

Epidemia de significações e ressignificações: desafios da prevenção à aids no âmbito municipal

Epidemia de significaciones y resignificaciones: desafios de la prevención del sida en los municipios

Epidemics of significations and resignifications: challenges of aids prevention in municipalities

Fernando Seffner

Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação – UFRGS

Carolina Peres Terra

Acadêmica do curso de Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RESUMO

A resposta à epidemia de aids no Brasil tem sido composta progressivamente por uma multiplicidade de atores sociais, estimulados a nela intervir: instâncias estatais de atenção à saúde nos três níveis de governo, órgãos internacionais do sistema das Nações Unidas, um amplo leque de movimentos sociais, ONGS direta ou indiretamente vinculadas ao campo da aids ou da saúde em geral, instituições religiosas, empresas públicas e privadas, dentre outras agremiações. Esta multiplicidade de atores sociais incorpora a aids em seus discursos

e práticas de modos bastante diversos, mesmo quando consideramos aquelas instituições de mesma natureza, como os órgãos públicos estatais de um mesmo nível (por exemplo, aqueles integrantes dos sistemas municipais de saúde). Esse texto, com forte caráter etnográfico, aborda as relações entre os diferentes agentes e instituições da resposta à epidemia no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Nosso foco é examinar como se cruzam discursos e ações no âmbito local, e de modo mais específico examinar o desenho das respostas religiosas ali presentes. Com princípios de ação bastante distintos, as instituições de Pelotas contam, porém, com agentes em comum, criando terreno para uma iniciativa tanto plural quanto tolerante.

PALAVRAS-CHAVE:

Aids; significações; município, religiões.

ABSTRACT

The response to the aids epidemic in Brazil has been progressively developed by a number of social actors: the state at all three levels of government, international agencies of the United Nations system, a wide range of social movements, NGOs directly or indirectly related to the field of aids and health in general, religious institutions and public and private companies as well as other associations. This multiplicity of stakeholders includes have different ways of incorporating aids into their discourses and practices, even with institutions of the same nature such as the State at its different levels (eg, members of municipal health systems). This paper, with a strong ethnographic feature, deals with relations between different actors and institutions in response to the epidemic at the municipality of Pelotas, Rio Grande do Sul. Our goal is to examine how discourses intersect in actions at local level and, more specifically, to analyse the design of religious responses. Despite the different principles guiding action Pelotas institutions have common agents that create common ground initiatives both pluralistic and tolerant.

KEY WORDS:

Aids; significations; municipalities; religion.

RESUMEN

La respuesta a la epidemia de sida en Brasil ha sido progresivamente desarrollada por una serie de actores sociales: el estado en los tres niveles de gobierno, los organismos internacionales del sistema de las Naciones Unidas, una amplia gama de movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales directa o indirectamente relacionadas con el campo del sida y la salud en general, instituciones religiosas y empresas públicas y privadas entre otras

asociaciones. Esta multiplicidad de actores sociales incorpora el sida en sus discursos y prácticas de manera muy diferente, incluso considerando instituciones de una misma naturaleza como los organismos públicos del Estado en sus diferentes niveles (por ejemplo, los miembros de los sistemas municipales de salud). Este texto, con fuerte carácter etnográfico, aborda las relaciones entre los diferentes actores e instituciones en respuesta a la epidemia en el municipio de Pelotas, Rio Grande del Sur. Nuestro objetivo es examinar cómo los discursos se cruzan en las acciones a nivel local, y, más concretamente, examinar el diseño de las respuestas religiosas allí presentes. A pesar de principios de acción diferentes las instituciones de Pelotas cuentan con agentes comunes lo que crea un terreno común para iniciativa plurales y tolerantes.

PALABRAS CLAVE:

Sida, significaciones, municipios; religión.

O ESPAÇO INVESTIGADO E A HIPÓTESE DE PESQUISA

A resposta à epidemia de AIDS no Brasil tem sido composta progressivamente por uma multiplicidade de atores sociais, estimulados a nela intervir: instâncias estatais de atenção à saúde nos três níveis de governo, órgãos internacionais do sistema das Nações Unidas, um amplo leque de movimentos sociais, ONGS direta ou indiretamente vinculadas ao campo da AIDS ou da saúde em geral, instituições religiosas, empresas públicas e privadas, dentre outras agremiações. Esta multiplicidade de atores sociais incorpora a AIDS em seus discursos e práticas de modos bastante diversos, mesmo quando

consideramos aquelas instituições de mesma natureza, como os órgãos públicos estatais de um mesmo nível (por exemplo, aqueles integrantes dos sistemas municipais de saúde). Esse texto, com forte caráter etnográfico, aborda as relações entre os diferentes agentes e instituições da resposta à epidemia no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Nosso foco é examinar como se cruzam discursos e ações no âmbito local, e de modo mais específico examinar o desenho das respostas religiosas ali presentes. Com princípios de ação bastante distintos, as instituições de Pelotas contam, porém, com agentes em comum, criando terreno para uma iniciativa tanto plural quanto tolerante.

O interesse que guiou nosso olhar para o âmbito local está baseado na crescente importância do papel do município e das instâncias locais de resposta à epidemia na prestação de serviços referentes à AIDS⁽¹⁾. Vale também lembrar que é no âmbito local que as diretrizes de ação se operacionalizam, se ajustando aos contextos em que são acionadas e produzindo efeitos concretos. Mapeando as instituições e agentes individuais voltados à prevenção da epidemia na cidade de Pelotas, foi possível sistematizar o conjunto da resposta local entre as instituições do domínio do poder público, do domínio das ONGs/AIDS e do domínio religioso. Entendendo a lógica das práticas discursivas dessas instituições e agentes, essas relações serão analisadas ao longo do texto.

Sendo assim, adiantamos ao leitor o que nos parece central e que perpassa

todas as relações na resposta municipal à AIDS em Pelotas: uma dinâmica de ressignificações dos sentidos atribuídos a temas como doença, cura, sexualidade e a própria AIDS, pelos diversos agentes. Imbricados em diferentes teias discursivas, por vezes geradoras de concepções discordantes, esses agentes transitam em variados espaços, lidando com distintas significações. Em seus enunciados (não só relações linguísticas de comunicação, mas relações de poder, marcadas por hierarquia de posições) é possível perceber que uma atuação simultânea ou até cooperativa entre eles se deve à supremacia do discurso biomédico e às especificidades do contexto local, tais como o número limitado de pessoas envolvidas e seu pertencimento em mais de uma instituição e, portanto, respondendo a mais de uma diretriz de ação a ser posta em prática.

