 2000.

¹⁵¹ EPEGA, Sandra Medeiros. Bio-segurança dentro do Asé. In: MOTT, Luiz; CERQUEIRA, Marcelo. *As religiões afro-brasileiras na luta contra a AIDS*. Salvador: CBAA, 1998. p. 35.

¹⁵² GALVÃO, 2000, p. 73.

propuseram a militar no combate e no apoio a portadores da síndrome mesmo que estivessem indo contra os seus líderes religiosos, mas outros grupos religiosos acreditavam na “salvação” da AIDS ou pela AIDS.¹⁵³

Arévalo e Fernandes relatam outra experiência realizada no estado de São Paulo no ano de 1988, onde foi trabalhado a liderança e membros de instituições de diversas ideologias religiosas¹⁵⁴ e os problemas específicos da epidemia: combater o impacto da infecção pelo HIV; capacitar pessoas nas Igrejas para transmitir informações à comunidade religiosa; motivar a liderança e a comunidade religiosa para fornecer apoio aos familiares e pacientes soropositivos e promoção de eventos ecumênicos junto a comunidades religiosas para prevenir e controlar a disseminação do HIV.¹⁵⁵

3.2 Igreja Católica

Segundo Galvão, no início dos anos 1980, quando do surgimento dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil, a Igreja Católica estava voltada para os debates cujos temas lhe parecia mais importantes e prioritários do que a nova doença: o aborto, o crescimento dos evangélicos (a chamada “guerra santa”), o processo de retomada da catequização, em oposição a uma atuação mais política.¹⁵⁶

Neste mesmo período, além de ser o final do Regime Militar no Brasil (como exposto no primeiro capítulo), a Igreja Católica estava preocupada com um novo movimento que vinha ganhando força dentro da igreja: a Teologia da Libertação, um discurso teológico voltado para os mais pobres e carentes, o que para alguns era

¹⁵³ ARLETTY; IGLESIA, 1996, p. 46.

¹⁵⁴ Igreja Presbiteriana Independente, Igreja do Evangelho Quadrangular, Igreja Católica (Cúria Metropolitana), Congregação Israelita de São Paulo, Igreja Evangélica Assembleia de Deus, Igreja Metodista do Brasil, Igreja Nova Vida, Igreja Evangélica Osana, Igreja Batista de São Paulo, Igreja dos Mórmons, Federação Espírita de São Paulo, Associação Espírita do Estado de São Paulo, Igreja Exército da Salvação e Culto afro-brasileiro (Candomblé).

¹⁵⁵ FERNANDES, Maria Eugenia Lemos; ARÉVALO, Elisabete Inglesi. AIDS e Liderança Religiosa no Estado de São Paulo. In: RIBEIRO, Helcion (Coord.). *AIDS: do preconceito à solidariedade: a partir da medicina, ciência do social e teologia*. São Paulo: Paulinas, 1990. p. 52-53.

¹⁵⁶ GALVÃO, Jane. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil In: Parker, Richard (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. p. 119.

apenas uma teologia política ou marxista, portanto, sendo rejeitada por muitos religiosos. Orozco fala sobre isso:

É importante ter em conta o contexto histórico da Igreja Católica brasileira nos anos 1980, marco de referência do aparecimento do HIV e da AIDS no Brasil. Era o auge da Teologia da Libertação. A Igreja envolvia-se em debates e práticas relativas a questões políticas e sociais, que nesse momento lhe pareciam prioritárias. Assim a AIDS não aparece como um assunto prioritário naquele momento.¹⁵⁷

Galvão expõe sobre o tratamento dado à Teologia da Libertação, seu principal representante no Brasil e a resposta da Igreja Católica frente ao movimento:

A maneira como um dos seus criadores, Leonardo Boff (na época frei franciscano), conseguiu mobilizar seguidores não apenas no Brasil, mas, sobretudo, religiosos europeus, não somente católicos, mas de outras tradições religiosas, é um claro exemplo de como a Igreja Católica reage frente àqueles que, por qualquer motivo, ousam enfrentá-la. Propondo uma clara opção pelos pobres e oprimidos e com uma alta dose de crítica à estrutura hierárquica da Igreja Católica, Boff chegou a ser punido pelo Vaticano com o silêncio e, mais recentemente, desligou-se de sua ordem religiosa e se casou.¹⁵⁸

A ideia do grupo do 5H (primeiro capítulo), ou grupos de maior vulnerabilidade como passou a ser chamado posteriormente, foi outro fator que dificultou a atuação da Igreja Católica frente às primeiras vítimas da síndrome, pois trouxe à tona questões morais que iam contra o discurso religioso da Igreja (dogmas) como sexualidade, relações sexuais antes do matrimônio, sexo sem a finalidade reprodutiva, variedade de parceiros sexuais, entre outros.

Um ponto ainda polêmico quanto à prevenção à contaminação pelo HIV era o uso do preservativo e as propagandas para incentivar o uso. Exemplo disso foi o motivo que levou ao cancelamento do show da cantora Daniela Mercury em 2005 publicado pela Folha de São Paulo:

O Vaticano cancelou a participação da cantora Daniela Mercury em um concerto de Natal, marcado para 3 de dezembro, com a presença do papa Bento 16. Segundo o Vaticano, a decisão foi tomada por conta da

¹⁵⁷ OROZCO, 2002, p. 13.

¹⁵⁸ GALVÃO, 1997, p. 119.

participação de Daniela em uma campanha antiaids, no Carnaval passado, em que ela defendeu o uso de preservativos.¹⁵⁹

A primeira iniciativa da Igreja Católica no Brasil foi o Projeto Esperança, realizado pela Arquidiocese de São Paulo, criado por Dom Paulo Evaristo Arns com ajuda do seu assessor, o Padre Aníbal Gil Lopes, que também era médico, pesquisador e durante muito tempo exerceu a função assessor da Caritas Internacional. O fato de ajudar ou invés de se omitir, criticar ou negar a existência do problema foi uma quebra de paradigma dentro da Igreja.

A Igreja Católica tem sua responsabilidade na disseminação de tabus e preconceitos, por associar sexo, fonte prazerosa de vida, com pecado. Felizmente, a Igreja Católica evolui e em inúmeras dioceses brasileiras segue-se o exemplo da arquidiocese de São Paulo, empenhada na pastoral das vítimas da AIDS. Dom Paulo Evaristo Arns considera a camisinha “um mal necessário”. O que é um avanço, levando em conta que o Vaticano ainda associa camisinha à promiscuidade.¹⁶⁰

Segundo os fundadores do Projeto Esperança,¹⁶¹ os objetivos deste programa é advogar a causa dos portadores do HIV e pacientes de AIDS contra as diferentes formas de discriminação; educar a população para uma atitude preventiva em relação aos perigos da doença e servir aos envolvidos pela doença através de orientação, apoio psicológico e social, atendimento domiciliar e acolhimento em casas comunitárias.

