

Universidade Federal Fluminense

Instituto de História
Pós-Graduação em História

Tiago da Silva Ferreira

Pastores de Desejos: discursos e disputas na luta contra a aids em Angola (1987-2017)

Niterói
2018

Tiago da Silva Ferreira

Pastores de Desejos: discursos e disputas na luta contra a aids em Angola (1987-2017)

Material apresentado ao Programa
De Pós-Graduação em História da
Universidade Federal Fluminense
como requisito para obtenção do
Título de Doutor em História

Orientador: Marcelo Bittencourt

Niterói
2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG

F383p Ferreira, Tiago da Silva
Pastores de Desejos: discursos e disputas na luta contra a
aids em Angola (1987-2017) / Tiago da Silva Ferreira ; Marcelo
Bittencourt Ivair Pinto, orientador. Niterói, 2018.
297 f. : il.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGH.2018.d.31896165826>

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 2. Angola. 3.
Sexualidade; aspecto histórico. 4. Teologia Moral. 5.
Produção intelectual. I. Título II. Pinto, Marcelo
Bittencourt Ivair, orientador. III. Universidade Federal
Fluminense. Instituto de História.

CDD -

Tiago da Silva Ferreira

Pastores de Desejos: discursos e disputas na luta contra a aids em Angola (1987-2017)

Trabalho apresentada ao Programa
De Pós-Graduação em História da
Universidade Federal Fluminense
como requisito para obtenção do
Título de Doutor em História

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcelo Bittencourt (orientador) _____

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dra. Magali Romero Sá _____

Fiocruz

Prof. Dra. Dilene Raimundo do Nascimento _____

Fiocruz

Prof. Dr. Nuno Vidal _____

CEFET

Prof. Dr. Alexsander Lemos de Almeida Gebara _____

Universidade Federal Fluminense (UFF)

**À todas as pessoas afetadas e
infectadas pelo HIV,
no passado, presente e futuro**

Agradecimentos

Gostaria de agradecer aos meus familiares por terem me dado a oportunidade de chegar até aqui. Minha mãe, meu pai, meu irmão e minha irmã (que me ajudou com os textos em inglês) são parte integrante de quem eu sou.

Meus amigos mais próximos Guilherme, Vinícius, Jardel, Pedro, Cravo, Caio e toda a galera da Pizza de Tomate (Ana, Moema, Wesley, Mari, Débora, Ivan, Diego e Lucas) que me deram forças e ânimo nos momentos certos. Meu muito obrigado.

Agradeço aos amigos angolanos, brasileiros e estrangeiros que fiz durante as três viagens à Angola em 2016, 2017 e 2018: Aléxia, Figas, Dário, Mariano, Pamina, Miriane, Pablo, Yérsia, Cláudia e Gretel. Um abraço especial aos ativistas na luta contra o HIV: Zito, Henda, Kaina, Sr. Coelho, Dona Berta, Simão (os dois), Inês, Alberto Stella, entre outros. Sem vocês não teria conseguido!

Agradeço ao meu orientador Marcelo por ter sido paciente com meus atrasos e por suas valiosas dicas e recomendações. Agradeço aos professores da banca por suas críticas construtivas.

Obrigado sr. João Lourenço, por ter ajudado tanto com a documentação para o visto. Sem isso, nem teria posto os pés em Angola!

Obrigado também pelo apoio de minhas eternas amigas do interior de São Paulo, Raquel e Luciana.

Por fim, agradeço aos meus kalyāṇamittas, especialmente ao Juarez, por me darem o suporte dhammico.

Anumodana!

Resumo

A presente pesquisa tem dois objetivos. Primeiro, reconstituir os principais acontecimentos da luta contra o HIV em Angola, principalmente no período após o fim da Guerra Civil, estabelecendo uma cronologia que ainda não tinha sido feita até então. Em segundo lugar, proponho uma pesquisa histórica sobre a aids em Angola a partir do embate entre os diferentes discursos sobre a doença proferidos por atores sociais que tiveram peso histórico na luta contra o HIV: Estado (através do Programa de Luta contra a Sida e do Instituto Nacional de luta contra a Sida); ativistas soropositivos; Instituições religiosas; e programas de Televisão (Stop Sida). Procuo demonstrar a partir de quais técnicas de poder e de saber a pandemia da aids pôde se tornar instrumento de disputa dos desejos e dos modos de vida de indivíduos e populações. Almejo investigar como o *poder pastoral* exercido por instituições (como as igrejas, mas não só elas) se utilizou do pânico propiciado pela expansão da doença para constituir e propagar discursos diversos acerca da liberdade, ética e cidadania; e como os ativistas soropositivos, através de suas biografias, respondem a esses embates.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Angola; Sexualidade - aspecto histórico; Teologia Moral.

Abstract

The present research has two goals. First, to reconstitute the main events of the struggle against HIV in Angola, especially in the period after the end of the Civil War, establishing a chronology that had not yet been presented. Secondly, I propose a historical research on AIDS in Angola based on the conflict between the different discourses on the disease pronounced by social actors who had a historical weight in the fight against HIV: the State (through the Programa de Luta contra a Sida and the Instituto Nacional de luta contra a Sida); HIV positive activists; Religious institutions; and television shows (Stop Sida). I try to demonstrate from which techniques of power and knowledge the AIDS pandemic could become an instrument of dispute of the desires and ways of life of individuals and populations. I aim to investigate how the *pastoral power* exercised by institutions (like churches, but not only them) used the panic caused by the spread of the disease to constitute and propagate diverse discourses about freedom, ethics and citizenship; and how HIV-positive activists, through their biographies, respond to these strifes.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS); Angola; Sexuality; Moral Theology.

Sumário

Introdução	11
Capítulo 1 – O Dispositivo da Aids	22
Noções de Saúde, ética, poder pastoral e biopolítica em Foucault	23
Pensando o HIV/Aids	38
Mito da origem	44
A Aids e a África sulsaariana: importantes mudanças paradigmáticas	50
Os primeiros anos da epidemia africana	52
Narrativas religiosas sobre a aids na África Sulsaariana	61
Entendendo o ABC.....	70
A mesma pandemia, diferentes estratégias	77
Capítulo 2 Angola, aids e ativismo social	87
Uma breve recuperação histórica	88
O MPLA e a sociedade civil em Angola	101
A aids nos anos 80 e 90 e a criação do Programa Nacional de Luta contra a Sida (PNLS) (87-98)	105
1998-2008: O período das mudanças e conquistas	117
Depois de 2008: decadência	155
Capítulo 3 Teologia Moral e aids	165
O papel da Teologia Moral na prevenção ao HIV	166
A aids como questão social ou sexual	169
Bispos católicos e a camisinha	173
Teólogos da Moral e a camisinha.....	176
Opiniões seculares sobre a posição da Igreja acerca da profilaxia	178
Reflexões da Igreja Angolana	180
Protestantes: o caso do CICA.....	197
O currículo africano de HIV para as igrejas	201
Capítulo 4 A estratégia ABC em funcionamento: pecado e responsabilidade individual	212
A complexa sexualidade angolana	213
As cartilhas produzidas pelo governo	222
Vídeos católicos	231
Stop Sida: a estratégia ABC em ação	240
Camisinha	242
O protagonismo feminino na luta contra o estigma	246
Abstinência	250
Entre Jezabel e Virgem Maria	253
O casamento como medida preventiva	261
Considerações finais	269
Bibliografia	293

Índice de Figuras

Figura 1 - Avanço da taxa de prevalência do HIV pelo mundo	57
Figura 2 - A Frota da Esperança	72
Figura 3 - Prevalência do HIV por gênero e área de residência na África sulaariana ...	87
Figura 4 - Grupos étnicos em Angola	90
Figura 5 -	156
Figura 6 -	157
Figura 7 -	157
Figura 8 -	158
Figura 9 - Religiões em Angola no Censo 2014	165
Figura 10 - Cartilha PNLs	223
Figura 11- Cartilha INLS	225
Figura 12 - Campanha sobre a camisinha do PNLs	226
Figura 13 - A câmara foca na saia curta de Joddie	235
Figura 14 - Reconciliação entre Nadia e Alice	235
Figura 15 - Cena do rompimento da camisinha	243
Figura 16 - Reconciliação	245
Figura 17 - Mena e Pupa vão para lugar afastado	251
Figura 18 - Mena estupra Pupa	253
Figura 19 - Doença como punição para a conduta sexual da personagem	255
Figura 20 - Tininha doente	256
Figura 21 - O consultório médico como o local da "confissão"	257
Figura 22 - Tininha em dança sensual com um homem numa boate	258
Figura 23 - Natasha reza por seu casamento na igreja	262
Figura 24 - Doença como punição para a conduta sexual da personagem	263

Introdução

Devo dizer que o presente trabalho foi certamente o maior desafio da minha vida acadêmica até então. O grande desafio aqui não foram os conceitos, os debates teóricos ou a dificuldade de conseguir entender ou aplicar as reflexões de algum filósofo ou historiador na pesquisa. Nada disso. O mais difícil, na verdade, foi acessar as fontes. Por vários motivos diferentes, acessar um documento em Angola pode ser extremamente difícil.

Em primeiro lugar, porque o país não é uma democracia. Como veremos ao longo desta tese, Angola vem passando por transformações políticas, econômicas e sociais bastante profundas nos últimos anos. Isso ajuda a explicar a permanência de comportamentos da época do regime de partido único, onde o controle de informações fazia parte da disputa pelo poder. Dessa forma, acessar documentos oficiais, do governo, pode demorar meses. Nenhum governo pouco democrático está de bom grado em oferecer documentos facilmente, mesmo que o tema da pesquisa seja, aparentemente, inofensivo. Espero conseguir deixar claro nos capítulos a seguir que o Movimento Popular de Libertação de Angola, ou MPLA, o partido que governa a nação angolana, enxerga em qualquer mínima atitude, uma possível ameaça ao seu domínio. Uma pesquisa de doutorado não é automaticamente vista como uma possível cooperação científica entre países ou instituições. É necessário explicar detalhadamente o que é a pesquisa, quem é o pesquisador e quais as pessoas (angolanas, de preferência) com boas relações, ou melhor, com “costas quentes”, que estão apoiando a empreitada. Ainda assim, tais credenciais não são garantia total de sucesso. Havia, ainda, a burocracia. Uma simples consulta poderia precisar passar por vários trâmites burocráticos. E, pior, depois de meses de espera (em alguns casos esperei mais de um

ano), poderia descobrir que o documento em questão não tinha nada do que eu precisava e que o documento certo exigiria mais meses de burocracia.

Outro problema para se obter fontes é que não há uma cultura de preservação de arquivos. Exceto por iniciativas de pessoas da sociedade civil que preservam documentos específicos, não existe um esforço sistemático seja do governo, seja da sociedade, em construir espaços de memória, onde sejam preservados documentos orais ou escritos. Um exemplo disso foi quando fui até a Rádio Nacional para falar com o principal radialista responsável pelos programas sobre HIV da emissora. Existiram desde os anos 90, programas específicos voltados à conscientização das pessoas sobre o HIV. Neles, foram entrevistadas as primeiras pessoas portadoras da doença a contarem suas histórias publicamente. Essas pessoas iam ao programa pedir ajuda e tinham suas identidades preservadas. Para minha grande tristeza, fui informado que todas as gravações destes programas foram descartadas por estarem ocupando espaço. Nada sobrou. Casos como esse se repetiram ao longo da pesquisa.

O terceiro problema é a falta de estrutura e a pobreza. Muitas ONGs tiveram, ao longo de suas existências, interesse em preservar suas memórias, mas foram impedidas disso pela falta de recursos. Como pretendo demonstrar a seguir, o acesso aos financiamentos e a capacidade de se sustentarem sempre foi um grande problema para as ONGs voltadas para o combate ao HIV. A maioria não tem sede própria, não consegue manter o mesmo espaço por muito tempo e estão constantemente em mudança, como se fossem nômades. Nestas mudanças, as perdas materiais (inclusive de documentação) são recorrentes. Os assaltos às sedes dessas organizações também são frequentes. Algumas delas foram assaltadas diversas vezes. Vários documentos foram levados desses locais, inclusive vídeos e gravações de encontros. O caso mais grave, ocorrido recentemente (em 2016, quando eu já estava escrevendo este trabalho), foi o

assalto e depredação da sede da Anaso, a principal rede de ONGs de luta contra o HIV em Angola. O arquivo desta instituição é grande, mas foi dilapidado por invasores. Grande parte se perdeu e o restante foi confiscado pelo governo, que está em disputa com a ONG por desejar desapropriar o terreno da sede desta organização com o fim de construir um hospital infantil no local. Todo esse processo traumático me impediu de acessar toda a documentação da Anaso.

É muito comum que algumas destas organizações, devido ao problema de falta de recursos mencionado acima, acabem se instalando na casa dos próprios ativistas ou nos seus locais de trabalho. Isso nos leva ao quarto problema referente às fontes: não há separação clara entre público e privado. Sejam nas ONGs, sejam nos órgãos do Estado, toda a cultura política angolana é extremamente personalista. Cedo eu descobri que certas pessoas se confundem com as ONGs ou órgãos do Estado que presidem ou representam. Decorrente disso, os documentos de certas instituições são vistos por funcionários e ativistas como se fosse material privado. O Instituto Nacional de Luta contra a Sida (INLS), o maior órgão público de Angola no tocante ao combate ao HIV, perdeu vários documentos antigos porque uma antiga ex-funcionária se apossou de tudo que restou produzido entre os anos 80 e 1998 e levou para sua casa depois de se aposentar.

Notem que não estamos falando de nenhuma instituição pequena do interior do país. A Anaso e o INLS são, respectivamente, a maior rede de organizações de luta contra o HIV da sociedade angolana; e o principal órgão nacional governamental de combate ao vírus da aids. Nenhuma das duas tem, no momento, (por motivos diferentes) um arquivo disponível. E não falo de arquivos organizados, mas apenas de um local onde são guardados papéis antigos.

O último problema foram os jornais. Luanda dispõe de um arquivo histórico, mas ele é desorganizado e pouco funcional. Há vários exemplares de jornais antigos faltando e o atendimento depende da boa vontade de alguns funcionários não chegarem atrasados ou não faltarem ao trabalho. Além do Arquivo Histórico, há a Biblioteca do Governo Provincial, que possui alguns jornais antigos. Foi nele que consegui a maioria das notícias sobre HIV/aids que utilizei nesta pesquisa. Ainda assim, há muitos exemplares faltando, o que acarreta imprecisão em algumas datas.

Toda essa dificuldade para acessar as fontes mudou a pesquisa da forma original como eu havia pensado. Primeiramente, eu desejava fazer uma reconstituição do papel das igrejas em Angola no combate ao HIV. Depois, resolvi ampliar, acrescentando as ONGs e o Estado na análise. O grande problema era: como compor um quadro mais geral da luta contra o HIV em Angola se as fontes eram limitadas? Logo percebi que eu deveria, através das entrevistas, descobrir quais eram os momentos, acontecimentos e processos históricos mais importantes e, a partir deles, procurar fontes que iluminassem esses processos e fatos, de modo que eu pudesse recontá-los e analisá-los através dessas fontes. A análise desse material serviria também, para confrontar as próprias entrevistas e memórias dos ativistas.

O problema das fontes me levou a um dilema de foco. Trabalhos sobre a história do HIV podem se concentrar em diferentes tópicos: ONGs, políticas governamentais, HIV e direitos humanos, ativismo político, religião, discurso médico, etc. A antropologia já produziu trabalhos sobre a aids em Angola, mas sempre em contextos específicos, estudos de caso¹. O que eu queria fazer, era um quadro geral em que o leitor pudesse entender de um modo mais amplo, a resposta angolana ao vírus do HIV, principalmente no que se refere aos **embates de discursos** sobre o que é a aids e qual a

¹ Ver: PINHO, Adriana de Araújo. *Trocas afetivo-sexuais e econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

melhor forma de combater tanto a doença quanto a discriminação causada por ela. Isso é algo que já foi feito no Brasil através de trabalhos como de Richard Parker, Jane Galvão e Dilene Raimundo do Nascimento. Essa seria uma contribuição verdadeiramente original para o estudo do HIV em Angola.

Entretanto, apesar das dificuldades, muita gente de Angola contribuiu imensamente para esta pesquisa. Os ativistas das organizações civis foram bastante solícitos, principalmente os soropositivos. Por este motivo, gostaria muito de agradecê-los, em especial Carolina Pinto, Zito Pacheco, António Coelho, Paula Sebastião, Maria Francisca Henda, Alberto Stella, Simão Cacumba, Inês Gaspar e Cláudia Bastos, pessoas que contribuíram muito para que essa pesquisa fosse possível.

As entrevistas com ativistas me levaram a propor a seguinte divisão para as principais fases da luta contra o HIV em Angola:

1. 1987-1998: Fase do Programa de Luta contra a Sida e com foco quase exclusivo em prevenção;
2. 1998-2002: Fase do fim da Guerra Civil e ascensão das ONGs de ativistas soropositivos; ONUSIDA cria escritório em Angola;
3. 2002-2008: Fase áurea da luta contra o HIV; as ONGs se proliferam, há dinheiro disponível; funda-se o INLS e o Hospital Esperança; a aids aparece muito na mídia;
4. 2008-até hoje: Fase de declínio. Não há mais dinheiro internacional; as ONGs definham; a aids deixa os holofotes da mídia.

A partir dessa periodização, busquei fontes que iluminassem cada período e que me possibilitassem construir o quadro geral que eu queria. Como as fontes governamentais eram de difícil acesso, decidi focar mais nas organizações do que no Estado e me centrei nas histórias de vida dos ativistas, principalmente naqueles que são soropositivos.

Utilizei os jornais para sanar lacunas das memórias dos entrevistados, principalmente no que se refere às datas de eventos. E, por fim, empreguei as fontes religiosas como uma ponte para que se possa compreender a religiosidade de certas campanhas de prevenção, caso do programa Stop Sida.

Dessa forma, dividi a pesquisa em duas etapas. Primeiramente, tentei combinar as entrevistas com os poucos documentos escritos e compor esse quadro geral, histórico, reconstituindo e narrando cronologicamente os principais acontecimentos, usando a biografia dos entrevistados para compor tal quadro. Para isso, utilizo as entrevistas, as reportagens de jornais, materiais impressos de ONGs e publicações governamentais disponíveis online. Em um segundo momento, faço uma análise mais vertical de vídeos produzidos por instituições angolanas públicas e privadas sobre o HIV. Esses vídeos são importantes porque, como pretendo demonstrar, causaram grande impacto na sociedade angolana no que tange à conscientização sobre o HIV, bem como influenciaram e influenciam até hoje as noções que boa parte do público tem sobre a doença.

Em suma, o que faço é usar as fontes possíveis para tentar compor um quadro geral o mais amplo possível. Há material que recolhi em Angola e que não se encontra apresentado aqui porque eles não se enquadram nesta proposta, mas que penso em utilizar em artigos futuros e na continuidade desta pesquisa (uma vez que vejo esta tese apenas como o começo de algo maior). Optei por focar nas ONGs, no INLS, nas principais instituições religiosas que trabalham com HIV (CICA e Igreja Católica) e na produção audiovisual (Stop Sida). Estas escolhas não foram aleatórias. Elas representam o que eu creio serem as melhores opções para se construir esse quadro geral. As organizações não governamentais são fundamentais para se compreender a situação histórica da luta contra o HIV. São elas que empoderaram os soropositivos, dando a eles voz e protagonismo através do ativismo. O INLS, por sua vez, é o principal responsável

pela articulação entre o governo e as ONGs, além de financiar projetos e iniciativas, como propagandas, campanhas de prevenção, testagem, tratamento, etc. Além disso, é o INLS que custeia e gerencia o Hospital Esperança, o principal hospital de HIV do país. O estudo das fontes religiosas, finalmente, possibilita compreender o tom religioso que a compreensão do HIV tem em Angola. Dessa forma, empregando estas fontes e focando nestes objetos, penso que é possível ter uma imagem geral dos discursos angolanos a respeito da doença, bem como os embates entre eles.