Para dar conta da questão, o texto está estruturado em vários tópicos. Inicialmente, situamos a produção deste artigo no interior de um projeto de pesquisa de maior envergadura, que lida com as respostas religiosas à AIDS no Brasil. Analisamos depois a epidemia de significações da palavra AIDS. Passamos em seguida a rápida etnografia do campo de pesquisa, e dali detalhamos os três grandes domínios (ou territórios discursivos) em que organizamos os dados coletados. Caracterizados os três domínios, passamos a expor e analisar as relações que se dão entre eles, nas quais os episódios de significação e ressignificação se produzem, para, ao final, alinhar algumas conclusões.

(1) O tema do VII Congresso Brasileiro de Prevenção à AIDS, realizado em Florianópolis em 2008, foi “Município – Mundo”, enfatizando os desafios da execução local de políticas de prevenção à AIDS cada vez mais globalizadas.

O PROJETO RESPOSTAS RELIGIOSAS À AIDS NO BRASIL

Desde o aparecimento da epidemia, as organizações religiosas têm desempenhado um papel importante no engajamento frente à AIDS. Essa participação é o que o motivou o desenvolvimento da pesquisa Respostas Religiosas ao HIV/AIDS no Brasil⁽¹⁾ coordenada pela ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, em parceria com o Centro de Gênero, Sexualidade e Saúde da Escola de Saúde Coletiva da Universidade de Columbia (Nova Iorque) e financiada pelo NIH- National Institutes of Health. O projeto busca compreender e analisar as estratégias de produção da resposta à AIDS, bem como os desafios que aí surgem, entre as religiões afro-brasileiras, católica e evangélicas – protestantes históricas e pentecostais. Para dar conta desse objetivo, a pesquisa se estruturou em cinco campos: Porto Alegre, São Paulo Rio de Janeiro e Recife, onde se acompanharam ações locais (capital e regiões metropolitanas); e em Brasília, em um segundo nível de pesquisa, onde se realizou a coleta de dados em instituições de âmbito nacional. Conforme detalhado em Seffner & Emil (2008), utilizou-se na pesquisa uma combinação de metodologias – quantitativa e qualitativa – incluindo observação participante,

(1) Este artigo analisa dados do projeto Respostas Religiosas ao HIV/AIDS no Brasil financiado pelo U.S. National Institute of Child Health and Human Development (1 R01 HD05118-01). Coordenador principal: Richard Parker (Columbia University) e realizado no Rio de Janeiro (coord. Veriano Terto Jr. /Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS); São Paulo (coord. Vera Paiva/Universidade de São Paulo); Porto Alegre (coord. Fernando Seffner/Univ. Federal do Rio Grande do Sul) e Recife (coord. Luis Felipe Rios/Univ. Federal de Pernambuco). O conteúdo é de inteira responsabilidade dos autores e não representa a posição oficial do Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development ou do National Institutes of Health. Informações adicionais através do site www.abiaids.org.br.

entrevistas, histórias de vida, estudos de caso, acompanhamento da imprensa, enquetes e pesquisa em arquivos (1).

Este artigo é resultado de um estudo de caso realizado na cidade de Pelotas, dentro do campo de pesquisa de Porto Alegre. A escolha pela cidade de Pelotas se justifica por pelo menos três motivos: cidade com intensa e diversificada presença religiosa; um programa municipal atuante e bastante antigo na área da prevenção da AIDS; um município com tradição de estudos epidemiológicos em DST e AIDS, fruto em boa parte da presença do curso de Medicina da UFPel – Universidade Federal de Pelotas. Ainda que seja uma cidade de porte médio, com cerca de 340.000 habitantes, o número de pessoas participantes na atenção à AIDS é limitado, pois esses agentes atuam em mais de uma instituição, ocupando mais de um lugar na rede de atenção à AIDS.

Num total de quatro idas a campo⁽²⁾, com um olhar etnográfico, pudemos mapear uma rede de ação voltada à prevenção e assistência à AIDS, conhecer todas as instituições envolvidas, visitar suas sedes e participar de eventos e seminários organizados na cidade. Realizamos 26 entrevistas não-diretivas de atenção flutuante – de acordo com a definição de Thiollent⁽³⁾ (2) – entre agentes religiosos,

(2) A equipe de trabalho em todas as visitas a campo esteve composta por um pesquisador sênior e três bolsistas de iniciação científica com formação em Antropologia do corpo e da saúde.

(3) Segundo o autor (1980), estas permitem que o entrevistado discorra sobre os temas propostos de forma livre, sendo a posição do entrevistador de manter-se numa postura de atenção flutuante, de acordo com a exploração do interlocutor e estimulando-a sem questionamentos forçado. Assim, quando perguntados, os interlocutores trazem casos que lhes parecem interessantes, explicitam suas percepções, dão suas explicações para o fenômeno, desviam para outros assuntos que se mostram relevantes, não havendo imposição de perguntas rígidas.

agentes dos serviços governamentais, voluntários das ONGs/AIDS, médicos e enfermeiras. O estudo de caso na cidade de Pelotas abriu terreno para conhecer não só a resposta religiosa à epidemia no município – interesse pautado pela pesquisa maior –, mas, além disso, todo o conjunto da resposta local.

Atentando para a importância do âmbito municipal, enfatizamos que a ação em saúde se faz sentir localmente, ainda que seja guiada por posicionamentos e diretrizes nacionais e internacionais. Essas diretrizes se materializam na realização das ações em AIDS, o que se dá no âmbito local, a partir da pactuação das ações no município, enquanto unidade administrativa autônoma devido aos princípios de municipalização e descentralização do SUS – Sistema Único de Saúde. O princípio de descentralização da saúde foi definido pela Constituição Federal de 1988, e preconizou “a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde.”, conforme o verbete ‘Municipalização’ do manual O SUS de A a Z. (3). Esta complexidade da resposta local foi destacada no relatório final do Fórum Virtual sobre DST/AIDS - Prevenção na Rede, produzido em 2009 pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais) (4):

Como é comum nos processo de operacionalização de políticas públicas, percebe-se uma distância entre o que preconiza a política (diretrizes, manuais, planos) e o que é executado por organismos governamentais e não governamentais, no contato com cada realidade social.