Para atingir estes objetivos, são oferecidos: aconselhamento aos pacientes, familiares e amigos; orientação e encaminhamento socioeconômico; apoio jurídico; apoio domiciliar, incluindo cuidados de higiene e enfermagem; fornecimento de refeições; lavagem de roupa e limpeza da casa de pacientes que vivem sozinhos; auxílio no transporte de pacientes com dificuldades de locomoção; socialização de portadores de HIV/AIDS; grupo de apoio entre pacientes, treinamento de voluntários; seminários quinzenais para estudos e supervisão de casos; programas educativos nas comunidades, casa de acolhimento para pacientes sem moradia e;

¹⁵⁹ Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u55445.shtml>>. Acesso em: 15 out. 2012.

¹⁶⁰ BETTO, 2003, p. 242.

¹⁶¹ LOPES, Aníbal Gil; ARNS, Paulo Evaristo. Projeto Esperança, uma proposta de ação pastoral ante à AIDS. In: RIBEIRO, Helcion (Coord.). *AIDS: do preconceito à solidariedade: a partir da medicina, ciência do social e teologia*. São Paulo: Paulinas, 1990. p. 57.

acompanhamento, orientação e apoio, após o óbito do paciente, dos mais atingidos pelo luto (resiliência).¹⁶²

3.2.1 Caritas

Para Ávila, ao descrever a palavra caridade, a raiz está na palavra latina *Caritas* que significa amor, *de carus*: caro, de alto valor, digno de apreço, de amor. Identifica-se hoje com um afeto piegas que se traduz por gestos de assistência paternalista.¹⁶³ Caritas é um amor desinteressado, sem segundas intenções.

Segundo Ávila, a Caritas Internacional foi criada em 1924, no Congresso Eucarístico Internacional realizado na Holanda, com o intuito de coordenar as organizações de caridade de diferentes países. Sua sede foi estabelecida em Lucerna, Suíça. Em 1928, foram estabelecidas seções especializadas para a juventude, juventude universitária (Pax Romana) para atendimento a calamidades públicas, para os refugiados de guerra, para o imigrante. Em 1951, a sede foi transferida para Roma, Itália, sendo definidos objetivos: promover e coordenar as obras de caridade; representar as obras assistenciais da Igreja e intervir onde circunstâncias catastróficas solicitarem.¹⁶⁴

Gonçalves esclarece sobre a Caritas no Brasil, que está ligada à Caritas Internacional, com sede em Roma:

A Caritas foi criada no Brasil em 12 de janeiro de 1956 e sua missão é promover e animar o serviço de solidariedade ecumênica libertadora, participar da defesa da vida e da organização popular e da construção de um projeto de sociedade a partir dos excluídos e excluídas, contribuindo para a conquista da cidadania plena das pessoas, a Caminho do Reino de Deus.¹⁶⁵

¹⁶² LOPES; ARNS, 1990, p. 58.

¹⁶³ ÁVILA, Fernando Bastos de. *Pequena Enciclopédia de Doutrina Social da Igreja*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1993. p. 68.

¹⁶⁴ ÁVILA, 1993, p. 69.

¹⁶⁵ GONÇALVES, Alfredo José. *O que é a Pastoral Social*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2003. p. 36.

3.2.1.1 Caritas em Salvador

Segundo a CNBB, em Salvador funciona a sede do secretariado do Nordeste 3, responsável pelos estados de Bahia e Sergipe, que correspondem a 19 dioceses e quatro Arquidioceses onde é desenvolvido o programa PSE/AIDS. Este programa conta com uma média de 150 agentes comunitários que atendem 600 pessoas nos dois estados, sendo que este programa teve início em 1988. Ele trabalha em três dimensões: a educativa-preventiva, a solidária e a autossustentação.¹⁶⁶

A Caritas consegue atender e ajudar pessoas necessitadas e vencer com certa facilidade o estigma em torno da AIDS, mantendo trabalho de acompanhamento psicossocial e educativo a crianças acometidas pelo HIV/AIDS na cidade de Salvador, no bairro chamado Barbalho.

O serviço é oferecido às crianças soropositivas, órfãos em sua maioria, que residem na CAASAH¹⁶⁷ e que são transportadas até a sede adquirida pelo Caritas Internacional. Este serviço ocorre no turno oposto ao da escola das crianças duas ou três vezes por semana.

A CNBB afirma que a Caritas pelo programa PSE/AIDS vem conseguindo alcançar seus objetivos de solidariedade apesar de enfrentar problema por conta de manter os voluntários, outro problema é a reedição dos conteúdos e das metodologias trabalhados pelas oficinas e o compromisso dos agentes.¹⁶⁸ Com este trabalho não é diferente, nos últimos anos está passando por muitos problemas financeiros por conta da crise econômica europeia que dificulta a arrecadação e a transferência de recursos da Itália para este projeto. Por conta disto, alguns trabalhadores voluntários foram afastados, os que ficaram estavam com pagamentos de custeio atrasados e, algumas vezes, os jovens não são transportados por falta de combustíveis.

O foco deste trabalho da Caritas é uma clientela bem específica que muitas vezes passa despercebida para outras instituições por já estarem sendo assistidos

¹⁶⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002, p. 69-71.

¹⁶⁷ A CAASAH foi a primeira instituição na cidade de Salvador, BA a trabalhar exclusivamente com portadores de HIV/AIDS em 1991, conforme apresentado no primeiro capítulo, na parte de ONGs.

por outra entidade. Porém, é um grande diferencial, pois retira do lugar onde estes pequenos jovens convivem com pessoas acometidas pela mesma doença, deixando de lado por algumas horas um ambiente em que todos são iguais, podendo ser crianças por um período.

3.2.2 Pastoral da AIDS

A pastoral surgiu da divisão da Pastoral da Saúde. O site oficial da Pastoral da DST/AIDS relata o surgimento desta pastoral:

Em 27 de março de 1999, a comissão técnico-científica da Pastoral da Saúde Nacional criou uma comissão para acompanhar a problemática da AIDS. A comissão seguiria as linhas da pastoral da saúde e se dedicaria à assistência e educação preventiva contra a AIDS. No Encontro Nacional de ONGs (ENONG) de Belo Horizonte (MG), em abril de 1999, houve o primeiro anúncio oficial da criação da comissão de DST/AIDS da Pastoral da Saúde.¹⁶⁹

Trasferreti e Lima descrevem a atuação da Pastoral DST/AIDS:

A Pastoral de DST/AIDS é, hoje, o resultado da visibilidade das práticas da Igreja Católica com a AIDS. Seu histórico e sua formação estão relacionados às iniciativas católicas, notáveis por assistirem e acompanharem as pessoas atingidas pela AIDS. Essas entidades ligadas à Igreja inseriram-se no cenário de um verdadeiro movimento social da AIDS, convivendo com as práticas organizadas da sociedade civil e as políticas públicas do Estado Brasileiro.¹⁷⁰

Trasferreti e Lima afirmam que na Assembleia anual de 2003 foram definidas as Diretrizes Gerais da Ação Evangelizadora no Brasil:

Serviço de prevenção ao HIV e assistência aos soropositivos: a Igreja assume este serviço e, sem preconceitos, acolhe, acompanha e defende os direitos daqueles e daquelas que foram infectados pela AIDS. Faz também de prevenção, pela conscientização dos valores evangélicos, sendo presença misericordiosa e promovendo a vida como bem maior.¹⁷¹

¹⁶⁸ CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002, p. 73.