Procurarei demonstrar que a aids não foi entendida como um problema realmente grave pela sociedade angolana até o início dos anos 2000, com o fim da guerra civil. Competindo com o conflito armado, com a pobreza e com outras doenças pela atenção pública, a doença só se torna um debate público nacional no início do novo milênio. E, neste processo de “saída do armário” do vírus do HIV, o programa “Nação coragem” é de suma importância, pois foi através dele que grande parte do público passou a falar abertamente do assunto.

Os desafios de uma pesquisa sobre o HIV em Angola não se limitam, entretanto, ao problema das fontes. Algumas especificidades angolanas colocaram o desafio de repensar algumas propostas de trabalhos de referência sobre a aids. Citando Michael Pollack, que escreveu um clássico sobre o impacto da aids na França, Jane Galvão divide tradicionalmente a reação à epidemia da aids em três fases: “a identificação dos primeiros casos e a tomada de consciência do problema; a criação das primeiras organizações voluntárias; a intervenção dos poderes públicos para coordenar e controlar as diferentes iniciativas”². Em Angola, entretanto, a coisa deve ser pensada de modo distinto. É complexo falar em “organizações voluntárias” quando o pontapé inicial na luta contra o HIV foi dado pelo governo (MPLA) que, à época, sequer controlava todo o

² GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000. p.28.

território angolano, travando uma guerra sangrenta contra opositores no interior do país. Além disso, a própria noção de “sociedade civil” não pode ser aplicada sem cuidado no contexto angolano. Não há uma separação clara entre Estado e sociedade na maior parte da África Sulsariana, da mesma forma como não há democracia e efetiva participação política da população. Tudo isso precisa ser levado em conta. Certas ONGs, como a AALSIDA (primeira associação de soropositivos de Angola), surgiram, na verdade, como entidades paraestatais.

Um outro ponto importante a se considerar é a abrangência espacial. Apesar de ter dito acima que minha intenção é reconstituir o quadro geral da resposta angolana ao HIV, preciso confessar que o espaço privilegiado nesta pesquisa é a capital Luanda. Isso se deve a dois fatores. Primeiro, por uma questão de centralidade política e histórica. É em Luanda onde ficam todos os ministérios, onde fica a sede do INSL, das grandes emissoras de TV e rádio. É lá onde as decisões relativas à luta contra o HIV são tomadas todos os dias. As principais organizações não-governamentais que atuam na área também foram fundadas lá e ainda estão sediadas na capital. Graças à guerra civil, Luanda ainda abriga pessoas refugiadas de todas as regiões do país, sendo uma caixa de ressonância de tudo que acontece em Angola, bem como é a cidade mais influente do país.

Em segundo lugar, os altos preços de deslocamento para todas as províncias de Angola não tornavam possível analisar com o mesmo rigor de detalhes a situação de cada localidade específica. Isso não significa que as províncias não mereçam tamanha atenção, mas sim que essa pesquisa deseja apenas ser um primeiro passo na reconstituição de um quadro mais geral da resposta angolana à epidemia de HIV.

Resumidamente, minha pesquisa tem dois objetivos. Primeiro, reconstituir os principais acontecimentos da luta contra o HIV em Angola, principalmente no período

após o fim da Guerra Civil, estabelecendo uma cronologia que ainda não tinha sido feita até então.

Em segundo lugar, proponho uma pesquisa histórica sobre a aids em Angola a partir do embate entre os diferentes discursos sobre a doença proferidos por atores sociais que tiveram peso histórico na luta contra o HIV: Estado (através do Programa de Luta contra a Sida e do Instituto Nacional de luta contra a Sida); ativistas soropositivos; Instituições religiosas; e programas de Televisão (Stop Sida). Procuo demonstrar a partir de quais técnicas de poder e de saber a pandemia da aids pôde se tornar instrumento de disputa dos desejos e dos modos de vida de indivíduos e populações. Almejo investigar como o *poder pastoral* exercido por instituições (como as igrejas, mas não só elas) se utilizou do pânico propiciado pela expansão da doença para constituir e propagar discursos diversos acerca da liberdade, ética e cidadania; e como os ativistas soropositivos, através de suas biografias, respondem a esses embates.

Nesse sentido, meu foco será a **prevenção ao vírus do HIV**, uma vez que é na hora de estabelecer as medidas de prevenção à doença que encontramos os embates discursivos que nos interessam. Identificamos, nesses embates, dois grandes paradigmas de abordagem da questão do HIV. O primeiro deles entende que a aids é, sobretudo, uma questão de direitos e cidadania e que a luta contra a doença passa, essencialmente, pela inclusão desta problemática em questões de injustiça estrutural. Um segundo paradigma, que entendemos ser o dominante, é aquele que entende que a aids é, sobretudo, um problema de caráter comportamental e que, portanto, o foco da prevenção deve ser individualizante, procurando mudar o comportamento dos indivíduos. Essas duas maneiras de enxergar a questão, como veremos, perpassam a chamada “estratégia ABC”, a mais importante abordagem sobre o HIV na África Sulsaariana e em Angola.

O capítulo 1 introduz a questão do HIV do ponto de vista teórico, além de traçar um esboço geral da problemática da aids na África Sulaariana. Nele, procuro demonstrar as especificidades do continente em relação ao HIV: as altas taxas de infecção, a relação entre África e HIV no imaginário ocidental, a estratégia ABC, a questão da democratização das decisões no âmbito do combate ao vírus, etc.

No segundo capítulo, procuro reconstituir de modo mais amplo como foi a resposta angolana ao desafio imposto pelo HIV, enfocando as primeiras reportagens sobre a doença no Jornal de Angola, os depoimentos de ativistas e pessoal dos órgãos governamentais, as principais organizações que se envolveram na luta contra a aids e os principais acontecimentos, como a criação do Programa de Luta contra a Sida, a fundação da AALSIDA e da Anaso, a chegada do médico Alberto Stella, a criação do INLS e do Hospital Esperança, o programa Nação Coragem, etc . Neste capítulo, ainda destaco trajetórias pessoais de ativistas soropositivos na sua luta contra o vírus do HIV, procurando demonstrar como eles utilizaram a descoberta do seu estado sorológico como uma oportunidade de darem novos rumos às suas vidas.

O terceiro capítulo procura demonstrar o que o cristianismo angolano (representado aqui pela Pastoral da Sida e pelo Conselho de Igrejas Cristãs de Angola) produziu a respeito do HIV, qual a associação que fazem entre moral, pecado, livre arbítrio e a aids. Começo o capítulo falando sobre essa temática de modo mais geral e depois introduzo o ponto de vista angolano.

O quarto e último capítulo, procura utilizar as contribuições dos capítulos anteriores. Nele são analisados as campanhas de prevenção ao HIV em Angola, dando destaque a roteiros de vídeos produzidos a respeito do HIV no país. Procuro comparar as propagandas estritamente religiosas com o programa Stop Sida, da TPA, que representa a estratégia ABC em sua forma mais adaptada ao contexto angolano.

Um último comentário, desta vez sobre a terminologia e o idioma. Os angolanos traduziram termos que nós, brasileiros, mantivemos em inglês. Nas citações de fontes de Angola, mantenho as grafias angolanas, bem como os termos utilizados naquele país. Os termos Sida (e não Aids), seropositivo (e não soropositivo) e VIH (ao invés de HIV), são alguns exemplos.

Capítulo 1 – O dispositivo da aids

“O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate.” (FOUCAULT, Michel)

O dispositivo da AIDS não parece dirigir-se (pelo menos da ótica progressista) tanto à extirpação dos atos homossexuais, mas à redistribuição e controle dos corpos perversos (Néstor Perlongher)

A conclusão seria que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos (Michel Foucault)

Talvez seja um tanto simplificador, mas não de todo equivocado, afirmar que a década de 80 representou um intenso refluxo aos gritos de liberdade dos anos 60. Para quem sonhou com alternativas às democracias liberais e ao socialismo real, a década de 80 traria a ascensão do neoliberalismo de Reagan e Thatcher e terminaria com a queda do muro de Berlim, preconização da derrocada da URSS. No campo moral, a “década perdida” também marca uma antítese com a geração de 68. Não se fala mais de liberação sexual, não se levantam mais bandeiras contra a monogamia. O discurso é outro. Sai a pílula anticoncepcional, entra a camisinha. O sexo livre não é mais liberdade, é perigo. É a década em que o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, na sigla em inglês) adentra o palco da História e obriga o mundo a repensar a sexualidade, criando possibilidades de controle que pareciam condenadas à extinção devido à revolução sexual. A propagação da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS, em inglês) ocasionou um enorme deslocamento nas relações sociais, econômicas e até políticas entre indivíduos, grupos e países, cujas características têm sido estudadas e debatidas desde que a pandemia eclodiu anos atrás.

A ideia de que os portadores do HIV são pessoas que foram sexualmente promíscuas, usuários de drogas, homossexuais ou prostitutas, fez com que nos corpos

dos enfermos estivessem inscritos seus deslizes, seus pecados, suas sinas³. Para esses indivíduos, a luta contra a doença é apenas parte do problema, uma vez que precisam lutar contra o que chamo de controle dos corpos e desejos instituído pelo poder. Esse controle disciplinar não perpassa apenas o Estado e suas instituições, mas vários outros espaços sociais, como hospitais, escolas, ONGs e, claro, as igrejas. No caso da aids, o que parece é que há um tratamento não só medicamentoso, mas também moral. Tanto um tratamento quanto o outro tem um mesmo objetivo: interferir sobre o corpo. Um preocupa-se com o organismo, o outro com as práticas sexuais.

Noções de Saúde, ética, poder pastoral e biopolítica em Foucault

Na presente tese a noção de saúde não é sinônimo da ausência de sintomas, ou seja, não enxergo o conceito de saúde como simples oposição à doença. Não é minha intenção elencar uma série de prescrições que deveriam ser preenchidas para qualificar algo como saudável. Isso quer dizer que meu entendimento sobre saúde não está centrado em alguma forma prescritiva de comportamento, em que são listadas condutas “corretas” a serem seguidas, ou formas mais corretas do que outras de agir. Esse esclarecimento se faz importante porque ao nos depararmos com as argumentações propostas pelas normas dos programas e campanhas de prevenção ao HIV/aids, a saúde aparecerá como forma de lidar com essas argumentações, ou seja, como modos de pensar sobre elas e aceitá-las, rejeitá-las, questioná-las. Busco me opor frontalmente à lógica da construção de diagnósticos, que implicariam na classificação de comportamentos como desejáveis ou desviantes. Essa questão é fundamental para o campo de estudos da aids, pois ao se tornar um caso de saúde pública internacional,

³ OLTRAMARI, Leandro Castro. *A Biopolítica da AIDS: Formas de Prevenção ou Controle?* Florianópolis: Percursos, 2003.

foram criadas uma série de normas classificatórias de comportamentos adequados, constituindo-se a partir deles os chamados grupos de risco. Esses grupos estavam associados a comportamentos fora da norma, e constituíram, naquele momento, o lugar da aids enquanto doença, associando aids, doença, comportamento e morte.

Essa associação, alicerçada em dados epidemiológicos, reforçou a lógica de dividir os comportamentos sexuais no dualismo que opõe normal e desviante. Uma vez que as estatísticas diziam que os grupos de risco (prostitutas, homossexuais, usuários de drogas injetáveis) eram os maiores infectados, a sociedade passou a culpar esses grupos pela sua infecção e consequente morte, associando escolha individual e morte. Em sociedades cristãs, muitas das vezes isso equivale a dizer que o pecado (comportamento errado) leva à morte (aids). O avanço da medicação e a melhoria da qualidade de vida dos portadores do HIV, e a mobilização dos movimentos sociais contra a discriminação, foram produzindo descontinuidades nas associações entre aids e morte.

Com o passar do tempo, surge uma nova noção de saúde nas campanhas de prevenção à aids, que procura problematizar esta lógica normativa de impor formas de comportamento. Cada sujeito possui inúmeras possibilidades de lidar com as argumentações presentes nas normas estabelecidas. O conceito de saúde de Canguilhem, vem ao encontro dessa perspectiva ao dar ênfase ao caráter criativo dos próprios sujeitos: “a saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais”⁴.

Tal perspectiva da saúde instaura uma série de desafios. Quando reconhecemos, por um lado, que o conceito de saúde é socialmente construído e que está sujeito a questões de ordem política; e, por outro, que os sujeitos podem reinventar novas formas

⁴ CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.p.163.

de se entender e viver a saúde através de suas vivências cotidianas, torna-se imperativa a necessidade de discussão e problematização de diversos temas como desigualdades sócio-econômicas e de gênero e formas de viver a sexualidade no campo de in(ter)venção da prevenção à aids.

É a partir dessa compreensão de saúde que elaboramos uma relação com a perspectiva da ética, em Foucault. O filósofo faz um apanhado de como a ética era entendida na Grécia Antiga, mostrando que a preocupação naquela sociedade estava direcionada à conduta moral, à ética, enquanto relações consigo mesmos e com os outros, mais do que com os problemas religiosos. Além disso, a ética não estava relacionada a nenhum sistema social institucional ou legal, o objetivo era constituir uma estética da existência. Uma estética centrada no problema de escolha pessoal. É a partir dessa ideia que o autor desenvolve sua argumentação sobre a ética, enquanto estética da existência, ou seja, enquanto possibilidade de criação de si mesmo⁵.

Na terceira seção da introdução de seu *O uso dos Prazeres*⁶, Foucault aponta que a moral seria constituída por três dimensões. As duas primeiras diriam respeito ao código moral vigente e às ações concretas dos sujeitos morais. A primeira seria constituída pelos valores e regras formulados e recomendados aos sujeitos pelas agências prescritivas (família, igreja, trabalho, instituições educativas, etc) da qual eles fazem parte. A segunda refere-se refere-se às ações de pessoas historicamente reais na medida em que essas ações cumprem ou não cumprem, obedecem ou resistem, respeitam ou desrespeitam os valores e regras que lhes são prescritos pelas agências prescritivas.

⁵ FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética. In: DREYFUS, H., RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

⁶ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006. pp.26-31.

Somando-se ao código moral e às ações concretas dos sujeitos, Foucault afirma que a moral possui uma terceira dimensão, a ética. Essa relação consigo, da produção de éticas, é entendida por ele a partir de quatro âmbitos. O primeiro diz respeito à **determinação da substância ética**, que diz dos aspectos e comportamentos dos sujeitos relacionados à conduta moral. Na ética grega, por exemplo, a substância ética estava menos relacionada ao desejo dos homens pelos rapazes, como no cristianismo, e mais no ato que aquele desejo implicaria⁷. No caso da aids, as primeiras formas de intervenção baseavam-se mais na culpabilização do desejo homossexual, ou do uso de drogas injetáveis, por exemplo, do que de que forma seriam exercidas tais práticas. A preocupação estava vinculada a um valor moral, erigido inclusive sob bases científicas, que demarcavam quais seriam os comportamentos desviantes. Nas atuais perspectivas, vemos uma aproximação a essa ética grega, caracterizadas pela argumentação que estimula o uso do preservativo e seringas descartáveis, mais do que coloca juízo de valor acerca de tais ou quais práticas.

O segundo aspecto da ética está relacionado aos **modos de sujeição**, “isto é, a maneira pela qual as pessoas são chamadas ou incitadas a reconhecer suas obrigações morais”⁸, ou seja, o modo pelo qual o indivíduo estabelece sua relação com o código moral, reconhece-se como obrigado a agir ou não de acordo com ele, e tem o direito de ver seus atos como dignos de valoração moral. Podemos compreender que se tratam dos argumentos que são construídos para que os sujeitos assumam para si determinadas normas. As campanhas de prevenção ao HIV/Aids se enquadram nesse aspecto da ética.

O terceiro âmbito da discussão da ética em Foucault, **o trabalho ético**, encontra-se nos meios utilizados para que possamos nos modificar e nos tornarmos sujeitos

⁷ FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética. In: DREYFUS, H., RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

⁸ Idem.p.264

éticos. Aqui entra todo o arranjo que faz com que nos comportemos de modo ético. Esse ponto é constituído pelas práticas, e/ou tecnologias de si⁹. Poderíamos entender as tecnologias de si como a prática (interior e exterior) da nossa ética (interna). Sendo a ética o conjunto de normas para produzir um tipo particular de pessoa; as tecnologias de si seriam como o sujeito pensa e age para alcançar o objetivo almejado. Esses atos, no entanto, não são necessariamente feitos "para se mostrar", para dar uma impressão a um público. Eles podem ser praticados pelo próprio bem do indivíduo. Nestas tecnologias, "o sujeito constitui o ponto de intersecção dos atos que necessitam estar submetidos às regras, e, precisamente, a regras que definem a maneira como se deve agir"¹⁰.

O quarto e último aspecto da questão ética em Foucault, a **teleologia do sujeito moral**, diz do "tipo que aspiramos ser quando nos comportamos de acordo com a moral"¹¹. Uma ação moral não tem sentido isoladamente, ganhando dimensão apenas dentro de um conjunto encadeado de ações morais que tem como objetivo maior a constituição do tipo ideal aspirado pelo sujeito. Cada ação moral, portanto, não sendo mera singularidade, marca uma etapa e um eventual progresso da conduta ética. A ética é tomada como prática refletida da liberdade, ou seja, como forma de o sujeito exercer sobre si mesmo uma elaboração, transformação, a fim de atingir outro modo de ser. Essa prática de si, porém, não é algo do indivíduo, mas "são esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social"¹².

As diretrizes para as intervenções em prevenção à aids procuram normatizar as ações nesta área. Porém, ao tomarmos o conceito de resistências, podemos entender

⁹ Idem.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. Técnicas de Si. In:_____. *Estética, Ética y Hermenêutica*. Trad. Angel Gabilondo. Obras esenciales, v.III Paidós: Barcelona, 1999.p.459.

¹¹ FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética. In: DREYFUS, H., RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.p.265.

¹² FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: *Ditos e Escritos*. Forense Universitária: 2003.p.276.

estas diretrizes também como condição de possibilidade para reflexões que levem a uma transformação dos sujeitos que se pautam nestas normas. Se entendido dessa forma, podemos considerar essas práticas de prevenção à aids como condições de possibilidades de experiências. Ao tomarmos como pano de fundo a discussão sobre a ética, como prática reflexiva da liberdade, entendemos que **a experiência dos soropositivos pode extrapolar as normas destas práticas**. Sendo assim, tomamos essas práticas como algo que atravessa o sujeito e que pode produzir diferentes formas de subjetivação.

Assim, o modo como estão organizadas as políticas de prevenção à aids, pode operar como disparador de reflexões sobre os modos de vida de quem se defronta com essa temática. Isso pode se dar de diversas formas, dependendo das questões suscitadas por essas práticas. Se, por um lado, temos as linhas higienistas que embasam algumas intervenções na área da prevenção, há, por outro, a tentativa de construir estratégias de prevenção que busquem ampliar as discussões, por exemplo sobre saúde, para produzirem problematizações sobre os modos de viver.