(...) É importante considerar que, com a descentralização, nos últimos anos a implementação da política de prevenção se complexificou. As ações deixaram de ser executadas por indução direta da esfera federal e passaram a ser pactuadas nos níveis locais, demandando a conformação de redes locais que viabilizem a implementação da política, respondendo às necessidades diferentes de cada contexto. (Relatório Final, p. 36)

Cada realidade, e suas especificidades locais, impõem certa resistência à aplicação direta das diretrizes, que acabam por se ajustar de acordo aos contextos em que são acionadas.

AIDS: A CRISE DA PALAVRA E A CRISE DA SAÚDE

Conforme propõe Paula Treichler (1987), estamos pensando a AIDS como epidemia de uma doença sexualmente transmissível e como epidemia de significações, simultaneamente (5). Uma significação é sempre um processo de atribuir significado a uma ‘realidade’, que pode ser abstrata: significação é sempre um processo, uma relação, e esta relação constitui, em parte, a ‘realidade’ sobre a qual se refere – a língua tem poder de produzir para a realidade por produzir a representação coletivamente reconhecida da realidade. Sendo assim, a linguagem não se restringe a trocas simbólicas e puramente comunicativas: ela encerra relações de força, de poder simbólico, de interesses, de busca por legitimidade. Retomando Foucault (6), a comunicação é uma luta pela palavra e com a palavra, pois “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas

ou os sistemas de dominação, mas é aquilo pelo qual e com o qual se luta, é o próprio poder de que procuramos apoderar-nos.” (2009, p.10).

Então, tal qual a dispersão e multiplicação do vírus do HIV, há uma multiplicação dos significados que a AIDS assume. As formas pelas quais a AIDS é concebida são construções sociais e não são baseadas em ‘realidades’ determinadas objetivamente (não há uma realidade, a coisa em si por trás das representações sociais), mas em construções sociais prévias: há temas que estão imbricados na, que compõe a temática da AIDS – e que são anteriores a ela – como sexualidade, homossexualidade, doença, saúde, cura, corpo, família, vida. Reconhecer os significados de AIDS enquanto construções sociais carregadas de relações de força, claramente não quer dizer que estejamos negando a validade e a existência da doença. Aqui, citamos Kenneth Camargo (7): “apenas um tolo temerário poderia mostrar um ceticismo tão ingênuo frente a um grave problema de saúde que ceifou a vida de tantas pessoas e, ao que tudo indica, levará muitas mais.” (1994, p. 35).

Esses temas que compõem a AIDS são significados de maneiras diversas entre as diferentes denominações religiosas. No geral, essas significações diferem daquelas tomadas pela biomedicina (principal interlocutor ao se falar em AIDS e talvez o mais legítimo) – ainda que se reconheça um continuum entre os discursos popular, leigo e o biomédico, pois neste também estão presentes ambigüidade e preconceito,

segundo Treichler⁽¹⁾ (5).

Na resposta à AIDS em Pelotas, a interação de seus agentes individuais por diferentes espaços – imbricados em diferentes teias discursivas – promove ressignificações, que criam um terreno fértil para uma atuação desses vários agentes de forma mais ajustada a cada instituição. Isso pode ser atribuído ao fato de que o processo de significação é inerentemente instável, pois as significações estão sendo socialmente – e incessantemente – construídas⁽²⁾ Estando em contato com diferentes formas de significar esta doença e sua prevenção, estes significados se atualizam no agente, e em suas práticas.

ORGANIZANDO AS AÇÕES EM TRÊS DOMÍNIOS

Repensando as visitas de campo e a atuação dos agentes em diferentes instituições, as parcerias e os projetos em comum, fizemos um esforço analítico de sistematizar esses atores sociais na resposta à AIDS, buscando com isso melhor visualizar as relações estabelecidas entre eles, e compreender sua lógica. Assim, reconhecemos áreas de pertencimento, com princípios de ação comuns, que chamaremos de domínios, que compreendem em si instituições e agentes individuais, e que configuram regimes de práticas discursivas. Recortamos a resposta municipal em três domínios: o domínio religioso, o domínio

(1) O discurso dos direitos humanos, que pauta a ação em AIDS no Brasil, também não se descola dessas outras áreas de significações, inclusive se aproximando do discurso biomédico, mas também possui sua própria moralidade – que seria de retração em julgamentos e aceitação da diversidade, tendo a vida como valor maior – de onde surgem outras significações aos mesmos temas.

(2) Entretanto, é claro que essas categorias sempre em construção têm alguma estabilidade, senão seriam impossíveis o entendimento e a comunicação.

das ONGs/AIDS e o domínio do poder público. Um exemplo de princípios de ação característicos do domínio do poder público, enquanto área de pertencimento são os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, e as noções de direitos humanos e de direitos sexuais, bem como a percepção da camisinha como principal meio de prevenção.

Essa noção proposta de domínio seria uma forma de pertencimento, um produto da valorização simbólica de um grupo, mais ou menos coeso, em relação ao seu espaço vivido, habitado. O domínio abrange o espaço das instituições que o compõem e as relações dos indivíduos bem como suas ações, a partir da valorização simbólica dessas relações e desse espaço vivido. Esta noção remete ao conceito cultural de território, em que a perspectiva simbólica é central. Território é um princípio de identificação, um atributo da identidade e dela construtor: território é pertencimento. Segundo Bennemaison e Cambrezy (apud HAESBAERT, 2004), “Pertencemos a um território, não o possuímos, guardamo-lo, habitamo-lo, impregnamos dele” (8). O mais importante aqui é ressaltar que esse pertencimento não é uma identidade fixa e mestra, que prevalece em todas as ocasiões – é uma identidade e, portanto, fruto de uma interpelação, segundo Hall (9). Passamos então a apresentar as instituições situadas em cada domínio, e nas intersecções entre eles, para posteriormente apresentar os agentes individuais e as ligações que eles promovem entre os domínios e entre as significações produzidas nessas diferentes teias discursivas.