¹⁶⁹ Disponível em: <<http://www.pastoralids.org.br/quemsomos.php>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

¹⁷⁰ TRASFERETTI; LIMA, 2009, p. 15.

¹⁷¹ Boletim da PASTORAL DE DST/AIDS; Diretrizes da Ação Evangelizadora no Brasil *apud* TRASFERETTI; LIMA, 2009, p. 17-18.

O fato de existir uma Pastoral com esta temática não quer dizer que ela vá contra a visão da Igreja Católica, como salienta Dom Eugênio Rixen:

Ainda hoje o melhor remédio contra a transmissão do HIV/AIDS é a fidelidade matrimonial e a castidade [...] A castidade não é a abstinência sexual, mas o bom uso dela em função de sua finalidade, seja no celibato, seja no matrimônio.¹⁷²

Um dos principais trabalhos da Pastoral da DST/AIDS é a Casa Fonte Colombo, em Porto Alegre. A casa é mantida e administrada pela Ordem dos Frades Menores Capuchinhos de Rio Grande do Sul. A CNBB fala sobre esta casa:

A Casa Fonte Colombo atua na prevenção contra HIV/AIDS e oportuniza atendimento psicológico, massoterapêutico, pediátrico, grupos de convivência, terapia ocupacional, suporte alimentar e visitas domiciliares e hospitalares às pessoas convivendo com o vírus HIV. Além de encaminhar os pacientes aos serviços públicos, para tratamento, os profissionais que atuam, voluntariamente, na Casa Fonte Colombo, estimulam a adesão ao tratamento e buscam reinseri-los na família e na sociedade.¹⁷³

A atuação da Pastoral DST/AIDS em Salvador iniciou em 2005 através da informação e da prevenção às vítimas direta ou indiretamente. Foi formado um grupo composto de representantes de diferentes linhas religiosas que trabalhavam dando assistência espiritual aos acometidos pelo HIV/AIDS. Entretanto, este grupo não durou muito tempo e acabou. Hoje, a Pastoral DST/AIDS realiza dois eventos por ano: 01 de dezembro de cada ano e um evento com líderes religiosos de várias correntes.

3.3 Religiões de matriz afro: Candomblé

O professor Luiz Mott,¹⁷⁴ ao analisar 500 terreiros de candomblé na cidade de Salvador, concluiu que a maioria dos terreiros foram fundados a partir de 1976,

¹⁷² BERNARDI, Frei José. Os desafios pastorais da AIDS. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: Pastoral DTS/AIDS, 2002. p. 29.

¹⁷³ CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2002, p. 85.

¹⁷⁴ MOTT, Luiz. Os Candomblés da Bahia e a AIDS: Pesquisa em 500 terreiros de Salvador. In: MOTT, Luiz; CERQUEIRA, Marcelo. *As religiões afro-brasileiras na luta contra a AIDS*. Salvador: CBAA, 1998. p. 13.

ano em que acabou a exigência de alvará da polícia para abertura e funcionamento dos terreiros.

Apesar deste empecilho para a realização dos cultos afro-brasileiros, os adeptos do candomblé utilizavam diversas estratégias para transpor as barreiras e uma delas era através da aproximação da religião e de seus adeptos de pessoas influentes na sociedade. Sobre este fato relata Albuquerque:

A proteção e ajuda de pessoas influentes na sociedade faziam parte das estratégias dos adeptos do candomblé para se livrarem da polícia, garantirem o custeio das obrigações rituais e mesmo a ascensão de negros através de empregos e cargos públicos.¹⁷⁵

As religiões de afro-brasileiras desde seus primeiros adeptos sempre estiveram cercadas pelo estigma e pela discriminação, quer pela condição de escravos dos adeptos iniciais ou pelo culto em si. Este fato favoreceu para que este grupo religioso enfrentasse de maneira diferente outros grupos religiosos. Quanto à atuação dos adeptos do candomblé em relação ao HIV/AIDS, afirma Galvão:

Não há dúvida que, no candomblé, algumas iniciativas estão em andamento, principalmente no que diz respeito à formação de multiplicadores de informação sobre a doença. Ao mesmo tempo que, no caso do candomblé, algumas medidas preventivas, dadas as características de certos rituais, foram adotadas.¹⁷⁶

Apesar de estar acostumado a lidar com o estigma, o candomblé sofreu nos primeiros anos da epidemia por ter entre seus adeptos homossexuais masculinos e aceitá-los, como expõe da Silva:

A epidemia de AIDS trouxe alterações na vida do povo de santo, que anteriormente era discriminado pela condição de afro-brasileira, herdeiro de uma religião que foi trazida por negros escravos africanos. Agora, passaram a sofrer nova discriminação por ter em seu meio os homossexuais, que além de serem considerados marginais pela sociedade, eram também

¹⁷⁵ ALBUQUERQUE, Wlamyra R. de. *Uma história do negro no Brasil*. Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais; Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006. p. 229.

¹⁷⁶ GALVÃO, 1997, p. 127.

apontados como quem trazia consigo o risco de contaminar as pessoas pelo HIV.¹⁷⁷

Os adeptos do candomblé “rebatizaram” a AIDS com o nome de *dofona*, que é a primeira pessoa de um barco iaô.¹⁷⁸ Acerca afirma Silva:

A substituição da palavra AIDS pela palavra *dofona*, pelos iniciados do candomblé, não deve ser vista apenas como mera substituição de palavras, mas sim como um acordo simbólico em que culturas diferentes se interpenetram criando uma trama de relações, em que uma não anula a outra. Que a AIDS existe é uma verdade para o povo de santo, mas como ela veio de uma outra cultura, criou-se um termo adequado para designá-la, uma expressão dentro desse novo contexto cultural ao qual ela agora passa também a pertencer, na medida em que se tornam visíveis casos da doença entre os adeptos.¹⁷⁹

Epega indica regras de biossegurança e prevenção: como luva a ser usada pelo sacerdote e ajudante nas cerimônias, uso de navalhas individuais e desinfecção de material.¹⁸⁰ O jornal *A Tarde* fala das reuniões entre babalorixás e Secretaria de Saúde como o intuito de prevenir a contaminação em terreiros através da substituição da navalha comum por bisturis descartáveis em rituais a serem realizados na páscoa de 1989.¹⁸¹ Silva esclarece sobre o tema:

O candomblé utiliza a navalha em seus rituais de iniciação e de cura, ou seja, de fechamento de corpo. As incisões são feitas em determinadas partes do corpo do iniciado, na ocasião da feitura da iaô. Muitas das vezes são recolhidas várias pessoas que serão consideradas irmãos de barco e que passaram juntas o momento de inicialização. Uma das características que lhes confere a categoria de irmãos, de participarem da mesma família de santo é terem passado pelas mãos do mesmo pai ou mãe-de-santo, ou como dizem os mais antigos, passaram pela mesma navalha.¹⁸²

Mott afirma que os babalorixás e ialorixás pesquisados 93% a 98% identificam corretamente a forma de transmissão da doença, 18% a 52% deles acreditam que insetos, saliva, sangue de animal e suor podem transmitir esta epidemia, 47,5% destes disseram não existir Orixá ou *Inkice* e 9% acreditam que

¹⁷⁷ SILVA, José Marmo da. Projeto Odô-Yá: uma experiência de educação e prevenção da epidemia de HIV/AIDS nas comunidades de terreiro. In: MOTT, Luiz; CERQUEIRA, Marcelo. *As religiões afro-brasileiras na luta contra a AIDS*. Salvador: CBAA, 1998. p. 44.

¹⁷⁸ SILVA, 1998, p. 37.

¹⁷⁹ SILVA, 1998, p. 39.

¹⁸⁰ EPEGA, 1998, p. 31-32.

¹⁸¹ Jornal *A Tarde*. 18 mar. 1989. Disponível em: <<http://ceao.phl.ufba.br/phl8/popups/1989-03-18-r.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2012.

existem trabalhos para curar a enfermidade. 93% dos terreiros pesquisados revelaram intenção em participar como centro de distribuição de preservativos e 87% a fixar cartazes informativos. 87% dos terreiros aprovaram que filhos de santo tenham sua própria navalha descartável e 4% dos chefes de terreiros proibiram pessoas infectadas pelo HIV de frequentarem e 82% afirmaram aceitar *gays* sem problemas.¹⁸³

3.4 Protestantes e Evangélicos¹⁸⁴

Arletty e Iglesia afirmam que os primeiros grupos religiosos de origem evangélica que se propuseram a militar no combate e no apoio a portadores da nova síndrome estavam indo contra os seus líderes religiosos, muitos destes trabalhos eram feitos de maneira individual como a irmã Neli, João Carlos Vidinha e o Pastor Antônio. Outros grupos religiosos acreditavam na “salvação” da AIDS.¹⁸⁵

Galvão¹⁸⁶ afirma que uma das mais antigas casas fundadas por evangélicos para apoio para portadores do HIV/AIDS foi a PRAIDS no Estado de São Paulo. Ela ainda expõe que os protestantes e católicos têm um trabalho extremamente forte no combate ao uso de drogas:

Esta área de atuação é extremamente forte, principalmente entre católicos e protestantes, sendo anterior ao surgimento da AIDS. Este tipo de atuação possui um grande apelo para diferentes tradições religiosas, sendo que os esforços são dirigidos, principalmente, para os genericamente denominados “grupos marginalizados” formados, por exemplo, além de usuários de droga, por prostitutas e homossexuais.¹⁸⁷

No mesmo período da descoberta do HIV/AIDS, nasciam e cresciam no Brasil as Igrejas neopentecostais e, hoje, este é o grupo que mais se desenvolve entre os evangélicos. Entretanto, a ênfase dada à cura divina e a visão deste sobre a homossexualidade dificultam a aceitação dos soropositivos dentro destes

¹⁸² SILVA, 1998, p. 42.

¹⁸³ MOTT, 1998, p. 26-27.

¹⁸⁴ Com intuito de facilitar e por não ser tema desta pesquisa será considerado como um grupo único sem analisar as divisões internas, ou seja, não católico.

¹⁸⁵ ARLETTY; IGLESIA, 1996, p. 46.

¹⁸⁶ GALVÃO. 1997, p. 116.

¹⁸⁷ GALVÃO, 1997, p. 116.

agrupamentos. Cardoso explica a visão das igrejas neopentecostais sobre a homossexualidade:

As igrejas neopentecostais são as principais no movimento que dissemina a crença de espíritos (do hebraico, “*ruah*”) e/ou demônios podendo possuir o corpo humano, no caso, do homossexual. Certas igrejas preconceituosas e excludentes, pertencentes ao modelo neopentecostal que vemos hoje, foram influenciadas pelos valores, conhecimento e/ou doutrinas de algumas religiões afro-brasileiras como Umbanda e Candomblé.¹⁸⁸

Cardoso expõe que os neopentecostais atribuem a espíritos como “Pomba-Gira”, “Jezebel” e “Larz”, conferindo a rituais de exorcismo a “cura” ou a “libertação” da homossexualidade.¹⁸⁹

A ênfase teológica do dom de cura divina, a partir dos anos 50, foi crucial para a aceleração do crescimento e diversificação institucional do pentecostalismo brasileiro. As maiores e mais representativas denominações da segunda onda, citadas acima, continuam a enfatizá-la, visto que a cura constitui um dos seus mais poderosos recursos proselitista.¹⁹⁰

Entretanto, um pastor da Igreja Universal do Reino de Deus em uma obra póstuma relata alguns fatos sobre sua vida religiosa nesta Igreja. Um destes fatos foi quando ele estava em Salvador manteve um relacionamento homoafetivo e o autor confessou ao bispo e a reação deste foi determinar que este se casasse imediatamente.¹⁹¹ Outro fato foi quando descobriu ser soropositivo, mandou uma carta ao pastor responsável pela localidade e este repassou o caso a Edir Macedo e este o demitiu, alegando ser ele comprometedor para a Igreja.¹⁹²

É necessário que a Igreja passe da fase de julgadora para acolhedora, a fim de ajudar os seus frequentadores a enfrentar esta nova etapa na vida. Em depoimento à Revista Eclésia, um presbítero da Igreja Assembleia de Deus Betesda afirma como encontrou a sua cura da doença:

¹⁸⁸ CARDOSO, Fernando. *A homoafetividade e o cristianismo*. São Paulo: Clube dos Autores, 2010. p. 75.

¹⁸⁹ CARDOSO, 2010, p. 75-77.

¹⁹⁰ MARIANO, Ricardo. *Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005. p. 31.

¹⁹¹ JUSTINO, Manuel. *Nos bastidores do reino: a vida secreta na Igreja Universal do Reino de Deus*. Nova York: Geração, 1995. p. 28-30.

¹⁹² JUSTINO, 1995, p. 126.