Deste modo, passa-se a entender saúde não só como ausência de doenças, mas como forma de produzir a vida cotidianamente. São justamente estas problematizações que expressam a discussão sobre a ética neste campo discursivo. Para Foucault, existem tecnologias produzidas a partir de diferentes campos de discurso, como, por exemplo, os discursos médico, psicológico e religioso. Estes trazem consigo critérios que definem e legitimam certos modos de viver. No caso da medicina, por exemplo, há uma série de prescrições feitas após o diagnóstico, e que indicam não só medicamentos a serem ingeridos, como também tipos de alimentação e exercícios recomendados, instaurando outras formas de viver. Ou seja, as mesmas verdades que estes campos de saber/poder produzem para separar o sujeito são do insano, regulam também os modos de vida e os

modos como o sujeito reconhece a si próprio como saudável, doente, normal, anormal. Cabe ressaltar que, para além das regras e dos modos de regulação, a ética é entendida como uma experiência de reflexão. É justamente por ser experiência de reflexão que trabalhamos com as normatizações a fim de visualizarmos as argumentações produzidas por estas normas, que levam os sujeitos a segui-las ou não, e que impliquem os modos como estas regras são moduladas nas experiências particulares.

No caso específico de Angola, a aids produziu discursos e práticas semelhantes ao que encontramos no padrão ocidental, mas há peculiaridades importantes. A mais importante delas é o fato de que o discurso religioso rapidamente dominou a arena de debates sobre a prevenção à doença, relegando ao saber médico um papel mais técnico. A medicina não deixa de ter relevância, principalmente no tratamento, mas é a religião que dá sentido ao fenómeno da aids como um todo, pois ela é capaz de abarcar o discurso médico sem negar o papel de Deus como aquele que está no controle de tudo. Neste sentido, um outro conceito de Foucault é fundamental, o poder pastoral. Para o pensador francês, o poder pastoral nada mais é do que uma outra matriz presente na política ocidental que corre em paralelo com a tradição grega clássica. O pastorado seria um outro tipo de poder, mais fino e individualizante, ligado mais à uma tradição oriental, do Egito, da Assíria e Mesopotâmia e da cultura hebraica¹³. Ele difere da tradição clássica por focar sua atenção no governo do pastor (condutor) sobre as ovelhas (conduzidos), não importando questões de Estado, soberania ou território, como na polis grega, mas somente a vida dos indivíduos. Foucault entende que os controles sociais contemporâneos seriam herdeiros dessa pastoral, pois o poder tal qual se afirma hoje é sutil, múltiplo e multifacetado, não confinado ao Estado. Não o poder da lei, mas o poder da norma. A lei opera entre nós como uma espécie de última barreira do poder,

¹³ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.p.166.

mas antes de ser acionada somos sujeitos de práticas bem mais finas e subjetivantes, envolvendo normalizações, moralizações, conduções e governos dos/pelos outros e de si¹⁴.

Segundo Foucault, as antigas sociedades do oriente, em especial os hebreus, introduziram as problemáticas do rei pastor, do pastor de homens e, no caso hebraico, do Deus pastor¹⁵. As relações entre Deus e o rei remetem à tarefa em comum de conduzir o rebanho em segurança, sendo este rebanho o mesmo para os dois e formado de pessoas, seres humanos vivos. Está aí o germe de um problema político central no pastorado, que é a relação do “todo com o um”, totalização + individualização. Ou seja, o pastorado procura governar todos, mas de forma individualizada e capilar. Essa técnica de poder tem as seguintes características principais: o pastor exerce seu poder não sobre um território ou Estado delimitado, mas sobre um rebanho. O que está em jogo aqui é justamente a *relação* entre essas duas partes. O objetivo do pastor é salvar o rebanho. Essa salvação, entretanto, é individual, de modo que são estabelecidas metas tanto coletivas quanto individuais. Tal objetivo requer um exercício de poder constante e individualizado. A vigília cuidadosa do pastor deve ser capaz de abarcar o conjunto sem perder ninguém de vista, conseguindo distinguir as necessidades de todos e de cada um em particular, envolvendo atenção individualizada dentro do conjunto¹⁶.

A individualização, portanto, é uma das principais características desse poder, incorporada em práticas de governo da vida, dos corpos e das condutas. O cristianismo, continuador do judaísmo, aprofundará essa pastoral e esse processo de individualização ao longo da Idade Média de modo lento, porém contínuo. O pastor deve conhecer o que se passa no íntimo de suas ovelhas, daí o motivo para que o poder pastoral tenha dado

¹⁴ PRADO FILHO, Kleber. A política das identidades. CANDIOTTO, Cesar; SOUZA, Pedro de. *Foucault e o cristianismo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.p.112.

¹⁵ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.pp.166-167.

¹⁶ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.pp.224-229.

origem, primeiramente nos mosteiros, à prática da confissão, do exame e direção de consciências. A partir da modernidade a Igreja Católica, influenciada pelo espírito do Concílio de Trento, passa a exercer um poder pastoral que concedia um lugar de destaque para a sexualidade. A concupiscência, os pecados da carne, a possessão demoníaca, a vida tortuosa e desregrada eram temas de estudos pastorais. O confessionário, a partir de então, assume caráter diverso. Primeiramente, a forma de confessar os atos de pecado se modifica. Em particular, as violações sexuais não eram mais para serem descritas em tantos detalhes; falar de sexo só com muita discrição. Por outro lado, se a discrição da sexualidade fora instituída, seu alcance foi ampliado. Falava-se menos, mas confessava-se mais. Não somente os atos, *agora os pensamentos e desejos também eram para ser confessados*. As violações sexuais eram rastreadas dos atos às origens¹⁷.

Ocorre, portanto, uma mudança significativa. Se antes eram os atos pecaminosos que deveriam ser contados, agora os pensamentos e, particularmente, os desejos recebem atenção. Busca-se conhecer o caráter íntimo, a fonte *ontológica* do pecado. Os atos, afinal, eram simplesmente expressões do caráter. O que se contava era o que se tinha na profundidade de seu ser. E o confessionário tridentino busca extrair as confissões do desejo pecaminoso. Da gradual revisão do confessionário católico à crítica da religião de Freud, há uma linha contínua, uma linha envolvendo o desejo sexual como chave para desvendar o mistério da natureza de alguém. Antes, só havia atos para serem contados. Então algo acontece e há desejos para serem confessados, desejos que não só revelam o que se fez, *mas o que se é*. Em outras palavras “pretendendo explicar um ato”, essas novas técnicas de poder pastoral “não passam de maneiras de qualificar um

¹⁷ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*: vol.1 – A vontade de saber. 17ªed. São Paulo: Graal, 2006.pp.72-80.

indivíduo”¹⁸e, portanto de enquadrá-lo e sujeitá-lo. As práticas cristãs visam menos ao autogoverno do que à proteção contra uma suposta violência do prazer, de forma que os modos de subjetivação são codificados, ou seja, são prioritariamente prescritivos e não performativos, restando pouco espaço para a elaboração do autogoverno¹⁹.

A partir do século XVIII Foucault entende que essas técnicas de governo pastorais começam a se organizar em torno de uma racionalidade estatal. A economia e a estatística surgem nesse momento como saberes auxiliares ao Estado, buscando produzir um conhecimento sobre as populações que melhor possibilite governá-las, maximizar suas forças, otimizar sua produção, potencializar sua vida e, ao mesmo tempo, minimizar os riscos, extirpar condutas “indesejáveis”²⁰. A ascensão do mundo moderno significa a tentativa de centralização, pelo aparelho do Estado, das técnicas de governo pastorais. Nas sociedades contemporâneas o jogo “totalização + individualização” passa a ser uma estratégia de Estado, numa conjunção entre a técnica pastoral individualizante com a macropolítica totalizante do Estado. No século XIX o filósofo aponta que as práticas da psicologia e da psiquiatria se assemelham às do poder pastoral, mas agora ressignificadas pelos deslocamentos de sentido que sofrem no interior de novos saberes como a medicina legal e o direito e em novos espaços disciplinares como o manicômio, a prisão, o hospital, a escola. Esses espaços teriam nos mosteiros, onde se desenvolveram as técnicas e saberes que deram forma ao poder pastoral, seu modelo de funcionamento²¹. Não é nenhuma surpresa, portanto, que no interior de campanhas de prevenção financiadas pelos Estados modernos, essa modalidade de poder ainda esteja em pleno funcionamento.

¹⁸ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

¹⁹ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*: vol.2 – o uso dos prazeres. 11ª ed. São Paulo: Graal, 2006.p.125.

²⁰ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.pp.365-371.

²¹ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.p.211.

Sendo assim a confissão, principalmente no que diz respeito ao sexo, se constitui como

(...)um ritual que se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem a presença ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar, (...) um ritual onde a enunciação em si, independentemente de suas conseqüências externas, produz em quem a articula modificações intrínsecas: inocenta-o, resgata-o, purifica-o, livra-o de suas faltas, libera-o, promete-lhe a salvação.²²

Ela aparece como forma de controlar algo que é do privado e se constitui como produtora de saúde. A aids, neste caso, catalisou a necessidade de que se falasse sobre diversas questões relacionadas ao sexo, como forma de produzir normatizações e controle. A associação entre o sexo e a doença, produz a justificativa perfeita para que a medicina, políticas de Estado e campanhas de prevenção adotem técnicas de confissão.

A biopolítica, portanto, atua como forma de metodizar estratégias que preservem o controle social, incidindo nos corpos tanto na sua dimensão individual, como em função de sua característica de espécie coletiva. É a partir desse ângulo que as políticas sociais atribuem-se o ofício de estabelecer diferentes estratégias que irão gerar esse controle. O campo da moderna saúde pública deve sua existência à medicina moderna do final do séc. XVIII que, sob o manto da cientificidade, fundamentou a crescente medicalização do espaço social, ancorada na polícia médica e na medicina social. Seu principal artifício foi combater as epidemias e endemias, esquadrinhando e controlando o espaço urbano com dispositivos sanitários, produzindo no caminho saberes vinculados à ideia de salubridade e higiene pública²³.

Com a formação da sociedade industrial, e o conseqüente investimento nas condições coletivas de saúde, chegou-se ao entendimento de que a saúde individual

²² FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*: vol.1 – A vontade de saber. 17ªed. São Paulo: Graal, 2006.pp.70-71.

²³ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*: vol.1 – A vontade de saber. 17ªed. São Paulo: Graal, 2006.

dependia do controle sanitário do espaço social. Nesse sentido, as epidemias emergiram como campo privilegiado de medicalização deste espaço, via normatização e naturalização das práticas sanitárias, elaboradas pelo discurso da medicina²⁴.

Tal contexto se deu num momento simultâneo às grandes descobertas e avanços da biologia. Em decorrência, o conhecimento produzido no campo da saúde pública tornou-se cada vez mais universalizante, excluindo progressivamente o aspecto político. Conforme Birman: “Enfim, a saúde pública encontrou definitivamente seu solo fundador na biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a *especificidade social* das comunidades sobre as quais incide”²⁵.

Portanto, a emergência deste campo denominado de saúde pública, produziu o ambiente possível para que se efetivassem determinadas estratégias de controle da sociedade. Essas estratégias, entendidas como meios de efetivar determinadas ações, passam a regular a vida da população, por meio do exercício de biopoder. Porém, estas políticas são heterogêneas e são constituídas por diversos enunciados, que agilizam distintas tecnologias e métodos para alcançar determinados resultados esperados. Na área da prevenção à aids, por exemplo, são elaborados diversos materiais, como propagandas de TV, rádio e revistas, cartazes, oficinas de sensibilização, que têm por objetivo induzir a população a (re)pensar sobre a epidemia e produzir mudanças de atitude em relação ao problema – como o estímulo à adoção do sexo seguro ou o uso de seringas descartáveis, por exemplo. Entretanto, tais materiais podem encorajar também, sob a justificativa da saúde pública e do bem estar da população, outras práticas como a misoginia ou a homofobia, por exemplo. Nesse sentido as políticas de saúde, e nesse caso falamos especificamente das de prevenção à aids, se configuram como uma **forma**

²⁴ BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, vol. 1, no. 1, 1991. p. 7-11.

²⁵ Idem.p.9. Destaque nosso.

de governo, uma forma de conduzir condutas. Segundo Foucault, o termo governo, tal qual utilizado no século XVI “não se referia apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados; mas designava a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes”²⁶. Dessa forma, as políticas de saúde tendem a normatizar a conduta dos sujeitos, procurando **prescrever** como toda uma população deve comportar-se. No caso do nosso estudo, ou seja, a aids em Angola, a ideia da normatização se constitui com o objetivo final de defender a monogamia estrita e a abstinência sexual. Para além desses objetivos mais específicos, poderiam também ser estimuladas pelas diretrizes das ações de prevenção à aids em Angola, discussões que evidenciassem aspectos mais amplos, como a pobreza e as relações desiguais de gênero, temas que, infelizmente, não aparecem com frequência nas campanhas pesquisadas nesse estudo.

Nesse sentido, e voltando à ideia de saúde pública, é importante destacar o quanto este grande campo de indagações tornou-se heterogêneo, se constituindo enquanto um campo de lutas, em que estão incluídas, por exemplo, diferentes formas de pensar a saúde e as estratégias de ação. O campo da saúde coletiva, segundo Birman, se constituiu por uma crítica ao saber médico que tende justamente a desnaturalizá-lo e desuniversalizá-lo. A noção de saúde produzida nesse campo a partir dessa perspectiva leva em conta aspectos simbólicos, culturais, estéticos e religiosos, demonstrando que as questões de saúde não envolvem apenas o registro biológico. Sob esta ótica, retira-se o Estado como “instância única na gestão do poder e dos valores, e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições”²⁷.

²⁶ FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder In: DREYFUS, H., RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.p.244.

²⁷ BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, vol. 1, nº. 1, 1991. p.10.

Deste modo, no campo da saúde pública são produzidos embates, em que diferentes sentidos lutam por visibilidade e legitimidade. Ao analisarmos as perspectivas de prevenção à aids em Angola, desde o início da epidemia nos anos 80, visualizamos diferentes formas de trabalhar com o tema, que conduzem ora ao reforço umas das outras, ora à contradição.

As discontinuidades também aparecem se tomarmos as diferentes diretrizes para intervenção, subsidiadas ou produzidas pelo Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, o INLS, órgão federal que é responsável pela prevenção à aids em Angola. Enquanto diversos materiais distribuídos pelo INLS para as ONGs registram a necessidade de uma contextualização da vida das pessoas que serão ‘alvo’ da prevenção à aids, pressionando para que se pense em estratégias específicas para cada contexto de ação, em outros casos, como no programa governamental de prevenção ao HIV, o Stop Sida, a aids aparece relacionada à condutas sexuais e valores morais considerados universalmente incorretos, desconsiderando temas sociais como pobreza e relações desiguais de gênero. Diversas pesquisas publicadas pelo Instituto, por sua vez, lançam mão de instrumentos epidemiológicos, descrevendo todo um conjunto de populações que seriam mais vulneráveis, definidas por classificações, tais quais, caminhoneiros, mulheres em situação de prostituição, população carcerária e homens que fazem sexo com homens.

Nesse deslocamento, “o alvo de cuidados psiquiátricos passou a ser o indivíduo normal e não o doente. O que interessava era a prevenção e não a cura”²⁸. Este método de prevenção baseava-se nos princípios de eugenia,

termo inventado pelo fisiologista Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente²⁹.

²⁸COSTA, Jurandir F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.p.28.

²⁹Idem.p.30.

Foi a partir dessa ideia de preservação da raça, que se buscou banir os chamados “anormais” da possibilidade de reprodução, de forma a “prescrever e esterilizar alienados delinquentes, degenerados alcoólicos inveterados, quer como penalidade, quer como prophylactico”³⁰. O conceito de eugenia, uma vez forjado no campo científico, definia esses grupos como doentes, e o seu desaparecimento como o tratamento necessário.

O trabalho em prevenção ao HIV/aids, embora seja mais recente (delimita-se o início da pandemia entre o fim dos anos 1970 e o início dos anos 1980) caracterizou-se, no ocidente, inicialmente por uma lógica que remontava explicitamente a essas campanhas sanitárias do início do século. As políticas de prevenção à aids, naquele momento, se sustentavam basicamente no discurso sanitário e preventivista da saúde pública, alicerçado em diversas formas de prevenção. Lancetti caracteriza esses discursos: “às vezes purificando o espaço urbano, outras salvando almas, outras normatizando práticas familiares, corporais e de trabalho”, que, por vezes, englobam todas elas³¹.

Atualmente, muitas intervenções baseiam-se na produção de reflexões e sensibilização acerca da temática da aids. As diretrizes pautam-se em uma visão de que as ações de prevenção podem criar outras normas, e, quem sabe, instaurar outros modos de viver. Isso porque pensar a questão da aids implica em questionar uma série de valores e estigmas, como a lógica do certo e errado nas condutas sexuais, ou das relações de submissão entre homens e mulheres.

A aids torna-se, em suma, dispositivo na medida em que reúne questões como sexualidade, saúde, normalidade, direitos básicos. É neste sentido que a discussão sobre aids se mostra como um campo de práticas e tensionamentos, e não como sinônimo à

³⁰Idem.p.80.

³¹ LANCETTI, A. *Saúde e loucura I*. São Paulo: Hucitec, 1989.p.80.

simplificada “noção” de saúde, entendida como um estado ou como um bem, o qual se possui ou não. Sendo assim, esse campo produz sujeitos marcados pela sexualidade, saúde, normalidade, direitos básicos.

Pensando o HIV/aids

Nesta seção pretendo apresentar algumas questões referentes ao problema do HIV/aids. Primeiramente, pretendemos explicar sucintamente o que é a doença, como ela age e o que faz com o doente. Depois, vamos apresentar o contexto histórico do surgimento da aids, dando ênfase ao continente africano. Nesse último tópico, abordaremos as principais questões morais, éticas, religiosas e políticas que envolvem a problemática do HIV na África. Esse capítulo pretende servir de introdução para temas que serão desenvolvidos posteriormente. Trata-se de uma introdução mais geral ao problema na África sulsaariana, contexto que nos fará compreender melhor o específico caso angolano, nosso objeto de interesse.