O domínio do poder público é formado pelo SAE - Serviço de Atendimento Especializado, criado em 1998; pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), criado em 1991;

pelo Hospital Dia, localizado no Hospital-Escola da UFPEL/FAU, no qual os pacientes recebem o tratamento e permanecem apenas algumas horas internados, também fundado em 1998. A instituição central do domínio do poder público, à qual estas outras estão vinculadas, é o Programa Municipal de DST/AIDS. Ele foi criado em 1996, e atua nas áreas de promoção, proteção e prevenção; diagnóstico, tratamento e assistência; e desenvolvimento institucional e gestão. Sendo assim, possui verbas para produção de materiais informativos, capacitações, distribuição de preservativos, monitoramento e avaliação de ações e promoção de eventos. Sua sede é localizada em uma pequena sala na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, nos fundos da construção, independente do prédio maior. O PRD- Programa de Redução de Danos, organizado em 2001, também é um parceiro do Programa Municipal de DST/AIDS, assim como algumas ONGs/AIDS são consideradas parceiras naquilo que o Plano Municipal de Saúde 2007-2009 reconhece como “rede de apoio à coordenação municipal e aos usuários”. Todas essas instituições pertencentes ao domínio do poder público funcionam a partir da lógica discursiva dos direitos humanos, que reconhece a saúde enquanto um direito universal e fundamental, entendida como “gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”, de acordo com Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - Artigo 10 - Direito à Saúde (10).

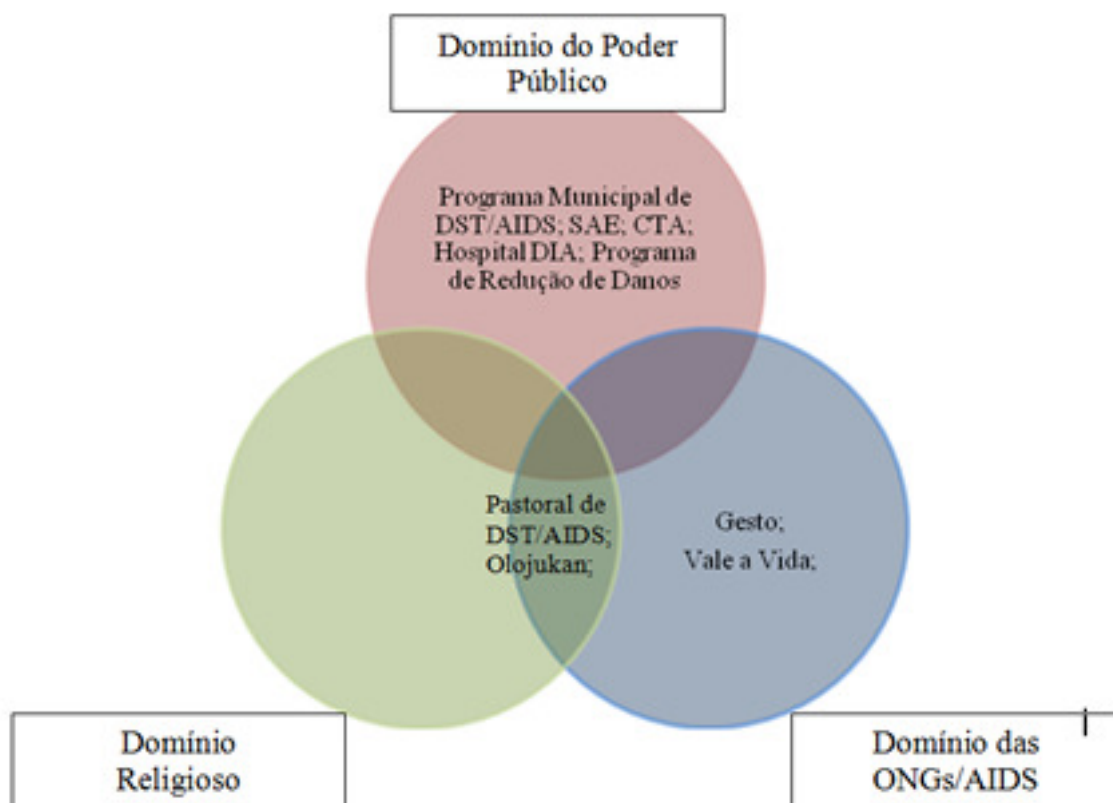
O domínio das ONGs/AIDS em Pelotas é composto por quatro instituições. A mais antiga delas, a Vale a Vida, surgiu em 1999. Não possui projetos em parceria com as outras ONGs, mas, na época da pesquisa, oferecia oficinas de geração de renda, um

grupo de mulheres, no qual os filhos também são atendidos, trabalho de prevenção com profissionais do sexo realizado na rua, atendimento jurídico e um grupo de adesão quinzenal. Participam também do Projeto Fome Zero, distribuindo cestas básicas. A ONG Gesto, foi fundada no ano de 2003, por voluntários dissidentes da Vale a Vida. Realizavam projetos de prevenção entre caminhoneiros, público gay, projeto de redução de danos e um projeto de empoderamento da mulher, este em conjunto com as ONGs Olojukan e Pastoral de DST/AIDS. Possuía também um grupo de adesão ao tratamento antirretroviral que funciona no espaço físico da Secretaria Municipal de Saúde.

A ONG Olojukan é uma organização africanista, fundada, e presidida até 2008, por uma mãe-de-santo – sendo o Africanismo uma religião afro-brasileira, que prioriza o culto à ancestralidade, aos orixás e à natureza. Seu foco de atuação era a anemia falciforme, até o ano de 2005, quando se voltou para o

tema da AIDS. Realizava cursos de geração de renda, palestras, produção de trabalhos manuais, oficina de música, assim como o projeto de empoderamento da mulher. A maioria das atividades era itinerante, feitas nas comunidades, em paróquias, cooperativas ou associação de bairro. Sua sede situa-se numa parte pobre da cidade, e bastante afastada. A quarta ONG/AIDS da cidade, fundada em 2005, é a Pastoral de DST/AIDS, uma instituição católica. Tem parceria com as ONGs Gesto e Olojukan, além da Igreja Anglicana. Seus trabalhos são palestras em colégios e igrejas, não tendo uma sede de funcionamento; um de seus voluntários já trabalhou no Programa Municipal.

O domínio religioso é composto pela ONG Olojukan e pela Pastoral de DST/AIDS, já apresentadas anteriormente – elas pertencem também a domínio das ONGs/AIDS. O gráfico a seguir ilustra a divisão entre os três domínios e suas intersecções a partir das instituições que os compõem.



Há, contudo, agentes individuais pertencentes ao domínio religioso sem o comprometimento de suas religiões, ou melhor, de parcelas da sua religião: por exemplo, o envolvimento da Olojukan na temática da AIDS não acarreta o envolvimento da religião africanista, mas somente de uma parcela desta religião na cidade de Pelotas. Também compõem o domínio religioso na cidade de Pelotas alguns agentes da Igreja Anglicana, e um pastor da Igreja Universal do Reino de Deus. A participação desses agentes sem o comprometimento de parcelas institucionalizadas de suas religiões, bem como os agentes individuais dos domínios do poder público e das ONGs/AIDS que transitam entre esses domínios terão agora suas relações delineadas.