Fui criado na Igreja, mas após a morte de meus pais, afastei-me. A partir daí, acabei me envolvendo com mulheres e não me cuidei. Quando voltei aos caminhos do Senhor, já era tarde demais. Estava contaminado com o HIV. Entretanto, minha Igreja me compreendeu, deu-me carinho e amor. Para mim, foi a verdadeira cura da AIDS.¹⁹³

É preciso uma mudança na visão de muitas igrejas e que seja debatida a questão da sexualidade nos púlpitos da diferentes correntes, especialmente a educação sexual como expõem Padilha e Almeida:

Frente a tudo isso, a educação sexual torna-se fundamentalmente necessária, o que nem sempre é fácil em diversas sociedades, onde ela é considerada contraproducente. Existe o receio de que ela venha a favorecer a libertinagem sexual.¹⁹⁴

Muitas destas igrejas pregam também a cura de diversas enfermidades dentre elas o HIV/AIDS para seus seguidores. O problema é que alguns fiéis soropositivos acabam abandonando o tratamento e piorando o seu quadro clínico por acreditarem que estão curados porque seu pastor afirmou isso e nem sequer fazem um teste para verificar ou não o possível milagre. Como afirma Lopes:

Pacientes com o vírus HIV de Angola estão desistindo da assistência médica da Aspalsida (Associação de Soropositivos e Ativista da Luta contra a Sida) para se tornar fiéis da Igreja Universal por acreditar na pregação dos pastores de cura divina. Ana Paz, dirigente da associação, afirmou que a expectativa dos pacientes por um milagre com a intercessão da Igreja Mundial tem sido uma das principais causas dos abandonos do tratamento.¹⁹⁵

Soares demonstra a evolução do comprometimento da participação de algumas igrejas religiosas que na década de 1980 era inexistente a participações pontuais na década de 1990.¹⁹⁶ Ainda pode-se dividir a visão religiosa quanto a esta epidemia em três tipos: moralista que finge não existir a AIDS, os que pregam e defendem a cura através da fé e os que têm trabalhos pontuais. Estas visões são consequência de como é encarado o estigma em torno da doença.

¹⁹³ Revista Eclésia, ed. 119, 2007, p. 36.

¹⁹⁴ PADILHA, Anivaldo; ALMEIDA, Ester L. L. (Orgs.). A AIDS e Igrejas: um convite à ação. In: KOINONIA. Presença Ecumênica e Serviço: programa saúde e direitos. *Projeto AIDS e Igrejas*. Rio de Janeiro: KOINONIA, 2005. p. 9.

¹⁹⁵ LOPES, Paulo. Disponível em: <<http://www.paulopes.com.br/2010/08/em-angola-aideticos-deixam-remedios-por.html#ixzz2DfdOO7OH>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

¹⁹⁶ SOARES, Amanda Gonçalves Simões. *A AIDS e as Igrejas Evangélicas: entre a fé e a razão* (Projeto de Pesquisa). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 16-31.

Tranfereretti afirma que o desafio para nós é em relação à mudança de comportamento dessas pessoas que estão com o vírus da AIDS ou as categorias de pessoas que estão com o vírus ou ainda nas categorias de pessoas que estão mais ameaçadas de pegar AIDS.¹⁹⁷ Este é também um problema das igrejas evangélicas, pois muitas se preocupam mais em querer mudar as pessoas do que com as pessoas porque acreditam na salvação pela mudança.

3.4.1 A escolha dos trabalhos evangélicos analisados

As instituições analisadas atendem pessoas vulneráveis, consideradas à margem da sociedade: moradores de rua, usuários de drogas, prostitutas, moradores de lugares invadidos por movimentos de sem tetos, alcoólatras, entre outros, com trabalhos de assistência social e evangelismo na região do entorno do Pelourinho. Portanto, são organizações acostumadas a lidar com pessoas vítimas da exclusão social e discriminação.

O Pelourinho está localizado no Centro Histórico da capital soteropolitana. Esta localidade é um dos principais pontos turísticos da cidade, um reduto de soteropolitanos e turistas de diversos lugares mundo. O local está dividido em duas partes: uma visível aos turistas, onde estão os bares, pontos comerciais de modo geral e também onde ocorrem diversos shows de cantores e grupos de variados estilos; e a face oculta para os forasteiros: onde está o “público” atendido por estas instituições.

O local recebeu este nome em alusão ao objeto onde o escravo sofria tortura que era chamado pelourinho, ele podia ser o tronco, pedra, ou apenas local. No período colonial, o negro era considerado um objeto, o meio termo entre o homem (branco) e o animal. Quando ele não obedecia aos desígnios dos seus donos, sofria com castigos físicos.

A tão desejada liberdade não veio acompanhada com o fim do estigma, a inclusão social e aceitação plena dos negros na sociedade. Muitos continuaram a sofrer com a marginalização.

¹⁹⁷ TRASFERRETI, 2009, p. 25.

3.4.2 Assembleia de Deus Apostólica das Nações

Assembleia de Deus de Salvador instalou há 12 anos uma pequena congregação na localidade, que posteriormente veio a se desvincular desta mantenedora por falta de apoio, interesse e comprometimento com o projeto.

Com isso, a congregação emancipou-se, dando início a um trabalho independente a cerca de sete anos, naquele bairro. A igreja é dirigida por um casal de pastores e tem aproximadamente 50 membros, sendo constituído na sua maioria por mulheres.

A cerca de 200 metros da Igreja está localizado um dos principais pontos de prostituição daquela região: a Praça da Sé. Isto contribui para que esta comunidade religiosa tenha entre suas frequentadoras prostitutas e usuários de drogas. Algumas dessas prostitutas são oriundas de cidades do interior do estado que vêm para a capital “tentar a sorte” e, acabam caindo nas ruas e conseqüentemente, nas mãos de “cafetões”.

O fator de existir um “agenciador” contribui para tenham dificuldades de saírem do meretrício. Já houve casos de pessoas se ligarem à religião (conversão) e continuarem na profissão por conta deste “empresário” ou por conta de não acharem outra opção de sobrevivência. Entretanto, a igreja tenta através de contatos com membros e pastores de outras denominações um emprego para esta nova irmã.

Esta igreja tem um pequeno trabalho social junto à comunidade em seu entorno. Ela não realiza nenhum trabalho de informação ou educação sexual e nenhum trabalho para incentivar que seus membros realizem exame de HIV/AIDS. Portanto, a liderança não tem noção se há ou não pessoas soropositivas na igreja.

Entretanto, a igreja já teve dois casos conhecidos de pessoas com AIDS que vieram a falecer posteriormente. A estas irmãs foi prestado acompanhamento pastoral e social até o último instante de vida.