Néstor Perlongher publicou em 1987 um curto, conciso, porém incisivo livro sobre a aids. Apesar de *O que é a AIDS?* ter sido lançado há 30 anos, a obra se mantém bastante atual. Escrevendo na época do epicentro do pânico propiciado pela pandemia, Perlongher afirma que

o pânico propiciado pelo vírus não é tão inédito quanto se anuncia; pesadelos análogos foram, ao longo da História, provocados por sucessivas pestes. Tampouco a discriminação é novidade. “Nas pestes medievais, os judeus eram perseguidos, acusados de infestar propositadamente as águas ou por se considerar sua mera existência um atentado à Divina Vontade que, uma vez ofendida, vingava-se com a epidemia”.³²

Tal qual os judeus no passado, os homossexuais foram o primeiro grupo a sofrer com o estigma da aids. A primeira denominação extraoficial da doença foi GRID (Gay Related Immune Deficiency, Deficiência Imunológica Gay, em tradução livre). Só com o

³² PERLONGHER, Néstor. *O que é a Aids*. Ed. Brasiliense. São Paulo: 1987.p.10.

tempo, com a aparição do vírus em outras faixas da população é que as pesquisas foram reorientadas e a doença recebeu seu nome definitivo, aids, sigla de Acquired Immunological Deficiency Syndrome, que em português significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Essa denominação se explica pelas características da aids. Ela é denominada síndrome, pois caracteriza-se pela aparição de várias doenças sucessivas e simultâneas que ocultam a verdadeira doença. O termo “imunodeficiência” significa deficiência do sistema imunológico. A imunidade é a capacidade do organismo de identificar e combater agentes patológicos que o atacam. A aids faz com que esse sistema pare de funcionar e o organismo seja exposto a uma série de agentes infecciosos que seriam inofensivos caso a imunidade estivesse funcionando. Por fim, fala-se em deficiência “adquirida” porque existem formas de deficiência imunológica hereditárias, enquanto no caso em que falamos, a carência imunológica tem origem numa infecção causada por um vírus.³³

Uma vez que a medicina conseguiu identificar que a doença se caracterizava pelo desabamento do sistema imunológico do organismo, passou-se para a fase de tentar descobrir qual era o agente causador da moléstia. França e Estados Unidos foram os países que despontaram como os protagonistas nas pesquisas sobre a doença nesse período. Nos EUA, num primeiro momento, discutia-se se o agente causador era único (teoria unifatorial) ou se era, na verdade, uma confluência de fatores sanitários e sociais (teoria multifatorial). A teoria unifatorial acabaria se impondo quando descobriu-se que a aids era causada por um vírus. Entretanto, é importante frisar os argumentos para a tese multifatorial, pois apesar da descoberta do agente causador, a ideia de que o ambiente frequentado pelos doentes faz parte da causa da doença sobreviveu às descobertas científicas. A tese multifatorial afirmava que os pacientes adoeciam porque

³³ Idem.pp.13-14.

estavam expostos “a um ‘ambiente biológico’ extremamente nocivo, caracterizado por quadros de doenças venéreas e outras infecções simultâneas”.³⁴

Os cientistas já cogitavam que vírus poderiam causar algumas formas de câncer. O médico estadunidense Robert Gallo conseguiu isolar o vírus causador de uma forma de leucemia até então rara. Gallo batizou o vírus de HTLV-1 (Human T Cell Leukemia Virus, Vírus da Leucemia Humana que ataca as células T) e acreditou que a aids fosse causada por uma variante desse vírus.

Entretanto, foram os franceses a vencer a corrida pela descoberta do vírus. A equipe do Instituto Pasteur, chefiada por Luc Montagnier descobriu e isolou o vírus que conhecemos hoje como o agente causador da aids. Fazendo a biópsia de um gânglio de um paciente (que acabaria não desenvolvendo a doença) em 1983, um vírus ainda desconhecido foi encontrado e batizado de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus, Vírus associado a afecções do sistema linfático, do qual os gânglios fazem parte).³⁵

A equipe de Gallo prosseguiu as pesquisas e isolou artificialmente o vírus em laboratório em 1984, denominando-o HTLV III (Human T Lymphotropic Virus III). Posteriormente resolveram a dissidência nominal com a proposta de um novo nome: HIV (Human Immunodeficiency Virus)³⁶, pelo qual ele ficou conhecido nos países de língua inglesa e também no Brasil. Nos países de língua espanhola, francesa e portuguesa (com exceção do Brasil), tanto os nomes do vírus quanto da doença foram traduzidos, sendo conhecidos respectivamente como VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

As pesquisas avançaram e foi descoberto o processo de infecção do vírus no organismo humano. O HIV é um vírus que ataca e se reproduz através do sistema imunológico do organismo. Esse sistema constitui-se por duas grandes linhas de defesa.

³⁴ Idem.p.15.

³⁵Idem.p.16.

³⁶ Idem.

A primeira delas é a exterior (peles e mucosas que cobrem, por exemplo, as vias respiratórias). Se essas barreiras são ultrapassadas e um invasor atingir a corrente sanguínea, a defesa interior é acionada. Células de imunidade especializada recebem a missão de identificar e neutralizar os invasores. Dentre as células do sistema imunológico, encontramos os glóbulos brancos ou leucócitos. Estes, por sua vez, se subdividem em vários tipos com funções específicas e diferenciadas, tais como os linfócitos, os neutrófilos polimorfonucleares, os eosinófilos, os basófilos e os monócitos. Os linfócitos, por sua vez, podem ser classificados como linfócitos T e linfócitos B.

Os linfócitos T são justamente as células que sofrem o ataque do vírus da aids. Essas células são divididas em dois tipos: T4 auxiliares (mais conhecidos como CD4) e T8 (ou CD8). As primeiras são o elemento vigilante que alerta o sistema imunológico sobre a presença do invasor e a necessidade de combatê-lo. As segundas são as responsáveis por destruir as células infectadas. Quando o organismo recebe a presença de um visitante indesejado, os linfócitos B recebem instrução das células CD4 ou T4 auxiliares para a produção de anticorpos que vão agir contra aquele microorganismo. Uma vez vencida a ameaça, são também as T4 auxiliares que informam aos linfócitos T8 que o contra-ataque deve ser encerrado³⁷.

A agressividade e a alta taxa de mortalidade da aids se dão precisamente porque o HIV ataca as próprias células responsáveis por coordenar a defesa do organismo. O vírus se reproduz massivamente dentro da célula T4 auxiliar, fazendo dela uma verdadeira usina do vírus, até destruí-la. Uma vez eliminada a célula, os vírus reproduzidos vão se instalando em outras células CD4. Como há milhões delas, demora um tempo até o sistema imunológico ser perturbado, mas uma vez desencadeado o

³⁷ Idem. p.18.

processo, ele será colocado fora de combate. Chegará o momento em que não haverá mais células para combater infecções que o organismo possa contrair.³⁸

De duas a seis semanas após a entrada do vírus no organismo, em algumas pessoas é possível observar manifestações clínicas, como febres, inflamação ganglionar, fadiga sem motivo, perda de peso, diarreia, tosses. Na década de 80, sobretudo, o sintoma mais reconhecido e que ficou marcado no imaginário popular, eram as erupções vermelhas na pele.

Nos três meses seguintes, o organismo fabricará os anticorpos que assinalam o contato com o corpo estranho. No início da pandemia, a partir desse momento, havia três possibilidades de desenvolvimento da infecção: a síndrome de linfadenopatia crônica (LGP, Linfadenopatia generalizada permanente), a Aids Related Complex (ARC em inglês, ou síndrome associada à sida) e, por último, a própria aids.

A medicina chamava de LGP as enfermidades dos órgãos linfáticos. Caracterizava-se por uma peculiar inflamação dos gânglios linfáticos em diferentes partes do corpo, especialmente pescoço e axilas. Podem durar meses ou anos e nem seu tamanho ou duração se relacionam com o estágio em que se encontra a infecção ou a possibilidade de desenvolver a aids.³⁹

A ARC caracterizava-se pelo surgimento de moléstias menores que atingiam o rosto, as unhas e a boca. Geralmente eram causadas por infecções de fungos e recebiam o nome popular de “sapinho”. É comum que fossem acompanhadas por febre prolongada, perda de peso, ultrapassando 10% da massa corporal e suores noturnos abundantes. Em alguns indivíduos, podem surgir pequenas manchas hemorrágicas nas pernas, resultantes de excesso de defesa do organismo, que aumenta desarranjadamente a produção de anticorpos, os quais se voltam contra as plaquetas sanguíneas.

³⁸ Idem. p.19.

³⁹ Idem. p.22.

Com o avanço no tratamento ao HIV/Aids, os dois quadros clínicos anteriores deixaram de ser utilizados na medicina a partir do começo dos anos 2000. Hoje em dia, o paciente descobre a doença e pode começar a tomar antirretrovirais ou monitorar o vírus do HIV através de exames de contagem das células CD4.

Mas para quem desenvolve a aids propriamente dita, como há uma queda vertiginosa das defesas orgânicas, agentes que geralmente são inofensivos, se aproveitam para invadir o organismo. Essas são chamadas de infecções oportunistas, assim denominadas por só poderem se desenvolver nessas condições que lhes são favoráveis. A princípio, as infecções oportunistas podem se expressar apenas como males menores, tais quais sinusites e furúnculos, etc. Mas quando a aids avança, elas se multiplicam. Elas podem afetar o pulmão, o tubo digestivo, o sistema nervoso e a pele. Uma afecção comum é a pneumonia causada pelo parasita *Pneumocystis carinii*, bem como o câncer de pele conhecido como sarcoma de Kaposi.

O sarcoma de Kaposi foi, talvez, a mais conhecida manifestação da aids nos seus primórdios. Ele se manifesta através de manchas, roxas, avermelhadas ou marrons que se espalham pelo corpo, principalmente no rosto e nas pernas. Ela foi detectada primeiro nos guetos judeus da Europa central e atribuída à promiscuidade. Ali, o médico vienense Moritz Kaposi reconheceu a doença que levaria seu nome. Até a eclosão da aids nos anos 80, o sarcoma de Kaposi era raro, de baixa letalidade e não recebia muita atenção da comunidade médica. Segundo Perlongher:

O legado minoritário que essa doença carregava, seria facilmente transmitido aos homossexuais. Assim, a AIDS foi inicialmente considerada a ‘Kaposi dos gays’ e, infelizmente, apelidada de ‘câncer gay’ até pelos próprios jornais homossexuais da Califórnia. No entanto, o Kaposi associado à AIDS tem uma forma muito mais violenta: uma erupção generalizada que se arrasta durante longos meses, atacando o rosto e os órgãos internos.⁴⁰

⁴⁰ Idem. p.25.

A transmissão do HIV se dá, basicamente, pelo sangue, esperma e secreções vaginais. Portanto, o ato sexual, o parto e o uso compartilhado de seringas são as causas mais comuns de contágio. O sexo anal representaria mais risco de contágio, uma vez que as paredes do reto são mais suscetíveis a se ferirem durante o coito sexual do que a vagina. A mucosa que recobre a cavidade vaginal seria menos frágil do que a do reto, o que diminuiria as chances de surgirem pequenas e microscópicas lesões durante o coito por onde o vírus seria capaz de atingir a corrente sanguínea.

O mito da origem

Os vários mitos sobre a origem do vírus HIV e da aids interessam a qualquer pesquisa que tenha como objeto de estudo um país africano. Desde seus primórdios, a pandemia foi associada aos negros e ou ao continente africano. É verdade que a epidemia se alastrou a partir do estado norte-americano da Califórnia, mas esse espaço foi apenas o local a partir do qual a doença ficou conhecida pelo mundo. Entre outubro de 1980 e maio de 1981 o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos registrou um aumento incomum na incidência do Sarcoma de Kaposi e de pneumonias provocadas pelo protozoário *Pneumocystis Carinii* na população homossexual masculina nos estados de Nova Iorque e Califórnia. Estranhamente, casos similares seriam observados quase simultaneamente na comunidade de imigrantes haitianos, majoritariamente negra. A dúvida que pairava sobre o estranho fenômeno era: o que poderia haver de comum entre os sofisticados guetos gays de classe média nova iorquinos e californianos, por um lado; e, por outro, as paupérrimas comunidades de imigrantes haitianos nos Estados Unidos? Pelo fato desses dois conjuntos populacionais sofrerem discriminação, buscar a origem da doença e da pandemia, significou também,

explicar porque esses grupos seriam os causadores e responsáveis pelo fenômeno da aids.

A historiografia sobre a Aids tem apontado que, desde o início, uma associação entre a doença, a homossexualidade e a negritude foi fortemente estabelecida. Para responder o porquê de haitianos e gays estarem sendo mais afetados pela doença, alguns médicos recorriam à já citada tese “multifatorial”, ou seja, a proposição de que o agente causador da moléstia seria o ambiente “nocivo” em que viviam os gays e os imigrantes haitianos. Tal ambiente teria sido estabelecido nos guetos onde essas populações viviam. Os comportamentos supostamente autodestrutivos destes grupos seriam os responsáveis pelo aparecimento de doenças como o Kaposi e a pneumonia. Apesar de a tese multifatorial ter sido descartada com a descoberta do vírus do HIV em 1984 pelos médicos franceses, a associação entre HIV e “comportamento nocivo” nunca foi completamente desfeita. Uma vez que foi provado qual era o agente causador da doença, passou-se a tentar descobrir a origem da pandemia, ou seja, como o vírus chegou até à Califórnia e iniciou sua expansão global. Poucos acreditavam que o vírus tivesse surgido em solo norte-americano, portanto, a questão que logo começou a ser feita era: como gays e haitianos teriam trazido a doença para os EUA? Nessa pergunta estava embutida a pretensa superioridade do homem branco, ocidental e heterossexual sobre os negros, africanos e homossexuais, acusados de espalharem a doença.

Hoje em dia quase toda a comunidade científica concorda que o HIV surgiu no continente africano no começo do século passado. O infectologista Ricardo Sobhie Diaz afirma que

estudos das sequencias genéticas de quantidade grande de vírus determina que o HIV surgiu na África em meados da década de 1930. Esses estudos avaliaram as sequencias de DNA do HIV através de uma análise filogenética, sendo possível datar o aparecimento do ancestral comum dos vírus incluídos na análise. O HIV é dividido em dois tipos, o HIV-1 e HIV-2. O HIV-1

teve origem em um vírus que causa AIDS em chimpanzés, o vírus da imunodeficiência símia, denominado SIVcpz. O HIV-2 teve, por sua vez, origem no SIV que infecta outro tipo de macaco, o mangabeu fuligento (sooty mangabey) a partir do vírus denominado SIVsm.⁴¹

O vírus do tipo 1 surgiu entre seres humanos em Uganda, país situado em região onde existe alta prevalência de chimpanzés infectados pelo SIVcpz. Já o vírus do tipo 2 foi transmitido ao homo sapiens na África Ocidental, onde há preponderância de HIV-2 em seres humanos e grande quantidade de mangabeus fuligentos infectados pelo SIVsm. A transmissão do vírus dos macacos para os seres humanos se deu porque nessas regiões, as populações se alimentam da carne de símios, possibilitando a inoculação de vírus através da pele. Diferente do que se pensa, a migração do vírus do animal para o ser humano não se deu pelo consumo da carne. O mais provável é que o sangue desses animais tenha entrado em contato com o sangue humano no momento do preparo do animal para o cozimento. Caso a pessoa que esteja preparando o símio para o consumo estiver com alguma ferida nas mãos ou braços, o sangue contaminado do macaco pode carregar o vírus para dentro do novo hospedeiro.

Atualmente a ciência é capaz de descobrir com relativa precisão em que ponto da história um determinado vírus passou a circular entre uma determinada população humana ou animal. Os estudos da pesquisadora Bete Korber, de Los Alamos, nos EUA, estabeleceu que o surgimento do HIV se deu na África na década de 1930. O vírus teria saído do continente de maneira epidêmica através do Haiti. As análises desta pesquisa confirmam que

as sequências mais ancestrais estavam em haitianos e que a entrada do vírus nas Américas, ou seja, no Haiti, ocorreu em 1958. O Haiti mantinha nessa ocasião, relações comerciais e culturais com países africanos, o que possibilitou a entrada do HIV naquele país.⁴²

⁴¹DIAZ, Ricardo Sobhie. **A história de uma doença. os primeiros 30 anos da epidemia pelo HIV e a ciência por detrás da história.** São Paulo: Permanyer Brasil, 2012.p.30.

⁴² Idem. p.40.

O mesmo estudo aponta que a partir do país centro-americano o vírus atingiu o estado norte-americano da Califórnia e depois Nova Iorque. Nas décadas de 70 e 80, os homens que faziam sexo com homens dos Estados Unidos visitavam frequentemente o Haiti para fazerem turismo sexual. Revistas voltadas para o público homossexual masculino, como a *Spartacus International Gay Guide* incentivavam seus leitores a visitarem o Haiti em busca dos homens locais, considerados acessíveis e sexualmente talentosos. A partir dos Estados Unidos, o HIV iria se espalhar pelo mundo todo.

Os haitianos, em sua maioria negros ou mestiços de negros com ameríndios, seriam erroneamente taxados como um grupo de risco. Depois da descoberta de que mães poderiam infectar os filhos na hora do parto, chegou a ser descrita uma suposta síndrome que detalhava o aspecto de crianças nascidas com HIV, como se o vírus provocasse o surgimento de marcas específicas no aspecto físico dos recém-nascidos soropositivos. Percebeu-se com o tempo que, na verdade, as características físicas descritas coincidiam com a aparência de uma criança haitiana comum, ou seja, mestiça de negros com ameríndios⁴³. Felizmente logo se soube que o vírus não causava nenhuma mudança no aspecto físico dos infectados. Mas a lenda, mesmo desmentida, foi o suficiente para reiterar a relação entre a doença e o racismo e etnocentrismo contra os negros e africanos.

O fato das pesquisas apontarem que a aids teria surgido na África corroborou com os estereótipos negativos do continente no imaginário da população branca dos países ocidentais. Visto desde tempos coloniais como um lugar de barbárie e selvageria, a África e a população negra foram rapidamente responsabilizadas pelo surgimento do vírus. Tal discurso etnocêntrico não tardou a causar reações. Alguns nacionalistas africanos se engajaram numa campanha para tentar desacreditar a teoria da gênese

⁴³ Idem. p.41.

africana, acusando agentes coloniais de terem criado a doença deliberadamente em laboratório, enquanto outras pessoas afirmavam que o vírus era uma farsa, não passando de um boato criado pelo governo norte-americano para justificar o racismo. Na década de 80 e começo dos anos 90, ainda circulavam muitas teorias da conspiração a respeito do HIV, o que fez com que o discurso desses nacionalistas africanos tivesse alguma ressonância. Na mesma época, por exemplo, um renomado cientista chamado Peter Duesberg publicou uma série de artigos em que levantava dúvidas sobre a aids, afirmando que o HIV não causava nenhuma doença ao ser humano e que as mortes eram motivadas por uma série de moléstias diferentes⁴⁴.

Pelo fato de ser um médico com reputação ainda renomada à época, as opiniões de Duesberg foram combustível para certos nacionalistas africanos, que afirmavam que a aids na África não passava de uma quimera inventada por médicos ocidentais, ONGs estrangeiras e fabricantes de remédios que estariam usando de um truque para ganharem dinheiro⁴⁵. Tal situação criou o terreno propício para o surgimento de vários charlatões e suas teorias mirabolantes. Uma das mais famosas foi a jornalista Joan Shenton, que viajou para a África para supostamente investigar a origem da doença e retornou aos Estados Unidos alegando que tinha convicção de que a aids simplesmente não existia e que os diagnósticos que identificavam a doença eram enganosos. Segundo ela, um exame mais cuidadoso provaria que os pacientes africanos identificados como soropositivos eram, na verdade, pessoas morrendo de fome⁴⁶.

Entre os nacionalistas africanos, a reação contra a onda de racismo provocada pela hipótese da gênese africana do HIV gerou teorias ainda mais fantásticas. De acordo com certa suposição, a aids não só teria sido originada no Ocidente, como fora criada intencionalmente pelo governo e cientistas norte-americanos para exterminar a

⁴⁴ ENGEL, Jonathan. **The epidemic: A global history of aids**. HarperCollins e-books, 2007.p.205.

⁴⁵ Idem. p.207.

⁴⁶ Idem.p.207.

população negra tanto nos EUA quanto na África. Teorias conspiracionistas postulavam que a aids teria sido trazida pelos astronautas estadunidenses da lua, ou que foi criada em laboratórios de engenharia genética, ou ainda que foi um experimento militar que ficou fora de controle⁴⁷. Em todas essas e outras teorias estava sempre implícita a ideia de que a hipótese da gênese africana da aids tinha uma secreta motivação preconceituosa ou mesmo colonialista.