RELAÇÕES ENTRE DOMÍNIOS, SIGNIFICAÇÕES E RESSIGNIFICAÇÕES

O atual bispo católico de Pelotas era presidente da CNBB – Conferência Nacional de Bispos do Brasil – quando foi criada a Pastoral de DST/AIDS no Brasil. O trabalho com AIDS na Igreja Católica começa como um setor da Pastoral da Saúde em 1999, em uma comissão de DST/AIDS, que se tornou uma Pastoral no ano de 2000, passando a se estruturar em todo país conforme Seffner et al (11). O atual bispo da cidade de Pelotas teve, então, uma participação essencial e bastante ativa na criação da Pastoral e DST/AIDS no país, uma vez que essa decisão passou pelo seu crivo. Apesar de ter possibilitado a criação da Pastoral, ele não é atuante no domínio das ONGs/AIDS. Sua explicação para ter abraçado este tema quando apareceu como proposta de atuação é o fato de que:

Saúde é área tradicional [de ação

da Igreja Católica], por que o corpo e a alma têm uma ligação muito estreita. A alma, o ser humano ele é um só, corpo e alma. Então o que interessa a alma interessa o corpo e o que interessa o corpo interessa a alma. Não é uma coisa que nós separamos e achamos que não tem importância.

Seria, então, de responsabilidade da religião se aproximar, acolher e ajudar aqueles portadores de uma doença que “afasta tanta gente”⁽¹⁾. Ainda assim, os enunciados do bispo estão carregados de tradicionais concepções católicas na compreensão da AIDS, que aproximam a significação de doença às noções de castigo e pecado:

[...] muita gente diz assim, bom, mas como é que se torna aidético, ah porque você talvez, fez um ato sexual que não devia. Mas nem sempre é essa causa, às vezes não é. Mas a igreja tem que olhar tudo. Eu acho que muitas vezes as doenças pra nós são fruto digo, não falo só da AIDS, falo de todas, fruto também de algumas transgressões da, digamos, da normalidade do ser humano. Quem não come como devia, ou quem não age como devia, por que não foi cuidadoso.

A doença é adquirida por agir de maneira indevida ou descuidada – algo que se conquista ao cometer erros ou deixar de fazer algo que deveria ter sido feito –, seria uma espécie de castigo a comportamentos

(1) O bispo de Pelotas nos conta que São Francisco, assim como todos em sua época, tinha medo da lepra, mas teve que lidar com esse problema e se aproximar de um leproso – esta seria uma atitude cristã, que se compara à atenção voltada à AIDS pela Igreja Católica hoje em dia.

divergentes. O doente oscila entre o culpado e a vítima: a idéia de que uma doença venha punir os culpados e ao mesmo tempo ameace os inocentes não é contraditória, como afirma Sontag (1989, p. 76), graças à facilidade de transmissão e à iminência de difusão generalizada (12). Ainda segundo Sontag, ao falar da cólera e da tuberculose, que eram entendidas a partir da metáfora da peste, assim como a AIDS em tempos recentes:

As recomendações motivadas por doenças associadas ao pecado e à pobreza sempre incluíam os valores de classe média: hábitos regulares, produtividade e autocontrole emocional; [...] A própria saúde terminava sendo identificada com esses valores, religiosos tanto quanto mercantis, pois a saúde era sinal de virtude, assim como a doença era sinal de depravação. (1989, p.65)

Ser saudável é respeitar a “normalidade do ser humano”, em sua alimentação, seus hábitos e suas relações, e a religião católica teria o papel de ditar uma prevenção por valores e virtudes – situação cujo exemplo mais ilustrativo é a recusa do Papa ao uso da camisinha, em favor da abstinência e na seqüência, da fidelidade conjugal. Em Pelotas, há uma agente católica que foi convidada a atuar na Pastoral de DST/AIDS. Anteriormente, ela trabalhava no Programa Municipal, um dos motivos pelos quais hesitou em aceitar o convite – imaginava que teria que assumir duas posturas discordantes: “mas como é que eu vou falar se eu tenho um discurso lá na secretaria e como é que eu vou falar aqui [na Pastoral], outro discurso?”. Após aceitar o convite, encontrou maneiras de mesclar estes dois interesses, de oferecer

toda informação sobre prevenção sem ir de encontro às diretrizes da hierarquia católica, contrária ao uso da camisinha: “eu repensei isso também, que não é muito diferente o discurso. Não é muito diferente...”.

De fato, parece haver ocorrido uma ressignificação dos elementos desses “discursos” a que ela se refere. Como a AIDS é significada dentro do universo católico – e a partir disso, qual a noção de uma boa prevenção – entra em contato (através dessa agente individual) com significações de AIDS e prevenção provenientes de outro sistema de sentidos, com outros valores e outras maneiras através das quais concebemos a realidade. Através desta agente, que pertencia ao domínio do poder público e passou a pertencer também ao domínio religioso, novas formas de conceber essa temática e lidar com as situações que ela propõe, vão emergindo. Já trabalhando na Pastoral, ela diz: “nós não distribuimos camisinha aqui, mas nós dizemos que o posto tem, a gente referencia, a gente fala!... a gente fala a informação correta, não omite nada, esse é o princípio”. Reconhecemos aqui uma orientação, fruto de negociações entre a posição católica e a orientação da política pública.

Uma mãe-de-santo africanista é a fundadora da ONG Olojukan, e foi sua diretora por anos. Relaciona-se com a agente da Pastoral, com voluntários da ONG Gesto, atuando em conjunto nas capacitações e atividades promovidas sobre o tema, inclusive nas ações do Programa de Prevenção à Violência, na missa ecumênica anual, nos Seminários acontecidos em Porto Alegre – o I Seminário AIDS e Religião do RS e o I Encontro Estadual sobre AIDS e Religião Afro-Brasileira – em que muitos dos agentes da cidade compareceram.