3.4.3 Missão Batista Pelourinho

A junta de evangelização da Missão Batista Pelourinho foi criada há cerca de duas décadas para trabalhar com a população excluída e estigmatizada do bairro (moradores de rua, usuários de drogas, prostitutas, etc.). Ela desenvolve diversos projetos: Madrugada com Cristo, S.O.S. Vidas, PURIM, Louva Salvador, S.O.P.A., Ide, Ceia de Natal com Carentes, Centro de Ressocialização.

A Ceia de Natal é realizada no segundo sábado do mês de dezembro, na Praça Municipal, onde estão localizados a sede da Prefeitura Municipal (Palácio Tomé de Souza), o Elevador Lacerda, a Câmara Municipal e Fundação Cultural do Estado. Nesta Praça, é montada uma mesa grande, onde é feita uma ceia para os habitantes das ruas e frequentadores de albergues noturnos com o apoio da prefeitura e de várias igrejas evangélicas da cidade.

Inicialmente, a Missão Batista Pelourinho não contava com uma igreja específica à frente do trabalho, era a união de pessoas de diferentes igrejas. Com o tempo, percebeu-se que muitas igrejas não aceitavam com “bons olhos” as pessoas que eram atendidas pela junta, pois antes eram marginalizados e estavam passando por um processo de transformação. Hoje, a história mudou, pois foi construída uma igreja específica para ficar à frente deste projeto: Igreja Batista Gileade, que oferece serviço de acompanhamento médico, psicológico, jurídico aos novos convertidos e conta com um centro de recuperação de usuários de droga. A clientela deste trabalho missionário são pessoas que fazem parte do grupo de maior vulnerabilidade à contaminação pelo vírus HIV.

A Madrugada com Cristo é realizada na terceira sexta-feira de cada mês, exceto dezembro, quando ocorre a Ceia de Natal com os carentes, e janeiro. Este trabalho consiste inicialmente em um culto realizado na Igreja Batista Gileade que começa por volta das 22h e vai até às 2h da madrugada do sábado.

Com o término do culto, os voluntários são divididos em três ou quatro equipes definindo as áreas que irão percorrer no Pelourinho e suas adjacências: Terreiro de Jesus, Baixa dos Sapateiros, Sete Portas (percurso um), Avenida Sete de Setembro, Carlos Gomes, Praça da Sé (percurso dois), Santo Antônio, Ladeira da

Montanha, Ladeira da Conceição e Comércio (percurso três). Caso tenha voluntários e veículos suficientes, é realizado outro percurso pela Orla: da Barra até a Pituba.

Antes de cada saída são passadas instruções básicas quanto à maneira que devem tratar as pessoas e a importância do “papelão” para os moradores de rua. É feita uma definição de funções dentro de cada equipe: distribuição, intercessão e evangelismo.

Após estas definições, cada equipe sai e entre cada conversa, distribuição de alimento, cobertores e roupas para estes irmãos que vivem nas ruas deve ser proposto que, caso queira, se apresentem na Igreja Batista Gileade que fica próxima à área atendida no dia seguinte pela manhã (um domingo). A proposta é feita desta maneira para que a pessoa não vá de maneira forçada ou por impulso.

Os que se apresentam são atendidos pelos pastores da igreja, assistentes e encaminhados à Mata de São João, uma cidade da Região Metropolitana de Salvador. Neste lugar, está o centro de recuperação da Missão Batista Pelourinho, que possui um convênio com a prefeitura desta cidade.

Ao chegar à cidade para ser admitido cada um passa por exame médicos para que seja conhecida a situação clínica de cada indivíduo. Segundo um dos pastores responsáveis pela missão, eles não lidaram com nenhum interno soropositivo ou com AIDS e, caso isso ocorra, a pessoa não seria internada no Centro de Recuperação. Este irmão seria encaminhado à prefeitura de Mata de São João para receber cuidados médicos “apropriados”.

Esta declaração evidencia desconhecimento quanto à vulnerabilidade das pessoas atendidas pela instituição quando a contaminação pelo HIV e a falta de preocupação quanto a este problema, ao não enxergar a pessoa como um todo.

CONCLUSÃO

O texto, em seu primeiro capítulo, ao abordar a parte histórica do HIV/AIDS, demonstrou como foi a formação do preconceito inicial por conta da ignorância acerca da nova enfermidade. Com o tempo e com maiores conhecimentos da nova moléstia, saiu-se da fase do preconceito e chegou-se à fase do estigma.

As primeiras instituições a trabalhar com a temática HIV/AIDS foram as ONGs e elas eram formadas por pessoas que tinham uma maior vulnerabilidade à nova epidemia, ou seja, composta por indivíduos que na época faziam parte dos chamados “grupos de risco”. Portanto, estavam acostumados a sofrerem com estereótipo, preconceito e estigma existentes antes da nova enfermidade.

O estigma, apesar de ter passado muito tempo desde os primeiros casos de contaminação de vírus e avanço da medicina no tratamento da enfermidade, constitui um grande problema a ser enfrentado pelos que convivem com o HIV e pela sociedade como um todo. Entretanto, faz-se necessário uma quebra deste paradigma para ajudar aos que enfrentam a enfermidade.

O resultado positivo no exame de HIV muitas vezes vem acompanhado de um julgamento ou questionamento social quanto à maneira que a pessoa contraiu o vírus e uma espécie de sentença de morte ainda em vida: a exclusão social, que é feita por amigos, parentes e pessoas do círculo de convivência. Além do risco de que a pessoa faça a sua autoexclusão.

Apesar do tempo desde os primeiros casos, o discurso religioso muitas vezes acaba sendo moralista e julgador, não leva em consideração que todos pecaram e foram destituídos da Glória de Deus (Rm 3.23), ou seja, o ser humano não é perfeito e não pode cobrar a perfeição do seu próximo.

Muitas igrejas não tratam esta temática com a atenção necessária, pois, para fazê-lo, vão ter que tocar em temas que a Igreja Cristã prefere fingir que não existem como questões de gênero, opção sexual, relação sexual fora ou antes do casamento, prostituição, dentre tantos outros temas.

A Igreja Católica teve inicialmente uma divisão interna para efetivamente começar um trabalho na linha de HIV/AIDS. As primeiras respostas foram mais por iniciativas individuais de algumas lideranças do que da própria Igreja. Entretanto, no final dos anos 1990 a Igreja começou a vencer ao estigma que cerca a epidemia de HIV/AIDS e a se unir para apresentar uma resposta unificada.

Em Salvador, os católicos têm dois trabalhos nesta temática na região do centro antigo da cidade. A Pastoral DST/AIDS trabalha na linha da prevenção, porém, não se desenvolveu. Não conta com uma equipe e, sim, com “um exército de uma pessoa só”, tendo a participação das pessoas e com muita coisa a ser feita.

Já o trabalho da Caritas é um trabalho de acompanhamento e com uma clientela bem específica, sendo, portanto, uma assistência personalíssima, pois não atende ninguém que não seja da CAASAH e que passa por dificuldades financeiras.