Nos EUA, epicentro da epidemia nos anos 80, isso gerou uma série de embates raciais entre, de um lado, a política *mainstream* do governo Reagan e, de outro, norte-americanos afrodescendentes. Um dos mais barulhentos apologistas daquelas teses conspiracionistas foi o médico Robert Strecker. Numa série de artigos e vídeos lançados no final da década de 80, ele acusou o governo norte-americano de criar o vírus com o objetivo de eliminar toda a população negra no que seria o maior genocídio da história. Toda a comunidade médica estadunidense seria cúmplice desse plano de extermínio. O vírus teria sido injetado na população negra dos EUA através de uma falsa vacina contra varíola. A contaminação de homossexuais masculinos teria sido apenas um estratagema adotado pelos responsáveis pelo suposto projeto de extermínio para desviar a atenção do verdadeiro objetivo: a extinção dos negros e africanos⁴⁸.

Ainda nos EUA, o popular apresentador de TV negro Tony Brown, defendeu tese similar ao afirmar que o AZT, assim como a aids, era uma criação perniciosa de médicos brancos e da “indústria da aids e seu 25 bilhões de dólares”⁴⁹. Declarou ainda sobre a morte do amigo, o tenista Arthur Ashe, que tinha certeza de que não fora morto pela aids, mas sim pelo tratamento contra a aids. A doença seria, segundo Brown, uma “construção cientificamente desonesta” e uma tentativa mal disfarçada de marginalizar

⁴⁷ Idem.p.207.

⁴⁸ Idem. p208.

⁴⁹ Idem.p.209.

os negros, já que a hipótese da causa viral não passaria, ainda segundo ele, de teoria⁵⁰. Da mesma forma, a proposição de que o HIV teria surgido na África central seria igualmente uma invenção de cunho racista e imperialista.

De modo geral, essas teorias não foram fortes o suficiente para atrapalharem o progresso das pesquisas sérias sobre o HIV e a aids. Entretanto, os propagandistas exploraram conscientemente a epidemia para fortalecer ressentimentos e hostilidades entre a África e o Ocidente, entre negros e brancos e entre a medicina moderna e a medicina alternativa e/ou tradicional. Isso trará desdobramentos que serão sentidos, principalmente no continente africano, por muitos anos.

A aids e a África sulaariana: importantes mudanças paradigmáticas.

Nenhum lugar do mundo foi tão impactado pela pandemia de HIV quanto a África sulaariana. Apesar de o vírus ter surgido no continente, foi só depois de sua reintrodução a partir da epidemia que eclodiu nos EUA que a doença se converteu no grave problema social que persiste até hoje. Mas para compreendermos porque isso aconteceu, teremos que nos deter um instante no contexto histórico e local da região. Três grandes transformações tiveram lugar no continente africano durante a ascensão da aids: as transições democráticas; mudanças no espectro político-ideológico que afetaram as relações entre a África e o mundo; e as transformações na ajuda internacional.⁵¹

A democratização é importante por vários motivos. O primeiro e mais óbvio é por uma questão cronológica. A transição democrática ocorreu simultaneamente à escalada da prevalência do vírus do HIV na população africana. Em 1980, apenas cinco dos 48 estados da África sulaariana não eram ditaduras. No ano 2000, a maioria fora

⁵⁰ Idem. p.209.

⁵¹ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. **Religion and aids in Africa**. Oxford University Press, 2012. New York.

convertido ou estava em processo de conversão em democracias pluripartidárias⁵². Angola, nosso objeto de pesquisa, passou por esse processo em duas etapas, em 1991 e depois em 2002.

O segundo motivo para que a democratização seja relevante para a compreensão do fenômeno da aids na África se refere aos motivos subjacentes à transição política. A transição democrática se deu a partir de mudanças geopolíticas globais, em particular o colapso da União Soviética e o fim da Guerra Fria.⁵³ Ao mesmo tempo em que esses eventos acabaram com a ajuda estrangeira a regimes ditatoriais do continente, possibilitou também mudanças nos paradigmas de desenvolvimento, o que alterou profundamente as condições relativas à ajuda internacional, em particular uma nova ênfase dada à boa governança e à prestação de contas.⁵⁴ O novo paradigma incentivava uma participação direta, envolvendo as partes interessadas, incluindo as comunidades afetadas.⁵⁵

As mudanças político-ideológicas se referem não só ao fim da Guerra Fria, mas a outro fato: a aids foi a primeira epidemia da era pós-colonial. Dessa forma, a resposta à pandemia foi a primeira a levar em conta elementos essenciais ao pensamento pós-colonial.⁵⁶ As perspectivas africanas, uma vez “subalternas”, deveriam ser ouvidas e levadas em consideração. A ação dos atores sociais africanos deveria ser não só conhecida, como legitimada. Tivesse a aids emergido 40 anos antes, a resposta para ela teria sido completamente diferente.

⁵² Por mais que se possa questionar a qualidade dessas democracias, muitas das vezes muito longe do ideal que se espera de um regime democrático.

⁵³ BATES, Robert H. **When things fell apart: state failure in late-century Africa**. New York: Cambridge University Press, 2008.

⁵⁴ VAN DE WALLE, Nicolas. **African economies and the politics of permanent crisis, 1979-1999**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

⁵⁵ SWIDLER, Susan Cott; WATKINS, Ann. **Hearsay Ethnography: Conversational Journals as a Method for studying Culture in action**. *Poetics* 37:162-84, 2009.

⁵⁶ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. Op.cit.

O terceiro e último acontecimento histórico que tem impacto direto no desenvolvimento da pandemia do HIV na África é a escalada da estrutura internacional de ajuda humanitária que cresceu exponencialmente nos últimos 30 anos. Países desenvolvidos e doadores multilaterais chegam a doar, nos dias de hoje, bilhões de dólares anualmente para programas relacionados à aids. O *desenvolvimentismo* se tornou uma profissão: os primeiros programas de graduação em desenvolvimento internacional foram estabelecidos nos anos 70 e logo alguns anos depois surgiram subáreas e associações profissionais nos campos da economia e da saúde pública. As Ongs passaram cada vez mais a desempenhar um papel protagonista, uma vez que se tornaram especialistas profissionais de ajuda internacional, convertendo-se, aos olhos dos doadores, como alternativas mais confiáveis à remessa de dinheiro direta para os governos dos países receptores, vistos como corruptos.⁵⁷

Na época em que a aids eclodiu na região, a ajuda internacional já estava consolidada no chamado terceiro setor. As Ongs, portanto, surgem como componente central na estrutura administrativa que emergiu no interior dos novos estados africanos democratizados nos anos 90. Elas se tornaram parceiras e partes interessadas para as organizações doadoras.⁵⁸

Os primeiros anos da epidemia africana

Já na década de 80 os números de infecção já tinham atingido cifras alarmantes. Em 1986 o Instituto Panos projetou que até 1 milhão de africanos poderiam morrer de aids ao longo dos próximos dez anos, e que a prevalência do HIV nas áreas urbanas de Uganda, Rwanda, Zambia, Zaire e Tanzania era pelo menos três vezes superior do que a

⁵⁷ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. Op.cit.

⁵⁸ Idem.

de Nova Iorque⁵⁹. Apesar disso, as autoridades locais não deram, inicialmente, muita atenção ao problema. No contexto africano, a aids parecia ser apenas mais uma doença dentre várias outras enfermidades e mazelas sociais. Em 1985 o então ministro da saúde de Ruanda, François-Xavier Hakizimana afirmou em entrevista que preferia se preocupar com a malária, a diarreia, doenças parasitárias e desnutrição.⁶⁰ Já em 1989, a epidemia atingia milhões de pessoas ao redor do mundo e a África central e oriental eram as regiões mais afetadas do planeta. Inicialmente acreditaram que o caso africano era apenas um estágio mais avançado do que ocorreria nas Américas e na Europa, mas o padrão de crescimento da epidemia no continente negro mostrou-se bastante diferente daquele verificado no Ocidente. Os seguimentos populacionais menos atingidos pela epidemia nos países ocidentais eram justamente os mais afetados no caso africano: pessoas instruídas, empregadas, casadas, heterossexuais de classe média e mulheres. Curiosamente, os mais pobres e habitantes das afastadas zonas rurais pareciam ligeiramente mais protegidos do que o restante da população. Tal fato parecia desafiar o estereótipo criado no ocidente de que a aids era uma doença ligada à pobreza, promiscuidade ou homossexualidade.

Várias teorias começaram a aparecer para tentar explicar a diferença do padrão de infecção e a alta taxa de prevalência africana em comparação com o restante do mundo. A primeira delas e, talvez, uma das que mais perdurou, era a de que a circuncisão feminina, muito praticada em alguns países africanos, deixaria a vagina mais vulnerável ao contágio na hora do ato sexual, devido ao fato de que o procedimento faria com que o órgão sexual feminino pudesse sangrar durante a penetração. Além disso, muitas das vezes tais cirurgias seriam realizadas sem qualquer cuidado com esterelização ou higiene, o que aumentaria as chances de infecção durante

⁵⁹ ENGEL, Jonathan. *Op.cit.* pp.211-212.

⁶⁰ Idem. p.212.

os procedimentos cirúrgicos. Essa teoria foi criticada por uma questão geográfica. A maioria dos países africanos onde a circuncisão em mulheres era realizada ficava na África oriental (Sudão, Somália, Etiópia, Tanzânia e sul do Quênia), enquanto as maiores taxas de prevalência da aids estavam nas regiões central e centro-sul da África e no norte do Quênia.

Chegou-se a especular também que haveria uma alta quantidade de homossexuais vivendo secretamente na África e que eles seriam os responsáveis por disseminarem o vírus. Essa tese também foi rapidamente descartada devido ao fato de que nada indicava que a porcentagem de homossexuais na África fosse maior do que no restante do mundo. Além do fato de que a homofobia no continente atingia níveis alarmantes para que houvesse tamanha população homossexual expressando sua sexualidade tão livremente como ocorria na Califórnia ou Nova Iorque.

Outra explicação apontada para o crescimento vertiginoso do HIV na África e que tinha uma sustentação mais plausível, era o baixo uso de preservativos. Os homens heterossexuais africanos aparentavam apresentar ainda mais resistência ao uso de camisinhas nas relações sexuais do que os ocidentais. A utilização do preservativo às vezes era associada à falta de masculinidade e à homossexualidade. Soma-se a isso o fato do alto custo do preservativo nos anos 80 e 90 em regiões da África onde se vivia com até 2 dólares por dia.⁶¹

Para as mulheres a situação era ainda mais delicada. Normas de gênero impõem a elas que se submetam aos desejos dos homens. Numa relação conjugal, a esposa não está sempre em condições de exigir o uso do preservativo. A simples menção ao fato pode ser interpretada pelo marido como um atestado de infidelidade da companheira. Esse padrão se repete também em relações sexuais heterossexuais não conjugais.

⁶¹ Idem.p.215.

Apesar da falta de uso do preservativo ser um fator importante a ser considerado, ele por si só ainda não explica a altíssima taxa de prevalência do HIV na África Sulsaariana. Nos dez primeiros anos da pandemia, o nível de uso de preservativos no Ocidente, apesar de mais alto que na África, não era tão superior a ponto de criar tamanha disparidade nos níveis de prevalência do HIV. Apesar de a prostituição estar contribuindo eficazmente para o avanço da aids entre os africanos, dificilmente alguém poderia supor que o uso de preservativos nesse tipo de relação iria impedir o progresso do vírus, uma vez que ele parecia afetar vários setores das sociedades africanas e não só os clientes de prostitutas. O caso africano diferia tão radicalmente do padrão encontrado no Ocidente que indicava que ele funcionava dentro de um mecanismo completamente diferente e não dentro de uma forma mais facilitada do padrão ocidental. Portanto, a chave do problema é descobrir o específico mecanismo de transmissão da aids no continente africano.

O primeiro aspecto a ser observado é o desarraigamento e fluidez migratorial que as populações de certas regiões da África viviam nas décadas de 80 e 90. Como em muitas partes do mundo em desenvolvimento, os países das Áfricas central e oriental experimentaram altos níveis de êxodo rural durante as duas décadas anteriores à pandemia de HIV. Os agricultores e trabalhadores rurais procuravam trabalhos melhores remunerados nas cidades em rápido crescimento. Tal migração criou hordas de moradores urbanos extremamente empobrecidos que superlotaram favelas que careciam de água tratada, esgotos e condições básicas de higiene. Como reflexo desse contexto, surgiu um grupo de trabalhadores, sobretudo homens, que tiveram que se submeter a empregos em que tinham que deixar suas famílias, levando a uma ruptura do padrão familiar que existia até em então⁶². Profissões como caminhoneiros, mineiros, soldados

⁶² Sobre as altas taxas de migração trabalhadora masculina, ver: Chirwa 1997; Epstein 2007; Wolfers, Fernandez, Verghis e Vink 2002.

e construtores constituíam uma parcela desproporcional dos assalariados da classe média do continente e todos passavam grande parte de suas vidas fora de casa. A situação catalisava a promiscuidade e o adultério, uma vez que esses viajantes solitários procuravam companhia de namoradas, “segundas esposas” e profissionais do sexo. Foi essa classe de homens com certo capital e propensos a relações extraconjugais que esteve no epicentro da epidemia africana nos seus primórdios⁶³.

Juntamente ao massivo deslocamento dos trabalhadores assalariados e à ruptura dos laços tradicionais das comunidades rurais, a promiscuidade aumentou exponencialmente a quantidade de infectados, espalhando o vírus pelo centro e leste da África. Sanford Ungar, estudioso da África, concluiu em 1989:

A doença seguiu o caminho dos pesados caminhões que transportam alimentos e outros materiais dos portos do Oceano Índico para o interior do continente (...) Dessa maneira que esta doença urbana atingiu pequenas cidades e áreas rurais, esses lugares invariavelmente ficam ao longo ou perto das rotas dos caminhões.⁶⁴

(Ver Figura 1)

Juntamente com essa força de trabalho em constante migração e deslocamento, a nova economia do sexo tornou a prostituição o vetor que espalharia a aids por todo o continente. As intensas mudanças econômicas promoveram altos níveis de participação no comércio sexual. Mesmo mulheres casadas se envolviam nessa atividade econômica como segundas esposas ou amantes na tentativa de aumentarem a renda de suas casas ou a independência frente a maridos abusivos ou autoritários. O aumento dos divórcios e a ausência de muitos pais na educação ou sustento dos filhos, obrigou muitas mulheres a procurarem na prostituição a melhor maneira de escapar da fome. Assim como estudantes em dificuldades financeiras também se engajaram em trocas afetivo-sexuais e econômicas com homens em busca de recursos para custear os estudos.

⁶³ ENGEL, Jonathan. *Op.cit.*.pp.216-217.

⁶⁴ Idem.p.218. Apud. Sanford Ungar, “AIDS Cases in Africa: An Everyone Epidemic,”*LAT*, 1/15/89

Figura 1 - Avanço da taxa de prevalência do HIV pelo mundo.
Fonte: TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. **Religion and aids in Africa**. New York: Oxford University

1990



2007



Brooke Schoepf, um antropólogo que trabalhou em Kinshasa explica:

O poder colonial manteve as mulheres fora da cidade e separou as famílias porque não queria pagar um salário familiar. As mulheres tiveram que permanecer e trabalhar nos campos para alimentar a força de trabalho colonial. Houve tremendo deslocamento e ruptura social. Após a independência, muitas mulheres fugiram para as cidades porque a escravidão do cultivo forçado era insuportável e tornaram-se segundas ou terceiras esposas ou *femmes libres*.⁶⁵

A extrema pobreza, os conflitos armados, a preexistência de outras DSTs (como Gonorreia, Sífilis e Clamísia), as instituições e infraestruturas fracas prejudicaram ainda mais a resposta dos países do continente à pandemia. Estimativas de 1991 previam que a África sulaariana teria 9 milhões de infectados e 5 milhões de mortos em

⁶⁵ Idem.p.219. Apud.

consequência da aids ao fim da década⁶⁶. Infelizmente, as previsões erraram e os números acabaram atingindo cifras ainda maiores.

A negação das autoridades fez um grande trabalho em prol do agravamento da crise da aids na África. Poucos estadistas levaram a epidemia a sério, enquanto outros ajudaram a espalhar os boatos já citados anteriormente sobre o vírus do HIV ser invenção da mídia ou de médicos ocidentais com objetivos imperialistas ou neocolonialistas. Tal postura, por um lado, colocava os líderes dos países do continente na defensiva e, por outro, contribuía para que estivessem pouco dispostos a enfrentar o problema de frente. Numa conferência que ocorreu em 1985, em Bruxelas, representantes de 50 nações africanas assinaram uma declaração que afirmava que não haviam sido apresentados dados que confirmassem a tese de que o vírus tinha surgido na África⁶⁷. Uma teoria muito aceita por líderes africanos era de que, por mais que o vírus tivesse origem africana, ele teria sido liberado na população através de um instituto de pesquisa da Filadélfia (EUA) durante a vacinação contra polio. Outra teoria dizia que o vírus tinha evoluído no Ocidente e só tinha chegado à África posteriormente através de turistas, soldados e homens de negócios. Havia até quem acreditasse em guerra biológica impetrada pelas potências europeias em busca de reaver as antigas colônias perdidas ao longo das últimas décadas⁶⁸.

Ainda em 1988, o governo da Nigéria se recusava a admitir que houvesse qualquer pessoa soropositiva em seu território, apesar das estimativas internacionais reportarem milhares e milhares de casos. Enquanto o Quênia ameaçava expulsar

⁶⁶ POKU, Nana K; SANDKJAER, Bjorg. **HIV/AIDS and the african state**. In: POKU, Nana K; WHITESIDE, Alan; SANDKJAER, Bjorg. *AIDS and governance*. Hampshire: Ashgate, 2007

⁶⁷ ENGEL, Jonathan. Op.cit.p.223.

⁶⁸ Idem.p.224.

qualquer jornalista ou agência estrangeira caso eles reportassem algum novo caso de infecção pelo HIV sem a permissão oficial do governo⁶⁹.

A demora em reconhecer o problema foi seguida pelo colapso de um já deficitário sistema de saúde. A aids passou a representar, em poucos anos, uma alta porcentagem do orçamento da saúde de muitos países africanos. E devido ao fato serem justamente os trabalhadores mais “qualificados”, urbanos, jovens e de classe média os mais atingidos pela aids, as mortes afetaram profundamente a expectativa de vida e a força de trabalho, gerando mais pobreza.

A Ajuda Internacional que, como salientamos anteriormente, viria a se tornar muito importante com o passar dos anos, foi lenta na sua resposta. A maioria das nações que se comprometera com a causa, realizou apenas doações modestas até o final dos anos 80. Em 1991, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que a epidemia africana infectaria seis milhões de pessoas, os Estados Unidos comprometeram-se apenas com 52 milhões de dólares (equivalente a 8 dólares por pessoa infectada), sendo que os estadunidenses foram os doadores mais generosos do mundo.⁷⁰ Embora a OMS estimasse que o seu orçamento para a aids aumentaria para 110 milhões de dólares dentro de alguns anos, a soma era minúscula em comparação com a amplitude do problema. Nos Estados Unidos, apenas para efeito de comparação, só o tratamento com AZT estava orçado em mais de treze mil dólares por pessoa anualmente. Se o mesmo cálculo fosse aplicado na África, isso se traduziria em um custo total de 78 bilhões por ano para o continente, sem considerar as despesas hospitalares ou médicas.⁷¹

Mas os primeiros esforços de ajuda internacional tiveram seus sucessos. Jonathan Mann, Diretor Global da Aids da OMS em 1989, apontou orgulhosamente

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ GAO, *Foreign Assistance: Combating HIV/AIDS in Developing Countries*, GAO/NSI-AD-92-244, p. 9.