Segundo esta mãe-de-santo, o auxílio que ela pode oferecer seria não apenas realizar um trabalho, uma oferenda para resolver o problema que a pessoa apresentou, trazendo energias da natureza para ela, mas também encaminhá-la para um acompanhamento médico e um tratamento. Sua ajuda, a partir da religiosidade, pode canalizar as energias dos orixás:

E isso melhora a pessoa. ... Se a pessoa tá com depressão, se faz uma obrigação pra Yemanjá que é a dona do comando cerebral e aquilo faz com que a cabeça dela fique com energias mais positivas e ela tenha força e determinação pra lutar. E até um câncer, por mais destrutivo que seja, se houver uma harmonização, se os chacras daquele organismo tiverem bem construídos e equilibrados, vai ter mais resistência a ele. Então, nós em harmonia com a nossa natureza espiritual nos conseguimos enfrentar nossas dificuldades.

Contudo, essa ajuda não é o suficiente, e a mãe-de-santo nos explica que, por sermos seres bilaterais, necessitamos também de uma atenção voltada ao lado médico, físico da doença – caso esse lado não seja trabalhado, ficará uma lacuna, que não pode ser preenchida pela religião:

Por que tu cessou o atendimento espiritual, a pessoa se sentiu melhor, muitas vezes ela não retorna. Mas se tu sabe que aquele sintoma que a pessoa desenvolveu indica um perigo, um risco de vida (...) O terreiro também tem que desenvolver o papel social, ele tem que orientar pra se encaminhar pra busca de recursos.

A significação de doença que declina a

partir das falas dessa interlocutora é algo como um desencontro, uma desorganização da “história espiritual com a física”, também como uma realidade material. O primeiro aspecto pode ser organizado pela religião e o segundo, apenas pelo acompanhamento médico continuidade no tratamento.

Há também, no domínio religioso, dois agentes anglicanos. Uma delas é uma assistente social de uma associação anglicana que atende a mães e crianças, na qual tem contato com algumas usuárias soropositivas. Essa agente realiza palestras sobre DST/AIDS nos grupos de convivência da Igreja Anglicana, às vezes convidando voluntários da ONG Gesto para falar. Aqui é importante ressaltar que ela mesma é voluntária desta ONG, sendo uma ligação entre dois domínios. O segundo agente anglicano é um reverendo responsável por prestar visitas, hospitalar e domiciliar, a doentes e acaba atendendo doentes de AIDS, situação considerada digna de uma atenção especial, e que justifica sua participação em seminários e formações sobre o tema – este agente também esteve presente no I Seminário AIDS e Religião do RS realizado em Porto Alegre⁽¹⁾. Na associação da Igreja Anglicana, graças ao interesse da assistente social, há um cadastro para distribuição de camisinha. O uso do preservativo é incentivado, e a agente esclarece que sua preocupação é com a prevenção em saúde e qualidade de vida – para tanto, as pessoas precisariam de toda a informação a respeito.

(1) Este agente também participou do I Encontro Estadual sobre AIDS e Religião Afro-Brasileira; quando perguntamos o porquê de sua participação, respondeu que havia sido convidado pela mãe-de-santo fundadora da ONG Olojukan, e que achava muito importante chamar atenção para a AIDS dentro dessas religiões em um evento como aquele e que, por isso, valia a pena ser prestigiado – isso indica para as relações próximas e cooperativas entre agentes de instâncias diferentes.

Contudo, enquanto assistente social ela não é capaz de oferecer “aquele suporte mais espiritual”, e é aí que entra o papel do reverendo, voltado ao conforto espiritual dos doentes: “a gente vai mais um pouquinho mais além, que é o nosso lado espiritual, nosso lado de querer, de vida”. Não se trata apenas de passar a informação correta, a prevenção da saúde, mas de um suporte e apoio que extrapolam e tratam do lado espiritual – a doença não é significada apenas como uma disfunção física ou uma alteração biológica, mas também algo que afeta o espírito do doente, sua auto-estima e, portanto, diz respeito à religiosidade –, o espírito tem que ser confortado, a religião tem que oferecer o suporte para encarar as dificuldades.

Mais um agente religioso sem engajamento institucional de sua igreja abre espaço para o tema da AIDS em Pelotas: um pastor da Igreja Universal do Reino de Deus solicitou ao Programa Municipal de DST/AIDS uma palestra que abordasse a importância do uso contínuo do tratamento antirretroviral, devido à impossibilidade de cura. Contrariando todas as expectativas⁽¹⁾, o pastor teria entrado em contato e pedido uma fala que “desmistificasse” a questão da cura. O que se passa é que quando o tratamento antirretroviral é feito de maneira correta, a carga viral pode ficar bastante baixa, a ponto de não ser detectada nos exames básicos. Algumas pessoas lêem esse resultado de exame como a cura da AIDS, parando com o tratamento e com o uso do

(1) A Igreja Universal do Reino de Deus, por ser uma religião neopentecostal, tem ênfase teológica no dom da cura divina, que pode ser realizada a partir da fé. O pedido desse pastor veio contra essa percepção de cura enquanto um dom divino desencadeado pela fé do doente, como seria de se esperar nesta igreja. Ele reconheceu o tratamento com o medicamento antirretroviral como indispensável e a impossibilidade de cura da AIDS através da fé, assim como ditam os fatos científicos da biomedicina.

preservativo, agravando a doença mais uma vez e correndo o risco de retransmissão. O pedido pela palestra resultou em três encontros, com 200 mulheres, havendo distribuição de camisinha.

Enfocando os agentes individuais do domínio do poder público, reconhecemos relações de proximidade com agentes religiosos e das ONGs através de participações em seminários (tanto oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, quanto pela Pastoral de DST/AIDS), nas atividades pré-parada LGBT que são organizadas pelo Programa Municipal e também nas chamadas missas ecumênicas realizadas no Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, que acontecem desde 2005 – ano em que esta atividade foi iniciativa do Programa Municipal. Já ocorreram numa praça pública, e na catedral católica da cidade, tendo participado as religiões católica, anglicana e algumas matrizes afro-brasileiras, com rezas e cantos. Há também vínculo apoio mútuo entre a coordenadora do Programa Municipal e a ex-funcionária e atual agente da Pastoral; e o vice-coordenador do Programa Municipal que é, e há muitos anos, voluntário da ONG Vale a Vida.