As instituições evangélicas estudadas: uma igreja e uma obra missionária que têm em suas clientelas pessoas que sofrem com outros tipos de estigmas e, mesmo assim, ou têm dificuldade para auxiliar a sua clientela ou fingem que não existe esta temática.

O que difere os trabalhos dos católicos e dos evangélicos analisados é que os primeiros conseguem vencer com maior facilidade o estigma da doença enquanto que os evangélicos contam com muita dificuldade para transpor este estigma, ou não conseguem. Entretanto, parece não ser um caso isolado entre os protestantes.

Hoje, o HIV/AIDS deixou de ser um problema individual para aqueles que convivem com o vírus e passou a ser um problema da sociedade como um todo e deve ser tratado desta forma. É necessário que todos façam uma reflexão e se coloquem no lugar do seu próximo, como determinou o segundo mandamento de Jesus Cristo: Amar ao próximo como a si mesmo (Mt 12.31).

REFERÊNCIAS

AGGLETON, Peter; WOOD, Kate; MALCOLM, Anne; PARKER, Richard. *Estigma, discriminação e violação dos Direitos Humanos em relação ao VIH: estudos de casos de programas bem sucedidos*. Genebra: ONUSIDA, 2005.

ALBUQUERQUE, Wlamyra R. de. *Uma história do negro no Brasil*. Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais; Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006.

ALMEIDA, Marília de. *AIDS e Mídia: construção da cidadania*. Goiânia, 2009. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/centrooeste2009/resumos/R17-0078-1.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

ARISTÓTELES. *A política*. São Paulo: Hermus, 1966.

ÀVILA, Fernando Bastos de. *Pequena Enciclopédia de Doutrina Social da Igreja*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1993.

BACILA, Carlos Roberto. *Estigma: um estudo sobre os preconceitos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008.

BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao Público (1983 a 1992)*. Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 2006.

BARATA, Germana. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Rita M. de; MARQUES, Rita de Cássia (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad, 2006.

BASTOS, Francisco Inácio. *AIDS na terceira década*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BATTAGLIA, Maria Helena Voorsluys; NOMURA, Masa (Orgs.). *Estudos linguísticos contrastivos em Alemão e Português*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2008.

BERNARDI, Frei José. Os desafios pastorais da AIDS. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: Pastoral DTS/AIDS, 2002.

BETTO, Frei. *Gosto de uva: escritos selecionados*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

BIROLI, Flávia. *É assim, que assim seja: mídia, estereótipos e exercício de poder*. Disponível em: <<http://www.compolitica.org/home/wp-content/uploads/2011/03/FI%C3%A1via-Birolí.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/leia.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

BROWN, Tina Diana. *Crônicas íntimas*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

CARDOSO, Fernando. *A homoafetividade e o cristianismo*. São Paulo: Clube dos Autores, 2010.

CARVALHO, João Alberto. *O amor que rouba os sonhos: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

CHAUÍ, Marilena. Senso comum e transparência. In: LERNER, Julio (Ed.). *O preconceito*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1996/1997. Disponível em: <http://www.defendebrasil.org.br/novo/img/pdf/preconceito_.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2012.

CHIAVENATO, Idalberto. *Administração em novos tempos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CONTRERAS, Wildney Feres. AIDS: história de uma epidemia. In: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). *Viu e teve compaixão... Igreja e AIDS*. Fortaleza: Pastoral DTS/AIDS, 2002.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 15 jan. 2012.

DICIONÁRIO on line priberam. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=discrimina%E7%E3o>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

DINIZ, Maria Helena Vissoto Paiva. *Estereótipo na Mídia: doxa ou ruptura*. Disponível em: <http://www.faac.unesp.br/posgraduacao/comunicacao/textos/MDiniz_T001.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2012.

DINIZ, Simone G.; VILELA, Wilza V. Interfaces entre Programas de DST/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secon (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: resposta frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1999.

Disponível em: <<http://www.pastoralids.org.br/quemsomos.php>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u55445.shtml>>. Acesso em: 15 out. 2012.

EPEGA, Sandra Medeiros. Bio-segurança dentro do Asé. In: MOTT, Luiz; CERQUEIRA, Marcelo. *As religiões afro-brasileiras na luta contra a AIDS*. Salvador: CBAA, 1998.

FARIAS, Maio Spellman Quirino de; DIMENSTEIN, Magda. Configurações do ativismo anti-Aids na contemporaneidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 165-174, jan./abr. 2006.

FERNANDES, Maria Eugenia Lemos; ARÉVALO, Elisabete Inglesi. AIDS e Liderança Religiosa no Estado de São Paulo. In: RIBEIRO, Helcion (Coord.). *AIDS: do preconceito à solidariedade: a partir da medicina, ciência do social e teologia*. São Paulo: Paulinas, 1990.

FERREIRA, Alessandra; BARRETO, Avany; LIMA, Lara; MARQUES, Osvaldo; LINS, Raquel; ASSUNÇÃO, Vilma. *Histórico*. Disponível em: <<http://labcaasah.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. *AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com o HIV*. São Paulo: Lemos, 2003.

FONTES, Miguel B. Interfaces entre políticas internacionais e nacionais de AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secon (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: resposta frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1999.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. AIDS e sua origem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 3, jun. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n3/01.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2010.

GAIARSA, Jose Ângelo. *As vozes da consciência*. São Paulo: Ágora, 1991.

GALVÃO, Jane. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa (Orgs.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998.

_____. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

_____. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil In: Parker, Richard (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997.

GASPAR, Julio Dias. AIDS e ONGs: diversidade, desafios e dilemas. In: PAIVA, Vera. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GÓIS, João Bosco Hora. A mudança no discurso educacional das ONGS/AIDS no Brasil: concepções e desdobramentos práticos (1985-1998). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 13, 2003.

GONÇALVES, Alfredo José. *O que é a Pastoral Social*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

GONTIJO, Silvana. *O livro de ouro da comunicação*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

GRMEK, Mirko Dražen. *Historia del SIDA*. Mexico: Siglo XXI, 2004.

HEITLINGER, Paulo. *A dinastia Didot*. Disponível em: <<http://tipografos.net/historia/didot.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

História da AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 24 jan. 2012.

JOHNSON, Allan G.; LESSA, Renato; JUNGSMANN, Ruy. *Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

Jornal A Tarde. 18 mar. 1989. Disponível em: <<http://ceao.phl.ufba.br/phl8/popups/1989-03-18-r.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2012.

JUSTINO, Manuel. *Nos bastidores do reino: a vida secreta na Igreja Universal do Reino de Deus*. Nova York: Geração, 1995.

KRÖCKNER, Luciano. *O Repórter Esso: a síntese radiofônica mundial que fez história*. Porto Alegre: AGE/EDIPUC, 2008.