⁷¹ Lois McHugh, *AIDS: International Problems and Issues*, CRS Issue Brief IB87214, 10/16/89, p. 10..

para a evolução da "Estratégia Global contra a Aids" da OMS, que estava implementando programas de rastreamento de sangue e esforços educacionais em todo o mundo. E o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento anunciou em 1988 que estava em processo de criação de acordos com várias organizações internacionais e regionais em toda a África e América Latina.⁷² Mas esses marcos menores não podiam esconder a natureza basicamente simbólica dos esforços. Uma questão colocada pelo tímido compromisso internacional era se maiores fundos poderiam realmente realizar alguma coisa. Em 1992, a aids ainda era intratável. O AZT poderia atrasar a morte por um ano ou mais, mas a principal diferença entre o tratamento da aids no Ocidente e o tratamento da aids na África era lidar com as infecções oportunistas. E isso significa simplesmente que a aids na África matava mais rapidamente e mais efetivamente do que no Ocidente. É verdade que mais fundos poderiam pagar mais cuidados paliativos e preventivos, incluindo esforços de distribuição de preservativos e programas educacionais gerais, mas estes eram relativamente baratos. Uganda, por exemplo, um dos países mais pobres do mundo, conseguiu implementar uma bem sucedida campanha centrada no combate à "promiscuidade" no final da década de 1980, com relativamente pouca ajuda internacional. E mesmo com os fundos disponíveis, a Agência para o Desenvolvimento Internacional (AID) e a OMS conseguiram saturar o continente com 270 milhões de preservativos no final da década de 1980.⁷³ Os desafios sistêmicos subjacentes (o analfabetismo, a misoginia que facilitava a infecção, DSTs ulcerativas disseminadas e uma força de trabalho transitória) exigiriam décadas de desenvolvimento, se é que um dia seriam superados.⁷⁴ Na ausência de uma vacina ou de

⁷² MANN, Jonathan, "Global AIDS: Epidemic at a Crossroads," 11/1/89, NC AIDS papers, AIDS Hearings, Box 1: "Testimony and Statements," 8/30/89-1/25/90.

⁷³ GAO, *Foreign Assistance: Combating HIV/AIDS in Developing Countries*, GAO/NSI-AD 92-244, p. 31.

⁷⁴ GUNN, Albert, HANSEL, Nancy. **AIDS in Africa**. Washington, D.C.: Foundation for Africa's Future, 1988. pp. 31-32.

uma intervenção médica eficaz, um aumento da ajuda internacional para combater o HIV prospectava poucos resultados concretos em 1992. À luz dessa realidade, mesmo as nações ocidentais ricas relutavam em doar recursos para um problema que parecia insuperável e insolúvel. Os principais debates viriam nos anos seguintes, quando novos medicamentos que puderam realmente estabilizar a vida do enfermo, ao invés de meramente atenuá-la, estariam disponíveis para os pacientes ocidentais, mas seriam negados aos africanos, simplesmente por falta de dinheiro.

Como pudemos ver na Figura 1, o HIV rapidamente se espalhou pela África sulsaariana, sendo que o sul do continente ultrapassou as regiões central e leste, que foram as primeiras localidades afetadas pela epidemia em solo africano. Angola, nosso objeto de estudo, aparece como uma exceção ao alto padrão de infecção dos vizinhos. No capítulo 2 iremos explorar o caso singular de Angola, reconstituindo historicamente suas similaridades e diferenças dentro do contexto da epidemia africana.

Narrativas religiosas sobre a aids na África sulsaariana

Não há como falar da aids no continente africano sem citar as religiões. Elas possuem um peso enorme na problemática do HIV, seja através de organizações religiosas que atuam diretamente na prevenção, tratamento e amparo material e psicológico aos afetados pela doença; seja pela influência que a moral religiosa exerce sobre a sociedade de maneira geral.

Acompanhando o crescimento das Ongs na ajuda internacional no fim do século XX, ocorre também a emergência das Organizações Baseadas na Fé (OBF), um tipo específico de Ong que é associada a organizações religiosas. Muitos enxergam as OBFs como responsáveis pela moralização da luta contra a aids. Há um manifesto desconforto

geral na imprensa ocidental e em boa parte da comunidade ligada à saúde pública com o envolvimento da religião nas campanhas de prevenção ao HIV.

Durante a gestão Bush na Casa Branca (2001-2009), foi criado o *President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR)*, programa que procurava aliar conservadorismo religioso e combate ao HIV e foi desenvolvido com foco na África subsaariana. As recomendações do programa afirmavam que 20% dos fundos deveriam ser gastos em prevenção, enquanto 33% na promoção da abstinência e da fidelidade conjugal.⁷⁵ Uma legião de críticos apareceu para acusar a iniciativa de explorar a tragédia do HIV como plataforma de propaganda religiosa. Muitas lideranças africanas, por sua vez, viram o PEPFAR como o primeiro grande investimento ocidental numa solução “africana” para a aids. Essa visão deriva de uma crença amplamente aceita de que a famosa campanha ABC (do inglês, Abstain, Be Faithful, Use Condoms⁷⁶) foi criada pelo presidente de Uganda Yoweri Museveni, fazendo dela uma solução africana, em oposição à desproporcional ênfase dada pelos ocidentais ao uso do preservativo.⁷⁷ É importante frisar, portanto, que os líderes religiosos africanos (e também os leigos) já vinham utilizando essa estratégia focada na promoção da abstinência e da monogamia estrita há vários anos, bem antes da iniciativa do governo estadunidense. Da mesma forma, pesquisas apontam que a população africana confia mais nos líderes religiosos do que nas autoridades seculares e ativistas de ONGs.⁷⁸ À vista disso, é importante compreender mais à fundo a importância da religião na África subsaariana no que compete ao combate ao HIV.

Grande parte da bibliografia sobre o tema da aids baseia-se no seguinte pressuposto: uma vez que a transmissão do HIV na África subsaariana se dá

⁷⁵ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. Op.cit.

⁷⁶ Abstenha-se, Seja Fiel, Use Preservativo.

⁷⁷ KAMWI, Richard, KENYON, Thomas; NEWTON, Gary. “PEPFAR and HIV Prevention in Africa.” *Lancet* 367:1978–79.

⁷⁸ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. Op.cit.

prioritariamente através do sexo heterossexual, proibições religiosas a respeito do comportamento sexual ou relativos aos comportamentos de risco são traduzidos em diferenças nas taxas de prevalência do HIV. Existem estudos, por exemplo, que comparam as diferenças entre cristãos e muçulmanos que sugerem que a prevalência menor nos países islâmicos se daria por três motivos: a severa regulação do sexo extraconjugal; proibições contra o álcool que reduziriam comportamentos sexuais de risco; e a circuncisão masculina.⁷⁹

Trinitapoli e Weinreb criticam as duas primeiras hipóteses por acreditarem que esse tipo de comparação macro que, segundo eles, compila dados gerais demais, são de difícil interpretação⁸⁰. Ambos afirmam que, em seus estudos, não encontraram nenhuma relação entre o número de homens que reportaram sexo extraconjugal e a prevalência do HIV. A relação negativa entre islamismo e prevalência do vírus não se explicaria por diferenças no comportamento sexual. Apenas a terceira hipótese, a da circuncisão, se manteria consistente.

A crítica desses autores se baseia no entendimento de que a relação entre o indivíduo e o grupo religioso a que ele pertence não é tão simplória quanto parece. A simples afiliação a uma religião não significa, por exemplo, que o sujeito siga os preceitos de sua fé à risca, o que torna pesquisas comparando religiões por afiliação um tanto vagas.

Mais importante ainda, os autores questionam a conclusão precipitada de que a restrição religiosa a um determinado comportamento sexual se traduza em menor prevalência ao HIV:

O pertencimento a uma igreja rigorosa que limita com mais eficiência comportamentos sexuais de risco só irá reduzir o risco de uma pessoa ser infectada pelo HIV se o comportamento

⁷⁹ GRAY, Peter. **HIV and Islam: Is HIV Prevalence Lower Among Muslims?** In: *Social Science and medicine* 58: 1751-56, 2004.

⁸⁰ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

sexual do indivíduo for um bom preditor do status sorológico dele (...) Para a consternação de muitos acadêmicos e ativistas, estudos epidemiológicos demonstram que, no contexto de epidemias generalizadas, aqueles que adquirem HIV durante seus tempos de vida não são particularmente distintos daqueles que não adquirem (Lopman et al. 2008). Muitas das medidas de comportamento sexual que ‘deveriam’ estar associadas ao status sorológico (e.g., número de parceiros durante a vida, uso de camisinha, sexo extraconjugal) não estão.⁸¹

Diferente do que se pensa o HIV não é um vírus tão contagioso. Existe certo grau de acaso na sua transmissão. Estudos apontam que a chance de contaminação num único ato sexual entre sorodiscordantes é baixa: 1 em 300 do homem para a mulher e 1 em 1000 da mulher para o homem.⁸² Dessa forma, não é correto afirmar que você pode pegar ou não aids ao proporcionar mais ou menos prazer a si mesmo. De fato, não é o sexo em si que transmite o HIV, mas sim o seu (ou sua) parceiro(a). O risco, portanto, não está apenas no nível individual, mas é uma incumbência do grupo de pessoas de onde os indivíduos escolhem seus parceiros sexuais. O sexo é apenas o modo de transmissão.

Essas afirmações podem parecer contraintuitivas, mas Trinitapoli e Weinreb utilizam um exemplo para clarificar a questão. Suponhamos que há duas mulheres. A mulher 1 faz sexo com um parceiro diferente a cada mês. Nenhum deles é soropositivo. A mulher 2 fez sexo apenas uma única vez, mas com um homem soropositivo. A chance de contágio da mulher 2, apesar de baixa, ainda é muito maior do que a mulher 1, uma vez que a probabilidade de contaminação desta última é zero⁸³.

Todos esses dados e pesquisas são conhecidos por quem estuda a doença mais a fundo. O problema é que esse conhecimento passa ao largo tanto das existentes

⁸¹ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

⁸² GRAY, Ronald H., Maria J. Wawer, Rob Brookmeyer, Nelson K. Sewankambo, David Serwadda, Fred Wabwire-Mangen, Tom Lutalo. **Probability of HIV-1 Transmission per Coital Act in Monogamous, Heterosexual, HIV-1 Discordant Couples in Rakai, Uganda.** *Lancet* 357:1149–53, 2001; WAWER, Maria J., Ronald H. Gray, Nelson K. Sewankambo, David Serwadda, Xianbin Li, Oliver Laeyendecker “Rates of HIV-1 Transmission per Coital Act, by Stage of HIV-1 Infection, in Rakai, Uganda. *Journal of infectious diseases* 191:1403-09, 2005.

⁸³ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

pesquisas empíricas sobre risco de contágio e prevenção ao HIV quanto das iniciativas políticas relacionadas ao tema. A abordagem dominante é aquela que foca no conhecimento individual sobre a aids e na campanha ABC: abstinência, fidelidade conjugal e uso de camisinha.⁸⁴

Notemos que não importa para qual assunto o debate sobre a aids nos leve, sempre retornamos ao discurso religioso. A aids na África, assim como outras experiências relativas às doenças em sociedades com forte presença religiosa, é interpretada sob um prisma religioso. É o vocabulário associado às religiões que forma o recurso primário da população para descrever e dar significado ao sofrimento e mortes relacionados à doença.⁸⁵ A visão de mundo religiosa é que dá sentido às experiências das pessoas em relação à aids, desde as primeiras impressões sobre a doença, passando pelos estereótipos de quem a contraiu, até aos meios de combatê-la e superar os males que ela causa.

Trinitapoli e Weinreb acreditam que há cinco características centrais da aids que afetam diretamente a percepção da doença na África subsaariana⁸⁶:

1. O mistério da infecção: para o público leigo, o HIV parece arbitrário nas suas escolhas. Diferente de outras doenças sexualmente transmissíveis, cujo risco de contágio é alto, o HIV é mais difícil de infectar. Dessa forma, histórias de pessoas que são infiéis aos maridos ou esposas e não são infectados, cruzam com narrativas de esposas ou maridos fiéis que contraíram o vírus. Isso causa um impacto na percepção da doença.
2. O longo período de latência: Pessoas infectadas podem ficar assintomáticas por muitos anos depois de contrair o vírus. Esse longo período torna difícil reconhecer claras conexões entre comportamentos e resultados relacionados à

⁸⁴ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

⁸⁵ WUTHNOW, Robert. **Meaning and moral order**. Berkeley: University of California Press, 1989.

⁸⁶ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

aids. Isso também significa que pessoas que aparentam estarem saudáveis podem infectar outras pessoas, que talvez irão adoecer antes da pessoa que as infectou.

3. O mistério da ciência: Apesar de bilhões investidos em pesquisas para se achar a cura, até hoje a ciência não foi capaz de encontrá-la. Nem o poderoso conhecimento ocidental, sempre associado ao progresso, conseguiu vencer completamente a doença. Sem contar que até pouco tempo atrás, poucos africanos tinham acesso aos antirretrovirais, que estabilizam a vida do paciente. No caso de Angola, esses medicamentos só passaram a serem oferecidos a partir de 2004.
4. Associação com um(a) parceiro(a): a forma de infecção mais comum na África sulsaariana se dá através do sexo heterossexual. Dessa forma, a status sorológico de uma pessoa está imediatamente associado com o de seu cônjuge, namorado ou amante. Isso difere a doença radicalmente de outros grandes males da saúde pública, como o câncer e doenças cardíacas. Não se pega câncer do marido ou esposa. Esse ponto é importante porque as relações de gênero são afetadas e igualmente afetam a problemática da aids na África sulsaariana e em Angola, em particular.
5. Resposta internacional: Nenhuma doença criou tamanho mecanismo de resposta global como a aids. A África sulsaariana, devido aos altos níveis de prevalência do HIV, foi e ainda é a região que mais recebe ajuda estrangeira.

Essas características ajudam a estabelecer o quadro de interpretações da doença na região. Soa confuso não enxergar com clareza conexões entre comportamentos e resultados; ou ser soropositivo por anos e não ter nenhum sintoma, enquanto outra pessoa desenvolve a doença mais rapidamente; ou que os “super” poderosos cientistas

ocidentais não consigam descobrir a cura da aids; ou ver e ouvir falar das enormes remessas de dinheiro para prevenção e tratamento da aids que vem de doadores no exterior. Tudo isso cria um campo fértil para o surgimento de narrativas alternativas⁸⁷.

A visão dominante entre a comunidade cristã é que Deus pune as pessoas por seus pecados. Na Bíblia, especialmente no Antigo Testamento, há passagens que sugerem que Deus envia epidemias tanto para punir as pessoas por seus erros, quanto para amolecer os corações duros da humanidade e trazê-la para o caminho da obediência. Há a referência repetidamente citada de Deuteronômio 28: 21-24 e 27:

O Senhor os encherá de doenças até bani-los da terra em que vocês estão entrando para dela tomar posse. O Senhor os ferirá com doenças devastadoras, febre e inflamação, com calor abrasador e seca, com ferrugem e mofo, que os infestarão até que morram. O céu sobre a sua cabeça será como bronze; o chão debaixo de vocês, como ferro. Na sua terra o Senhor transformará a chuva em cinza e pó, que descerão do céu até que vocês sejam destruídos. (...) O Senhor os castigará com as úlceras do Egito e com tumores, feridas purulentas e sarna, males dos quais vocês não poderão curar-se⁸⁸.

Em um continente há muito tempo mergulhado nessas histórias (e cheio de epidemias), esse tipo de referência torna-se imediatamente relevante. Dessa forma, a “mão de Deus”, para muitas pessoas, tem um papel central na propagação do vírus da aids. Essa teoria, entretanto, não contradiz, necessariamente, outras narrativas sobre a origem do HIV. Ao contrário disso, todas as diferentes visões são perfeitamente combinadas através de uma abordagem clássica da exegese bíblica: Deus usa as pessoas para moldar a história de acordo com seu grande plano⁸⁹. Isso ajudaria a explicar o suplício de tantos “inocentes” afetados pela aids. A própria Bíblia está recheada de histórias em que homens e mulheres santos sofrem diversas mazelas, como a clássica narrativa de Jó. A aids pode ser, simultaneamente, punição divina pelo mau comportamento dos pecadores, quanto um teste de fé para os fiéis virtuosos.

⁸⁷ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. Op.cit.

⁸⁸ Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/nvi/dt/28>. Visualizado em 09/02/2017.

⁸⁹ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. Op.cit.

Há uma diferença importante entre o cristianismo praticado na maioria dos países latino-americanos e ocidentais, de um lado, e africanos, de outro. Apesar da ideia de julgamento divino existir nas duas versões dessa religião, no ocidente a ideia de punição divina coletiva (contra nações e povos inteiros) perdeu força em favor de uma abordagem mais individualista da relação com Deus. A punição, no cristianismo ocidental, é consequência dos atos de cada sujeito individualmente. Na África existe, além da punição de cada pessoa, a punição contra os povos e nações cujos pecados ofenderam a Deus. Quando uma nação é punida como um todo, pecadores e santos são igualmente atingidos. No capítulo 3 veremos a relação do individual e do coletivo em relação ao “pecado” da aids através da análise do discurso religioso presente em um programa laico de combate ao HIV da TPA, Televisão Pública de Angola. O importante nesse momento é compreender que as narrativas africanas sobre o HIV abarcam tanto o individual quanto o coletivo. A mão de Deus pesa sobre nações, mas também sobre aqueles que, individualmente, escolheram o caminho do mal. Quando a infecção é vista como produto de uma ação individual, não se trata mais de um castigo coletivo (como a guerra ou uma enchente, que afetam a todos indiscriminadamente), mas sim a marca de Caim⁹⁰, o símbolo do pecado individual.

Para entendermos mais a fundo a diferença entre a perspectiva africana e a médica ocidental, é importante compreendermos o que a biologia distingue como causas próximas e causas últimas. Como causas próximas, entende-se aquelas que são imediatamente responsáveis pelo fenômeno pesquisado, enquanto as causas últimas seriam as causas de fundo, de origem, cuja existência só pode ser observada com uma pesquisa mais aprofundada⁹¹. Enquanto a primeira lida com como as coisas acontecem, a outra explica o porquê. Essa distinção se relaciona com a forma como são absorvidas

⁹⁰ Personagem bíblico que matou o irmão por ter inveja dele.

⁹¹ FRANCIS, Richard C. **Causes, proximate and ultimate**. *Biology and Philosophy*. Outubro 1990, Vol. 5, artigo 4, pp. 401–415.

as explicações biomédicas sobre a aids na África sulsaariana. Para o pensamento científico, explicar o porquê de uma pessoa específica ter sido contaminada é óbvio: através do contato com sangue ou secreções de uma pessoa soropositiva. Foca-se nas causas próximas. Segundo Trinitapoli e Weinreb,

isso marca uma significativa diferença com o quadro interpretativo dominante na África. Na África sulsaariana, a morte prematura é raramente atribuída exclusivamente à má sorte, à estatística ou à incognoscível mão de Deus (Yamba, 1997). Não se nega as causas próximas da infecção – geralmente sexo com alguém infectado – que são muito bem conhecidas. Mas de um ponto de vista africano, estas causas próximas somente explicam como alguém se tornou infectado. Elas não explicam o porquê. O porquê é a causa última ou real causa da condição⁹².