Ainda em situação de duplicidade de pertencimentos, temos que uma psicóloga, técnica responsável pelo programa de Apoio Sócio-educativo às Famílias (ASEF) - desenvolvido pela Secretaria Municipal de Cidadania – atua como funcionária contratada na ONG Olojukan, ao mesmo tempo que é voluntária na ONG Gesto. Uma assistente social da Secretaria Municipal de Saúde é presidente da ONG Vale a Vida; uma de suas fundadoras é funcionária do Centro de Testagem e Atendimento- CTA; e a psicóloga voluntária da ONG é também

funcionária do Programa de Redução de Danos. Aqui são bastante visíveis os vínculos dos agentes do poder público com as organizações não-governamentais, sendo a Vale a Vida o maior foco dessas relações. Os agentes do domínio do poder público que atuam nas ONGs/AIDS se valem dessa dupla inserção para indicar os serviços de sua ONG a partir de suas posições no outro domínio, e vice versa.

Em um primeiro olhar, há uma grande proximidade nas significações em jogo na compreensão da AIDS, e dos temas que esta carrega em si, entre os domínios do poder público e das ONGs, o que se deve a um mesmo discurso de fundo. Em ambos os casos, os direitos humanos embasam suas práticas discursivas, e não raramente, a ciência e a biomedicina também o fazem. Ainda assim, estes e outros voluntários das ONGs têm pertencimentos religiosos que se fazem sentir, sendo a maioria deles leigos e alguns instituídos em suas religiões – como pais-de-santo e mães-de-santo. A grande maioria dos voluntários da Vale a Vida são espíritas kardecistas e na Gesto há voluntários e funcionários espíritas kardecistas, um pai-de-santo de Nação Jeje, e uma minoria de voluntários católicos em ambas as ONGs.

A então presidente da ONG Vale a Vida, e também uma de suas fundadoras que atua como voluntária, são espíritas kardecistas. A fundadora nos diz que sua postura religiosa é de não-julgamento, e despida de falsos moralismos – que ela identifica com a postura da Igreja Católica ao se opor ao uso do preservativo. A homossexualidade não é encarada como problema, e sobre o número de parceiros sexuais de uma pessoa, a psicóloga da ONG, também kardecista, nos disse “É o livre arbítrio

de cada um. Quem sou eu pra julgar?”. O mesmo nos foi dito pelo fundador da ONG Gesto: “Se você quiser transar com três pessoas ao mesmo tempo, você transa, [...] A gente orienta que você tem que respeitar os teus limites e cuidar da sua saúde e do teu corpo, e ensina a usar o preservativo corretamente.” Contudo, o aborto aparece como uma barreira para o livre-arbítrio e o não-julgamento – todos estes agentes kardecistas se posicionaram veemente contra. O enunciado do interlocutor fundador da Gesto caminha neste sentido, mas com uma ressalva: “Não sou a favor da morte, sou a favor da vida e do planejamento e da contracepção. Mas eu acho que não cabe mais pras religiões discutirem isso, é questão de saúde pública.” Este voluntário é técnico em enfermagem e esta informação pode ajudar a compreender sua postura. Sobre o papel das religiões frente a questões de saúde, falou:

Não importa qual é a religião, por que o que a gente tá falando é de saúde. É de prevenção em DST/AIDS. E AIDS, que nem como o aborto, como violência, como homossexualidade não é mais assunto de religião, esses são assuntos de saúde pública. Tem muita gente morrendo por desinformação.... A religião contribui? Contribui, mas é ela que tem que dar valor a isso tudo? Não é só ela, por que não adianta a gente fazer propagandas contra o aborto se vê que tem mulheres que não sabem que não é legal fazer o aborto, que existem outras formas de contracepção e que o aborto vai botar a vida dela em risco, não é?

Essa postura está relacionada com o fato da religião espírita kardecista ser identificada como uma religião que segue

a ciência. Este voluntário nos disse: “Minha própria religião é baseada na ciência, é mais uma filosofia de vida. Ela é filosofia, ciência e religião. A doutrina espírita acredita no que a ciência prova.” Seguindo essa linha de raciocínio, ele nos fala:

Eu não acredito que doenças adquiridas possam se curar com a fé. Agora de repente um câncer, com tratamento, eu acredito, um diabetes com tratamento, uma hipertensão com tratamento... Agora, uma pessoa que adquiriu o vírus HIV, [estaria curada] só se o exame foi um falso positivo.

Para o nosso interlocutor, como a ciência mostra, a AIDS não pode ser curada, nem pelo tratamento, nem pela fé – no sentido da eliminação do vírus e desaparecimento completo dos sintomas. Ele estende essa categoria a doenças adquiridas (doenças que não são hereditárias ou congênitas), contra as quais a fé não seria o suficiente. Por outro lado, as doenças que não são adquiridas podem ser curadas através da fé, paralelamente ao tratamento, é claro. O papel da religião ao lidar com a doença estaria, para o nosso interlocutor, delimitado pela possibilidade – ainda que apenas lógica – de cura reconhecida pela ciência. Novamente, o espaço de atuação da religião é cercado pelos limites da ciência⁽¹⁾ Na ONG Gesto, há dois voluntários do Batuque de Nação Jeje, sendo um deles pai-de-santo. Na Vale a Vida, um voluntário que frequenta centros de Umbanda, sem que essa prática seja definidora de um

pertencimento religioso. Um dos agentes da Gesto de Nação Jeje nos diz que seu papel como religioso é tentar aconselhar as pessoas, orientar e ouvir – funções que ele desempenha também no seu trabalho dentro da ONG. Contando sobre a vez lhe pediram para realizar um trabalho que curasse a AIDS, este mesmo pai-de-santo disse: “Olha, tu me desculpa, eu posso fazer um trabalho pra te ajudar a tu assimilar as coisas e aceitar o que tu tem e pra tu te ajudar, eu posso fazer isso... Eu posso trabalhar a tua mente.” Como ele nos explicou, ele seria o responsável pelo espírito, e o médico, pela matéria e pela parte material da doença: “Porque que eu cobro? Tu vai no médico ele vai te dar consulta de graça? Não vai... tem médico que trata da matéria, eu trato do espírito.” – uma divisão que, mais uma vez, garante um espaço de atuação exclusivo e sem conflitos a dois tipos de agentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já foi afirmado, temas como doença, saúde e sexo, que estão imbricados na temática da AIDS, são significados de maneiras diversas pelos diferentes sistemas de crença e pela biomedicina – retomando, mais uma vez, que não se reconhece o discurso biomédico como descolado de outros sistemas de significações. Um exemplo dado neste texto é a forma de conceber a doença por parte do bispo católico de Pelotas – identificação tradicionalmente católica entre doença e castigo referente a um pecado. Outro exemplo é a postura da Igreja Universal do Reino de Deus no que tange o dom da cura divina pela fé: em meios médicos, e até na mídia, se ouve falar de pastores desencorajando o uso do tratamento antirretroviral. A atitude do pastor em Pelotas surpreendeu as expectativas, do

(1) É interessante assinalar que estes limites da ciência são móveis e sofrem mudanças com frequência. Um exemplo claro disso são as discussões a respeito do risco mínimo de infecção em relações sexuais sem o uso do preservativo entre casais soro-discordantes, quando a carga viral é mínima.

mesmo modo como a agente da Pastoral de DST/AIDS também não compartilha da concepção de doença do bispo.