LIMA, Marcus Eugenio Oliveira; PEREIRA, Marcus Emanuel (Orgs.). *Estereótipos, preconceito e discriminação: perspectiva teóricas e metodológicas*. Salvador: Edufba, 2004.

LOPES, Aníbal Gil; ARNS, Paulo Evaristo. Projeto Esperança, uma proposta de ação pastoral ante à AIDS. In: RIBEIRO, Helcion (Coord.). *AIDS: do preconceito à solidariedade: a partir da medicina, ciência do social e teologia*. São Paulo: Paulinas, 1990.

LOPES, Paulo. Disponível em: <<http://www.paulopes.com.br/2010/08/em-angola-aideticos-deixam-remedios-por.html#ixzz2DfdOO7OH>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MARIANO, Ricardo. *Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9, 2002.

MARTINEZ, Marina. *Estereotipo*. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/sociologia/estereotipo/>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MARTINEZ, Marlene Castro Waideman. *Adolescência, sexualidade, AIDS: na família e no espaço escolar contemporâneos*. São Paulo: Arte & Ciência, 1998.

MOTT, Luiz. *A cena gay de Salvador em tempos de AIDS*. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2000.

_____. Os Candomblés da Bahia e a AIDS: Pesquisa em 500 terreiros de Salvador. In: MOTT, Luiz; CERQUEIRA, Marcelo. *As religiões afro-brasileiras na luta contra a AIDS*. Salvador: CBAA, 1998.

MOURA, Ana Débora Assis et al. O comportamento de prostitutas em tempos de AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis: como estão se prevenindo? *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a17v19n3.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano. *AIDS e Direitos Humanos: práticas sociais em situações de discriminação*. Curitiba: Juruá, 2009.

Organização das Nações Unidas. *Declaração de compromisso sobre o VIH/SIDA*. Nova York: 2001. Disponível em: <<http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/AIDS/CompromissoVIHSIDA.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

OROZCO, Yuri Puello. *Mulheres, AIDS e religião*. São Paulo: CPDD, 2002.

PADILHA, Anivaldo; ALMEIDA, Ester L. L. (Orgs.). *A AIDS e Igrejas: um convite à ação*. In: KOINONIA. *Presença Ecumênica e Serviço: programa saúde e direitos. Projeto AIDS e Igrejas*. Rio de Janeiro: KOINONIA, 2005.

PARIS, Eva. *Los estereotipos de genero que transmitimos a nuestros hijos*. Disponível em: <<http://www.bebesymas.com/desarrollo/los-estereotipos-de-genero-que-transmitimos-a-nuestros-hijos>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

PARKER, Richard Guy (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PATERSON, Gillian. *El estigma relacionado com el SIDA – pensar sin encasillamientos: el desafío teológico*. Genebra: AEM/CMI, 2005.

PATTO, Maria Helena Souza. *A produção do fracasso escolar: história de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

PINEL, Arletty; INGLESÍ, Elisabeth. *O que é AIDS*. São Paulo: Brasiliense, 1996.

REILY, Lucia Helena. *Escola inclusiva: linguagem e mediação*. Campinas: Papyrus, 2004.

Revista Eclésia, ed. 119, 2007.

Revista Veja. 14 ago. 1985. Disponível em <http://veja.abril.com.br/arquivo_veja/capa_14081985.shtml>. Acesso em: 05 fev. 2012.

_____. Edição Especial de 35 anos. 24 set. 2003. Disponível em <http://veja.abril.com.br/especiais/35_anos/p_098.html>. Acesso em: 05 fev. 2012.

ROTELLO, Gabriel. *Comportamento Sexual e AIDS: a cultura gay em transformação*. São Paulo: Sumus, 1998.

SALLA, Jean Bertrand. Igrejas históricas e moral familiar e sexual: homossexualidade e AIDS. In: LUNARDI, Luiz Carlos; BERNARDI, José. *Igreja e AIDS: muito além do amor*. Porto Alegre: Pastoral de DST/AIDS-CNBB, 2008.

SAMPAIO, Tânia Mara. AIDS e religião: aproximações ao tema. *Impulso, Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, 2002.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. De corpo e saúde em anúncios de antirretrovirais. In: SOMMER, Luis Henrique. *Educação e cultura contemporânea: articulações e transcrições em novas paisagens*. Canoas: ULBRA, 2006.

SGRECCIA, Elio. *Manual de bioética II: aspectos médico-sociais*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1997.

SILVA, Cristina Luci Câmara da. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, sup. 2, 1998.

SILVA, José Marmo da. Projeto Odô-Yá: uma experiência de educação e prevenção da epidemia de HIV/AIDS nas comunidades de terreiro. In: MOTT, Luiz; CERQUEIRA, Marcelo. *As religiões afro-brasileiras na luta contra a AIDS*. Salvador: CBAA, 1998.

SOARES, Amanda Gonçalves Simões. *A AIDS e as Igrejas Evangélicas: entre a fé e a razão (Projeto de Pesquisa)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SOARES, Regina de Lima. *Imagens veladas: AIDS, imprensa e linguagem*. São Paulo: Annablume, 2001.

SOARES, Rosana de Lima. Estigma da AIDS: em busca da cura. *Impulso, Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, 2002.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; ALMEIDA, Mauro Vieira de. Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras. *Quim. Nova*, v. 26, n. 3, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v26n3/15663.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2012.

SPOTTISWODE, Roger (Dir.). *E a vida continua (And the Band Played On)*. Roteiro: Arnold Schulman. Estados Unidos, 1993. 1 DVD (141 min.), color. Warner Home Video.

SZTERENFELD, Celia. Prostitutas: de transmissoras a educadoras. In: PAIVA, Vera (Org.). *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992.

TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva. *Do estigma à exclusão: história de corpos (des)acreditados*. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2005.

TODOROV, Tzevetan. *La conquista de America*. 9. ed. México: Siglo Ventiuno, 1987.

TRASFERETTI, José. Teologia Moral e AIDS. *Espaços*, São Paulo, v. 14, p. 249-264, 2006. Disponível em: <http://www.ittesp.com.br/portal/images/stories/revista/teologia_moral_e_aids.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

TRASFERETTI, José; LIMA, Livia Ribeiro. *Teologia, sexualidade e AIDS*. Aparecida: Santuário, 2009.

TRINDADE, José Ronaldo. Construção de Identidades Homossexuais na era de AIDS. In: UZIEL, Anna Paula; RIOS, Luis Felipe; PARKER, Richard (Orgs.). *Construção da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS*. Rio de Janeiro: Pallas/PGSIMS/UERJ/ABIA, 2004.

VERGINIO, Dado. *O valor da vida*. São Paulo: Biblioteca 24h, 2010.

WATSON, James D.; BERTY, Andrew; Malferrari, Carlos Afonso (Trad.). *DNA: o segredo da vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.