Doenças como a aids, segundo alguns especialistas⁹³, exigem por parte das pessoas uma elaboração maior que explicita suas causas últimas, distintas das causas próximas, e que explique o porquê da infecção. Segundo o clássico estudo de Benedict Ingstad⁹⁴, as causas reais das doenças apontadas em Botswana, por exemplo, são: feitiçaria motivada por ciúmes; ofensa contra ancestrais; quebra de regras tradicionais ou conselhos dados por líderes tradicionais; punição divina por atos sexuais cometidos por si mesmo ou pelo parceiro sexual. Nenhuma dessas explicações nega, em nenhum momento, as narrativas científicas.

Três tipos de discurso sobre a aids emergiram e se difundiram pela África⁹⁵:

1. O discurso biomédico, que usa a abordagem científica e oferece uma causa e tratamentos bem diretos: tratar as DSTs, mudar comportamentos de risco e evitar a infecção;

⁹² TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

⁹³ FOSTER, George. **Disease etiologies in non-western medical systems**. In: American Anthropologist 78:773-82, 1976; INGSTAD, Benedicte. **The cultural construction of AIDS and its consequences for prevention in Botswana**. In: Medical Anthropology Quarterly 4:28-40, 1990.

⁹⁴ INGSTAD, Benedicte. *Op.cit.*

⁹⁵ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

2. O discurso religioso, que tem como objetivo principal evitar a imoralidade sexual que é associada com o sexo extraconjugal;
3. O discurso da cultura tradicional, que pode não ter uma posição religiosa fixa como o anterior, mas que também tende a defender o que chama de “tempos antigos”. Geralmente está associado aos curandeiros e à medicina tradicional africana.

Veremos futuramente como esses discursos interagem entre si e dividem espaço no terreno político da luta contra o HIV em Angola. Os dois primeiros discursos são os mais presentes e atuantes. Entretanto, nem sempre eles estão em conflito. Discursos não são meras palavras desconectadas da realidade empírica e jogadas ao vento. Eles são proferidos por pessoas de carne e osso que os utilizam para determinados fins. Pode haver uma convergência e aliança de diferentes discursos caso os grupos sociais que os utilizam decidam que um acordo entre eles é profícuo para todas as partes envolvidas.

Entendendo o ABC

A estratégia ABC (Abstinence, Be Faithful, Use Condom) é, de longe, a mais utilizada na África subsaariana para enfrentar a pandemia do HIV. Seu impacto na história da prevenção ao vírus na região foi profundo e duradouro, permanecendo até hoje, não sem críticas e polêmicas, como modelo de abordagem. É necessário entendermos quando ela nasceu, como ela opera e com quais conceitos trabalha para compreendermos as campanhas de prevenção em Angola, influenciadas por esse modelo.

Não há como entender a ABC sem voltarmos à Uganda da década de 80. Foi nesse país e nessa época que o governo ugandense começou uma agressiva campanha

de prevenção ao HIV trabalhando em conjunto com OBFs cuja mensagem central seria resumida posteriormente no acrônimo ABC⁹⁶. A letra “A” remete à abstinência, ou seja, abdicar do sexo antes do casamento. O “B” refere-se a “Be Faithful”, ser fiel ao seu parceiro depois de casado. E o “C” significa “Condom”, usar o preservativo em caso de não ser possível a abstinência ou a fidelidade. A campanha foi tida como um grande sucesso. A taxa de prevalência do HIV em Uganda, que era de 15% em 1991, despencou para 5% em 2001⁹⁷, apesar de recentemente, os números estarem aumentando novamente⁹⁸. O caso demonstra, em primeiro lugar, como o rápido reconhecimento e ação governamentais foram essenciais. Em segundo lugar, que a força potencial das OBFs poderia ser explorada em outros países da África. Tal competência foi utilizada desde cedo. Várias ONGs treinaram lideranças religiosas em workshops sobre prevenção com o objetivo de que elas usassem sua influência sobre suas comunidades de fé. Embora muitos líderes religiosos estivessem dispostos a aceitarem esse papel, está claro que eles não se tornaram porta-vozes de um discurso de saúde pública. Ao invés disso, preferiram combinar algumas informações que obtiveram nesses workshops sobre a aids com um arcabouço moral que os permitia interpretar a aids através de outras narrativas, seja como punição divina (coletiva ou individual), praga ou simplesmente uma doença⁹⁹.

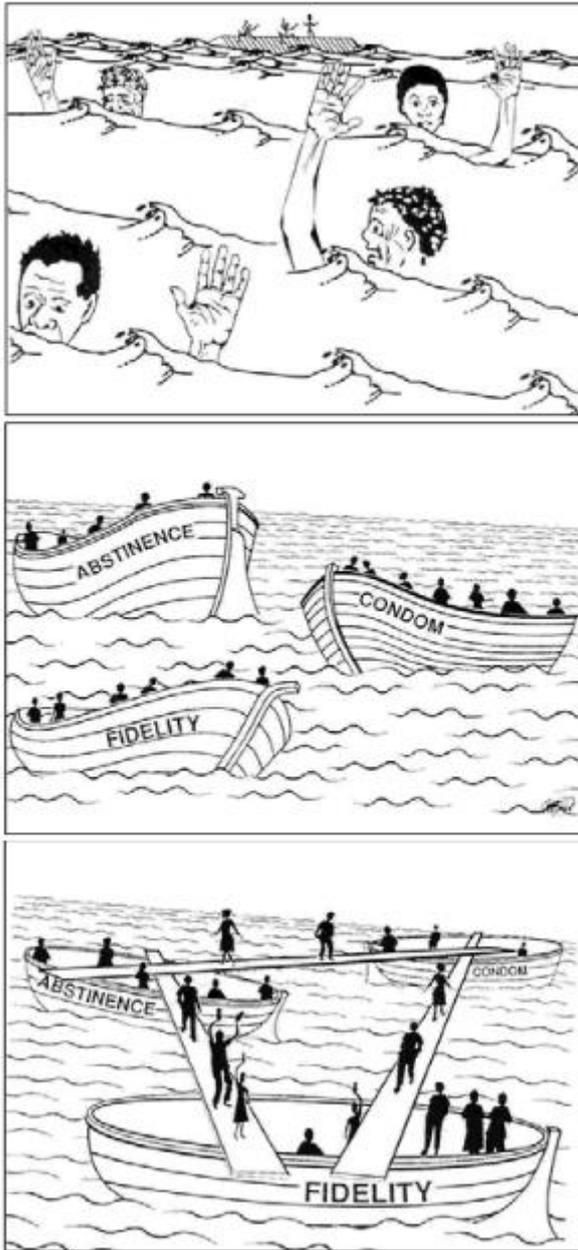
⁹⁶ O termo só foi cunhado no começo dos anos 90 por Juan Flavier, Ministro da saúde das Filipinas, mas geralmente se associa a origem do ABC como “movimento” às campanhas do presidente ugandense Museveni. Ver: Murphy, Greene, Mihailovic, Olupot-Olupot 2006.

⁹⁷ Na verdade o sucesso do ABC em Uganda vem sendo motivo de muitos revisionismos e críticas nos últimos anos. Ver: Green 2003; Stoneburner e Low_beer 2004.

⁹⁸ *Uganda HIV and AIDS Country Progress report*. Junho de 2015.

⁹⁹ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. Op.cit.

Figura 2 - A Frota da Esperança
Fonte: <http://www.mh2.dds.nl/port/frota/>



Um famoso exemplo de campanha religiosa que precedeu a ABC foi a “Frota da Esperança”, lançada na Tanzânia pelo padre Bernard Joinet em 1994¹⁰⁰. A iniciativa baseava-se na história bíblica de Noé, personagem que sobreviveu ao dilúvio que Deus mandou ao mundo para exterminar a humanidade, graças a uma arca que construiu. A imagem que Joinet confeccionou era muito simples, direta e eficaz na sua mensagem. O dilúvio representa o HIV, ambos castigos divinos que ameaçam destruir a humanidade. Para sobreviver, as pessoas deveriam entrar em uma das arcas da Frota da Esperança: ou a arca da abstinência, ou a arca da fidelidade

ou a arca do preservativo. Fora deles, as pessoas pereceriam afogadas pelo dilúvio da aids.

O fato de aceitar o preservativo levou o padre a entrar em choque com a alta cúpula da Igreja Católica, resultando em sua aposentaria forçada da Universidade de

¹⁰⁰ GILL, Peter. **Body Count: How they turned AIDS into a catastrophe**. Profile Books, 2006. pp.192-194.

Dar es Salaam em 1999¹⁰¹. O que não quer dizer que os padres africanos tenham abandonado o uso da campanha. A longevidade da Frota da Esperança chega aos dias de hoje, sendo ainda usada, por exemplo, em Angola¹⁰².

A repercussão positiva das campanhas em Uganda e na Tanzânia se devem ao fato de que elas souberam explorar com perfeição um caminho do meio entre os discursos defensores da saúde pública, que preferiam a ênfase no preservativo; e a abordagem religiosa, que priorizava a abstinência e a fidelidade conjugal. A ABC, portanto, representa um compromisso entre as demandas da saúde pública internacional e as exigências das lideranças religiosas, o que foi possível principalmente nos países africanos onde já existia uma pragmática parceria entre Ministérios da Saúde e líderes religiosos¹⁰³. Isso não quer dizer que havia consenso sobre qual das três letras priorizar. Enquanto as entidades laicas preferiam a letra C, as religiosas privilegiavam o A e o B. Em geral, a campanha foi aplicada com a seguinte formulação: a melhor maneira de se proteger é abster-se ou ser fiel ao cônjuge. Mas se falhar nos dois anteriores, que se use, pelo menos, a camisinha¹⁰⁴.

Algumas diferenças fundamentais entre a África sulaariana e as sociedades latino-americanas e ocidentais explicam porque a estratégia ABC foi tão bem recebida lá e é tão mal vista aqui. Primeiramente, o matrimônio na maioria dos países africanos é quase universal. No ocidente, principalmente nos últimos anos, o número de solteiros na faixa adulta aumentou exponencialmente. As pessoas demoram a se casar, às vezes não se casam nunca, e quando se casam, nem sempre tem filhos. Na África a realidade é outra. Apesar da idade para o casamento ter aumentado nos últimos anos, casa-se mais cedo neste continente. O aumento da idade do casamento nos últimos anos do século

¹⁰¹ Idem. p.194.

¹⁰² Uma versão traduzida em português da campanha original pode ser encontrada no site da Arquidiocese de Benguela: <http://www.mh2.dds.nl/port/frota/sld001.htm>. Visitado em 09/02/2017.

¹⁰³ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

¹⁰⁴ Idem.

passado criou um espaço de tempo em que os jovens são sexualmente ativos, mas ainda são solteiros. As campanhas de abstinência são voltadas para um público que está entre a puberdade e a adolescência e ainda é solteiro. Existe uma correlação entre idade do casamento e prevalência do HIV¹⁰⁵, ou seja, quanto mais alta a idade do matrimônio, mais alta a taxa de prevalência do vírus. É por isso que a campanha pela abstinência sempre foi muito bem vinda à África, sendo adotada até mesmo por organizações laicas.

Igualmente, as campanhas defendendo a letra B, que significa a fidelidade, são pensadas dentro do contexto das sociedades africanas. Já falamos anteriormente sobre o fenômeno da flutuação da população masculina trabalhadora na África sulsaariana. Uma vez que os homens casados passam demasiado tempo fora de casa trabalhando, o sexo se torna uma necessidade para muitos deles, que não podem contar com as esposas ou namoradas. Pesquisa do Demographic and Health Surveys sobre 26 países africanos, apontam para uma variação que vai de 19% até 53% dos homens casados que ficam fora de casa pelo menos um mês por ano¹⁰⁶. Se os homens não casados forem incluídos, as taxas aumentam ainda mais. As mulheres que ficam sozinhas, por sua vez, também são agentes sexuais. Da mesma forma que os maridos, tem desejos sexuais, e podem se engajar em relacionamentos com homens locais.

As razões pelas quais o continente africano tem altos índices de soroprevalência geram curiosidades e, conseqüentemente, teorias no mínimo pitorescas. Trinitapoli e Weinred, por exemplo, sugerem que um dos fatores importantes na explicação dos casos extraconjugais na África sulsaariana é o tédio¹⁰⁷. Grande parte da população africana não tem acesso, seja por falta de tempo, dinheiro ou oportunidades, ao lazer e ócio recreativos. Muitas pessoas dormem se preocupando se no dia seguinte vão ter o que

¹⁰⁵ BONGAARTS, John. **Late Marriage and the HIV Epidemic in Sub-Saharan Africa**. Population Studies 61:73-83, 2007.

¹⁰⁶ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

¹⁰⁷ Idem.

comer ou amarguradas com a vida difícil que levam. Um caso extraconjugal numa viagem a trabalho ou na ausência do marido é um evento, uma aventura, que traz vitalidade e novidade para vidas enfatiadas com a rotina dura e a escassez¹⁰⁸.

Finalmente, a letra C, referente às camisinhas, é a que mais gera polêmica. Fora da África é comum afirmarem que o principal motivo da expansão da aids no continente é a barreira religiosa no uso do preservativo. Trata-se de uma afirmação extremamente simplista e exagerada. Como vimos anteriormente, os motivos da alta taxa de prevalência na África são diversos e complexos, não poderiam ser resumidos em um único ponto.

É verdade que muitos religiosos fazem campanha ferrenha contra o uso do preservativo, mas é igualmente verdade que a mídia estrangeira adora destacar esses exemplos como se fossem universais e representassem todos ou a maioria dos religiosos. Um caso que ficou bastante conhecido, por exemplo, foi a alegação do arcebispo de Maputo (Moçambique), Francisco Chimoio, de que os países europeus produziam deliberadamente camisinhas infectadas com o HIV para matar africanos.¹⁰⁹ A repercussão de declarações catastróficas como essa servem para colocar mais lenha na fogueira e alimentam a imagem preconceituosa que se tem da África no restante do mundo. A exposição midiática também reforça o papel de vilão com que a religião é vista no combate ao HIV, principalmente por se oporem à camisinha, que seria o principal mecanismo de prevenção contra a pandemia.

Entretanto, uma pesquisa histórica sobre o desenvolvimento da pandemia da aids na África sulsaariana irá nos demonstrar que desde os primórdios, líderes religiosos estiveram engajados em campanhas que defendiam o uso do preservativo. Em segundo lugar, não há um consenso contrário ao uso das camisinhas entre as diversas

¹⁰⁸ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

¹⁰⁹ Shock at archbishop condom claim. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/7014335.stm>. Visualizado em 10/02/2017.

denominações cristãs. Por último, a posição oficial de uma igreja ou grupo religioso sobre a utilização de camisinhas (a favor ou contra) não irá necessariamente se refletir no comportamento do praticante daquele credo. Seria o mesmo que assumir que, no Brasil, nenhum evangélico consome álcool por causa da recomendação religiosa.

Na verdade, a pesquisa de Trinitapoli e Weinreb em diversos países da África demonstra que os católicos não são menos propensos a usarem a camisinha do que os protestantes (como os presbiterianos, por exemplo, que não a proibem). Mais curioso é o fato do grupo religioso que reportou o nível mais baixo de utilização do preservativo ter sido o muçulmano, uma vez que o islamismo não tem nenhuma restrição ao uso do objeto.¹¹⁰

De fato, a camisinha foi parcialmente aceita pela maioria das lideranças religiosas africanas. Certamente não foi uma aceitação entusiasmada, e sim uma espécie de resignação. Mas se engana quem pensa que esse é um posicionamento particular dos religiosos. A aceitação não eufórica da camisinha é compartilhada por líderes laicos e formadores de opinião africanos de um modo geral. No ocidente, onde o sexo foi, mesmo que parcialmente, separado da moral religiosa, enfatizar o A ou o B seria quase impossível. O C, portanto, se converteu no pilar dos acadêmicos e pessoal da saúde pública na prevenção ao HIV. Na África subsaariana, porém, sem que o C tenha sido eliminado, A e B se mantêm como as estratégias de prevenção preferidas.

Neste tópico pretendi não fazer uma defesa da estratégia ABC, mas antes explicar o porquê dela ter sido tão bem recebida na África, bem como desfazer alguns mitos sobre sua real aplicação. O objetivo foi elevar a qualidade das críticas que a ABC recebe, que geralmente são muito estereotipadas e baseadas em generalizações. A meu ver, a principal crítica que a ABC merece é quanto ao estigma que ela pode ajudar a

¹¹⁰ TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. *Op.cit.*

perpetuar. A lógica dessa estratégia acaba por criar o seguinte raciocínio: o indivíduo deve se abster em primeiro lugar. Caso ele não consiga, que seja fiel. Se não conseguir manter a fidelidade, deve usar a camisinha. Isso implica numa série de erros. Em primeiro lugar, assume-se apenas a via sexual como forma de contágio, uma vez que a abstinência sexual e a fidelidade são entendidas como suficientes para evitar o contágio. Em segundo lugar, cria-se mais estigma para os soropositivos, já que infere-se que eles não foram abstinentes e nem fiéis. Em terceiro lugar, ela foca demasiado no papel individual e esquece das responsabilidades das comunidades, dos governos e da sociedade como um todo na luta contra o HIV.

A mesma pandemia, diferentes estratégias.

Não temos como objetivo avaliar quais as melhores estratégias de contenção do vírus do HIV na população. Antes disso, estamos mais preocupados em entender a disputa no campo moral, ético e simbólico que diversos grupos e indivíduos travam no espaço político que a luta contra a aids proporciona. Entretanto, ao traçar diferentes estratégias, cada agente social precisa recorrer a valores políticos, ideológicos, éticos e morais que darão base e sustentação às suas argumentações. Já falamos sobre o discurso religioso e cabe agora falar sobre o discurso que alimenta o debate do ponto de vista das Ongs e do Estado: a governança.

Peter Baldwin, ao analisar as respostas políticas ao problema da aids, afirma que cada país implementou um projeto diferente e que apesar da divergência de modelos, em geral, a pergunta com a qual todos tiveram de lidar foi “como conciliar reivindicações individuais de autonomia e liberdade com a preocupação da comunidade

pela segurança?”.¹¹¹ Per Strand, estudioso sulafricano da relação entre aids e democracia, divide as diferentes estratégias de resposta à aids em três grandes perspectivas, que ele chama de “tipos ideais de governança da aids”.¹¹² A primeira delas seria a *democrática idealista*; a segunda, a *democrática autoritativa*; e por fim, a *autoritária*. As duas primeiras se dariam em sociedades ou ambientes mais democratizados, enquanto a última se daria em regimes e/ou situações não-democráticos. O termo “governança”, nesse contexto, refere-se à definição encontrada no World Governance Survey, um grande projeto de comparação entre as diferentes governanças aplicadas por diferentes países: “Governança refere-se à formação e administração das regras formais e informais que regulam a esfera pública, a arena na qual o Estado, bem como os atores econômicos e sociais interagem para tomarem decisões”.¹¹³ Seguindo essa definição, os autores afirmam que a governança se refere

a uma qualidade do sistema político que (...) serve como uma variável independente, um fator interpretativo. Nessa perspectiva, a governança lida com o lado constitutivo de como um sistema político opera, ao invés dos seus aspectos alocativos e distributivos que são mais diretamente função de políticas.¹¹⁴

Governança, portanto, se refere às regras do jogo político. Ela define os parâmetros fundamentais institucionais para o processo político. Esse processo, por sua vez, vai gerar políticas que serão administradas através da burocracia de um Estado e implementadas por uma gestão local¹¹⁵. Aplicando o conceito no combate à aids no âmbito de um governo nacional, podemos dizer que a governança se refere às regras que definem quem assume qual tipo de decisão em relação às respostas dos governos para conter a doença. Por exemplo, implementar ou não nacionalmente o tratamento

¹¹¹ BALDWIN, Peter. **Disease and Democracy: The industrialized world faces AIDS**. Berkeley: University of California Press, 2005.p.3

¹¹² STRAND, Per. “**Comparing AIDS governance: A research agenda on responses to the AIDS epidemic**” In: POKU, Nana K; WHITESIDE, Alan; SANDKJAER, Bjorg. **AIDS and governance**. Hampshire: Ashgate, 2007

¹¹³ HYDEN G; COURT, J.; MEASE, K. **Making sense of governance: empirical evidence from 16 devoliping countries**. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2004, p. 16.