Atribuimos essas diferenças à ressignificações que são, em grande parte, promovidas pelas interações dos agentes envolvidos na resposta à AIDS entre diferentes instituições, de diferentes domínios – diferentes instâncias de práticas discursivas. Estando em contato com diferentes formas de significar esta doença e sua prevenção, estes significados se atualizam no agente, frente às urgências da ação. Parece lógico que esses processos ocorram de forma mais dinâmica e fluida do que conseguimos representar neste artigo – não se tratam de momentos estanques e identificáveis em que, primeiro, há várias significações e, no momento seguinte, estas mesmas se fundem ou se modificam; as significações não se sobrepõem umas às outras, mas se mesclam, se interpenetram. Essas mudanças são fruto de interpelações dos ambientes onde os sujeitos atuam.

Podemos enxergar em todas essas situações, e no conjunto das instituições voltadas para a resposta da epidemia no município, uma aceitação generalizada dos fatos científicos produzidos pelo discurso biomédico. O reconhecimento da biomedicina enquanto detentora da verdade sobre a realidade da AIDS e que, portanto, deve ser ouvida e respeitada parece ser um ponto de convergência entre os diferentes domínios envolvidos na atenção à epidemia em Pelotas, especialmente no que tange ao tratamento e assistência, mas com reelaborações no que tange à prevenção. Assim, a biomedicina talvez seja o interlocutor mais legítimo ao tratar de HIV/AIDS. O que ela pronuncia deve ser encarado como verdade por todos

os outros atores dispostos a participar do combate à epidemia, e isso inclui as religiões ⁽²⁾.

É na biomedicina que buscamos os fatos para entender a epidemia, seu desenvolvimento e suas formas de transmissão – ou seja, ela é a (única) proprietária de um espaço de enunciação específico. A esse espaço, os outros interlocutores se acomodam, sem o invadir. Não estamos falando de uma relação de dominação, mas de interação, em que a biomedicina também tem determinações complexas e seu discurso informado por outras instâncias sociais. Tendo em mente essas considerações sobre a aceitação da soberania da biomedicina entre os três domínios da resposta à AIDS no município de Pelotas, retomamos Paula Treichler (5) para finalizar este artigo, tratando da AIDS enquanto uma construção lingüística:

aids não é meramente um rótulo inventado, “provido” pela ciência e práticas de nomeação científicas para uma entidade de doença bem definida causada por um vírus. Ao contrário, a própria natureza da aids é construída através da linguagem e, em particular, através de discursos da medicina e ciência⁽³⁾. (TREICHLER, 1987, p. 263)

A ciência e a medicina são encaradas como as provedoras de um discurso sobre a AIDS mais próximo da realidade,

(2) Sua soberania é ilustrada pela restrição que impõe às participações no espaço de atenção à AIDS: uma religião que acredite na possibilidade de cura, ou que acredite que o tratamento antirretroviral seja dispensável não será aceita no espaço de combate à AIDS. Elas são taxadas como excêntricas demais, como “cegas para o mundo”, para as realidades da medicina.

(3) Tradução livre dos autores.

mas a realidade da AIDS em si é também construída a partir desses discursos, através da linguagem e na confluência das inúmeras significações ao seu respeito. A realidade sobre a AIDS conhecida pela biomedicina e reconhecida pelos atores sociais em Pelotas se constrói e se reafirma enquanto realidade também a partir desse reconhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Emil L, Seffner F. Identidades masculinas “não hegemônicas” e ações de cuidado à aids “progressistas” na Casa Fonte Colombo em Porto Alegre. In: 26ª Reunião Brasileira de Antropologia; 2008; Porto Seguro, Brasil. [acesso em 2009 Mar 05]. Disponível em: <<http://www.abant.org.br/noticias.php?type=congressoRBA#453>>.
2. Thiollent M. O Processo de Entrevista. In: *Critica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis; 1980. p. 79-99.
3. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z – Garantindo Saúde nos Municípios. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Editora MS; 2009. 3ª ed [acesso em 2010 Fev 25]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>
4. Ministério Da Saúde. Prevenção Na Rede: Fórum Virtual sobre DST/AIDS Relatório final [relatório disponível on line]. Série Estudos, Pesquisa e Avaliação nº12; 2009 [acesso em 2010 Fev 15]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B56B6E68C-BE48-40C9-9218-FCA5548628B2%7D/prevencao_rede.pdf>
5. Treichler P. AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse: An Epidemic of Significations. In: Fiske J. (Org). *Cultural Studies*. 1987; 1(3): 263-305. London: Routledge.
6. Foucault M. *A Ordem do Discurso*. 18ª ed. São Paulo: Loyola; 2009.
7. Camargo Jr. KR de. Aids e Aids e Ciências. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [periódico on line]. 1994 Oct [acesso em 2010 Jun 01]; 1(1): 35-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100005&lng=en. doi: 10.1590/S0104-59701994000100005>
8. Haesbaert R. Definindo Território para entender a Desterritorialização. In: *O Mito da Desterritorialização: Do “fim dos territórios” a multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004. p. 35-98
9. Hall. *A Identidade Cultural na Pós-modernidade*. 11ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2006.
10. Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e culturais [protocolo disponível on line]. San Salvador. Adotado pela Assembléia Geral da OEA em 17.11.1988 [acesso em 2010 Mar 05]. Disponível em <<http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-52.htm>>
11. Seffner F et al. Respostas Religiosas à AIDS no Brasil: impressões de pesquisa acerca da Pastoral de DST/AIDS da Igreja Católica. In: Dias Duarte F et al (Org). *Valores Religiosos e Legislação no Brasil: a tramitação de projetos*

de lei sobre temas morais controversos. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 155-178.

12. Sontag S. AIDS e suas Metáforas. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.