¹¹⁴ Idem.

¹¹⁵ STRAND, Per. Op.cit.

Antiretroviral é uma decisão política. A melhor forma de efetivar e custear esse objetivo são questões programático-administrativas. Como otimizar a distribuição de enfermeiros dentro de um número de clínicas médicas é um problema de gestão. A governança diz respeito, portanto, a quem tem direito a participar na criação das decisões, à distribuição de poder entre as partes interessadas, a qual legitimidade elas compartilham, e a quais regras e princípios estão os envolvidos comprometidos ou restringidos na hora de elaborar as decisões¹¹⁶.

De acordo com Per Strand, temos o seguinte quadro¹¹⁷:

Tabela 1 - Tipos ideais de governança da aids		
Sistema político	Governança da aids	Características centrais
Democrático	<i>Idealista</i>	Ancorada na ideia de que a luta contra a aids deve maximizar os direitos humanos, a prestação de contas e a participação conjunta. Essa abordagem democrática é entendida como condição indispensável para aumentar e garantir uma resposta mais efetiva.
	<i>Autoritativa</i>	Essa perspectiva entende que a restrição de um ou mais valores democráticos seria, em alguns casos, mais eficaz na resposta dos governos à aids. O interesse público estaria acima de certas liberdades civis, o que autorizaria algumas decisões

¹¹⁶ Idem.

¹¹⁷ Idem.

		unilaterais e verticais.
Não-democrático	<i>Autoritário</i>	Perspectiva que entende que os valores democráticos são um entrave para uma resposta eficaz ao HIV. Os interesses do Estado, do partido ou da nação entram na equação. Liberdades individuais e direitos humanos ficam em segundo plano.

O autor sul-africano entende que o tipo de governança da aids que ele chama de idealista seria aquele que coincide com a bibliografia comumente chamada de governança democrática para a aids. Ele frisa, entretanto, que o termo “idealista” por ele empregado, não tem o sentido pejorativo que alguns poderiam pensar. Não se trata de uma acusação de irrealismo ideológico, mas sim uma referência aos *ideais* democráticos e de direitos humanos desta interpretação. A posição que nega esses princípios é a governança autoritária da aids. Uma vez que este tipo de resposta ao HIV se origina em sistemas ou ideologias políticas não-democráticos, nem as leis, nem a cultura política do local em questão se oporiam às medidas duras de repressão contra o alastramento da aids, mesmo que elas ferissem liberdades individuais e os direitos humanos.

Uma terceira perspectiva, a qual ele chama de *autoritativa*, também nasce dentro de sistemas políticos democráticos, mas entende que é necessário, em nome do bem comum, que medidas drásticas de exceção possam ser tomadas em momentos de crise. Em nome do interesse coletivo, um ou mais direitos poderiam ser suprimidos, desde que houvesse como contrapartida um ganho na luta contra o vírus da aids. Esse entendimento, apesar de não tão debatido entre os estudiosos das diferentes respostas governamentais contra o HIV, é ou foi frequentemente aplicado em muitos países, inclusive nos Estados Unidos.

O modelo idealista de governança da aids pode ser facilmente rastreado como tendo origem em dois diferentes discursos, a noção de direitos humanos e os debates sobre a relação entre democracia e desenvolvimento. Uma vez que as primeiras pessoas infectadas pelo HIV sofriam grande discriminação, um número proeminente de ativistas e defensores da saúde formulou uma abordagem de direitos humanos para a aids. Segundo Mark Heywood¹¹⁸, o HIV se diferenciava de outras clássicas epidemias do passado como a cólera, a tuberculose ou a gripe, pois o contágio não se daria por contato casual e porque não seria tão facilmente identificado a olho nu. Dessa forma, ao invés de tomar medidas severas (como o confinamento que fora adotado no passado contra pacientes de outras doenças), o ideal seria construir um ambiente de confiança pública e quebrar o estigma existente contra os infectados.¹¹⁹ Esse argumento ficou conhecido como “paradoxo da aids”. O termo se refere à asserção de que enquanto as ameaças à saúde pública do passado foram contidas protegendo a maioria não infectada da minoria infectada, a melhor forma de enfrentar a aids seria fazer o oposto: proteger a minoria infectada da discriminação da maioria não infectada.¹²⁰

A ascensão da pandemia global do HIV e a onda de democratização que varreu África, Europa Oriental e partes da Ásia, foram fenômenos históricos coincidentes dos anos 90.¹²¹ A grande mudança política que se viu foi a substituição de governos autoritários por outros eleitos democraticamente. Essa mudança, entretanto, trouxe consigo novos valores. Até então, a democracia era compreendida como um longo processo de modernização que poderia demorar gerações para ser alcançada. Mas ao invés disso, muitas das novas democracias que surgiam nesse contexto foram obtidas através de negociados acordos das elites dos respectivos países. Esse movimento foi

¹¹⁸ HEYWOOD, Mark. **HIV and AIDS: from the perspective of human rights and legal protection.** In: SISASK, A. (ed.) *One step further: response to HIV/Aids.* Stockholm: Sida, 2000.

¹¹⁹ Idem. pp.13-14.

¹²⁰ STRAND, Per. Op.cit.

¹²¹ Idem.

visto como a consolidação do ideal democrático liberal, fazendo com que alguns ideólogos chegassem a anunciar o fim da história.¹²²

Há, portanto, uma gradual mudança no discurso sobre os pré-requisitos para uma democracia. Se antes os argumentos para o estabelecimento dessa forma de governo eram estruturais, passou-se agora para argumentos institucionais, o que vai acabar refletindo nas discussões a respeito do desenvolvimento. Um texto chave que demonstra essa mudança é o UNDP Human Development Report de 2002, que coloca a noção de “governança democrática” no centro dos esforços globais de desenvolvimento.¹²³ Cerca de dois anos depois, Lee-Nah Hsu publicou o seu famoso *Building Dynamic Democratic Governance* que alega que uma resposta democrática ao HIV deveria estar baseada em três pilares.¹²⁴ O primeiro seria a participação e a capacidade de resposta a todas as partes interessadas num processo político que procura construir um consenso. O segundo seria assegurar que os direitos humanos sejam protegidos pela lei e que o exercício do poder seja transparente, sem nunca deixar de assumir suas responsabilidades. Por último, o objetivo dessas políticas de governança deveria ser a busca pela maximização dos ideais de igualdade, imparcialidade e eficiência.

A principal crítica que é dirigida contra a governança da aids idealista é que, apesar de sua inegável abordagem humanista, nenhum dos seus defensores teria conseguido comprovar que, do ponto de vista prático, esse tipo de proposta seja mais eficaz para vencer a pandemia do HIV. Per Strand resume com a seguinte questão:

Qual a evidência em favor do argumento de que uma resposta será mais eficaz no combate ao HIV/aids se ela encoraja ampla participação, se permite que as pessoas cobrem os políticos, se é sensível à opinião pública, e se tem consciência de certos valores políticos como a igualdade?¹²⁵

¹²² Ver: FUKUYAMA, Francis. O fim da História e o último homem.

¹²³ UNDP 2002.

¹²⁴ HSU, Lee-Nah. **Building Dynamic Democratic Governance and HIV-Resilient Societies**, Bangkok:UNDP, 2004.pp. 3-4.

¹²⁵ STRAND, Per. Op.cit.

Os argumentos em favor da forma de governança autoritativa não estão tão bem articulados em torno de um grupo específico de ativistas ou acadêmicos. Em geral, eles aparecem de modo disperso nas diversas críticas direcionadas ao modelo idealista, geralmente citando exemplos de países onde uma resposta autoritativa foi posta em prática com resultados alegadamente superiores, como nos casos de Cuba, Tailândia e mesmo nos Estados Unidos. Esse tipo de governança não pretende, diferente da resposta autoritária, realizar nada fora das leis. Enquanto a proposta idealista tem legitimidade por seu conteúdo democrático, a proposição autoritativa se vale do próprio processo no qual ele é adotado. Ou seja, as regras são definidas no processo e não à priori. É o que afirma James Putzel:

Mesmo que medidas mais coercitivas de testagem e controle sejam julgadas necessárias para lutar contra a epidemia, a legitimidade de tais medidas seriam mais prontamente alcançadas se fossem atingidas através de um processo democrático de tomada de decisão. O impacto da epidemia da aids é tamanho, que tanto o comportamento sexual do indivíduo se transforma quanto também se transformam as normas sociais¹²⁶.

Uma medida coercitiva que fere os direitos humanos seria, por exemplo, instituir o teste de HIV compulsório. Kevin de Cock, por exemplo, defende que uma resposta eficiente à epidemia na África seria tornar obrigatório que todas as pessoas soubessem seu status sorológico e mudassem seu comportamento de acordo com o resultado obtido.¹²⁷ O autor não se diz indiferente ao potencial problema que isso poderia gerar, mas argumenta que o uso de novas tecnologias de testagem, bem como o comprometimento em prover cuidados aos que forem identificados como soropositivos poderiam aplacar os possíveis efeitos negativos que a testagem compulsória traria. Essa

¹²⁶ Idem.

¹²⁷ DE COCK, Kevin; MARUM, E; MBORI-NGACHA. **A serostatus-based approach to HIV-Prevention and Care in Africa**. The Lancet 362, pp.1847-9, 2002.

opinião é compartilhada, mas de modo mais enérgico, por Tim Allen¹²⁸. Segundo ele, os direitos dos soropositivos estariam sendo privilegiados em relação aos dos soronegativos e que promulgar leis que obrigassem a testagem, o uso de preservativos e até segregação seriam estratégias eficazes. Mesmo reconhecendo o problema ético que essas medidas trariam se fossem aplicadas, ele afirma que “em termos de saúde pública”, os direitos humanos seriam “contraprodutivos”¹²⁹.

A governança autoritativa, apesar de não colocar o princípio dos direitos humanos no centro de sua lógica de ação, não tem ojeriza ou rejeição a eles. Antes disso, se vale de uma interpretação mais “livre” de direitos humanos daquela que é comumente ratificada por organismos internacionais e governos nacionais democráticos. Para a perspectiva autoritativa não se trata de uma questão de respeitar ou não os direitos humanos, mas sim como esses direitos deveriam ser interpretados no contexto da emergência do HIV/Aids e quais direitos deveriam ser priorizados internamente. Jenny Kuper, por exemplo, afirma que

quase todas as regras tem suas exceções (...) os direitos de um grupo de pessoas devem ser balanceados com os dos outros (...) as leis internacionais de direitos humanos explicitamente permitem exceções por razões de saúde pública.¹³⁰

Kuper afirma ainda que essas medidas de exceção devem seguir uma série de critérios, como estarem de acordo com as leis nacionais, terem um objetivo legítimo definido, serem imprescindivelmente necessárias para atingir o objetivo almejado, serem o menos restritivas possíveis e não serem impostas de uma maneira discriminadora.¹³¹

Outra importante crítica feita pelos partidários da resposta autoritativa contra a perspectiva idealista é que esta última assume certos pressupostos que seriam

¹²⁸ ALLEN, Tim. **Why don't HIV/AIDS policies work?** Journal of International development 16, pp.1123-7, 2004.

¹²⁹ Idem.p. 1127.

¹³⁰ KUPER, Jenny. **Law as a tool: the challenge of HIV/AIDS.** Londres: Crises States Research Center, London School of Economics and Political Science, 2004. p.22.

¹³¹ Idem. pp. 22-23.

problemáticos. Primeiro, de que as partes interessadas seriam suficientemente conscientes e mobilizadas para apoiar as necessárias políticas de intervenção; mesmo quando essas intervenções estariam na contramão das crenças religiosas e culturais predominantes, bem como da opinião pública. As Ongs, os líderes comunitários e tradicionais, de acordo com os idealistas, precisariam estar dispostos a serem convencidos sobre as necessidades de medidas impopulares. Acontece que nem sempre é possível atingir tamanho consenso e no caso dos países onde existem eleições democráticas, o governo tenderá a apoiar a opinião pública e não a medida proposta para conter o HIV. Esse é o caso, por exemplo, da ênfase dada na África subsaariana à abstinência sexual como medida de prevenção ao vírus. Mesmo que essa forma de prevenção seja muito criticada e que muitos ativistas prefiram que os governos enfatizem outras formas de prevenção que acreditam serem mais eficientes, a opinião pública de vários países africanos entende que tal proposta é válida e, por isso, os governos a mantêm.

Em segundo lugar, a participação pública defendida pelos idealistas seria muito custosa. Processos democráticos demandam convites para diferentes partes interessadas e também abertura ao público geral, e cada nova forma e instância de participação implica custos de tempo, dinheiro e outros recursos, nenhum deles abundantemente disponível em países africanos¹³².

Por último, a abordagem idealista confia que a democracia seria capaz de forçar os líderes dos governos a cederem às pressões do eleitorado em favor de políticas públicas para conter o HIV. Entretanto, pesquisas demonstram que mesmo nos países onde a taxa de prevalência é alta, a demanda popular por essas políticas é baixa¹³³. Não há clamor popular por essas medidas.

¹³² STRAND, Per. Op.cit.

¹³³ Afrobarometer Research.

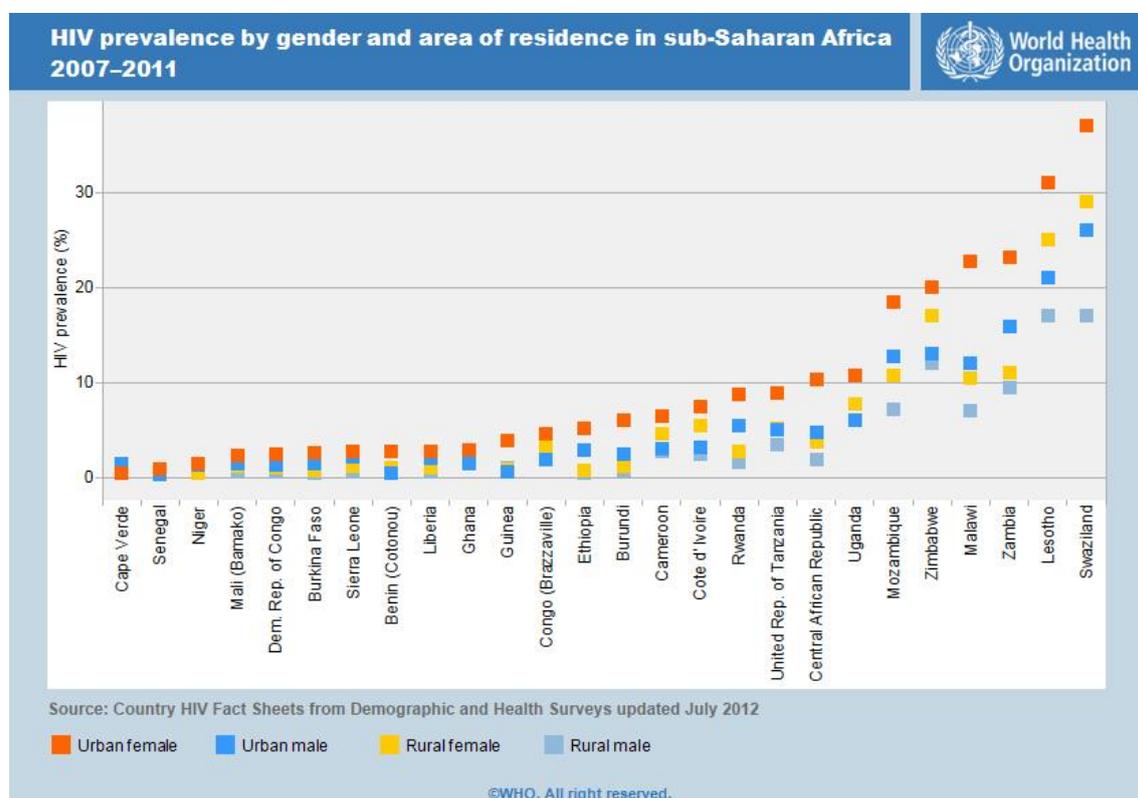
A resposta autoritativa ao HIV, entretanto, enxerga o problema apenas do ponto de vista da eficácia final. Não se preocupa tanto quanto os idealistas com uma questão que é fundamental para a presente pesquisa: o estigma contra os soropositivos. Enquanto os idealistas tentam compreender a aids como uma oportunidade para comunicarem valores humanos, os autoritativos preferem pensar em termos de resultados finais. A aids é vista prioritariamente como um problema de saúde pública e não como a chance de estabelecer nenhum tipo de novos laços ou valores. Curiosamente, a posição dos idealistas se aproxima da dos religiosos conservadores, que também enxergam na pandemia uma ocasião favorável para proporem seus valores para a sociedade, com a diferença de que esses valores não são a defesa da democracia e dos direitos humanos, mas sim da monogamia estrita e compulsória.

A presente pesquisa não pretende responder qual proposta é a mais eficaz na contenção do vírus do HIV, mas entendo que esse debate é importantíssimo, uma vez que ele não só aconteceu como ainda acontece em Angola. Voltaremos a esse assunto no capítulo 2 quando falarmos sobre a Lei do VIH. Nesse debate ainda se entrelaçam as questões morais, éticas, de gênero e outros temas que são parte fundamental do nosso objeto de estudo.

Capítulo 2 – Angola, aids e ativismo social

Angola representa um caso específico dentro da África Sulsariana quando a questão é o HIV. De acordo com dados do Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA de 2014, a taxa de prevalência do HIV em adultos seria de 2,2%.¹³⁴ A tabela abaixo nos serve de parâmetro. Enquanto alguns países da região possuem cifras que ultrapassam 10, 15, 20% de infectados adultos, Angola sequer aparece na tabela.

Figura 3: Prevalência do HIV por gênero e área de residência na África sulsariana. Fonte: Site da OMS, http://www.who.int/gho/urban_health/outcomes/hiv_prevalence/en/



O fato de Angola não configurar nesta lista elaborada pela Organização Mundial da Saúde também não é mera coincidência. O país raramente aparece em listas ou estudos sobre HIV na África. A “baixa” taxa de prevalência em comparação com os vizinhos, faz com que o país receba menor atenção internacional, seja em ajuda estrangeira, seja em estudos acadêmicos. A literatura disponível sobre o tema do HIV

¹³⁴ Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA. Governo de Angola. Maio de 2014.

em Angola, pelo menos na área de Humanidades, é relativamente escassa. Entretanto, dizer que a taxa de prevalência do vírus no país é baixa é ser, no mínimo, otimista. Para efeito de comparação, o Brasil tem uma taxa de infecção de adultos de 0,6%¹³⁵, enquanto no mundo a média é de 0,8%.¹³⁶ Portanto, Angola tem uma taxa de prevalência que é quase o triplo da média mundial.

A explicação mais aceita para os números de Angola serem menores do que dos vizinhos é histórica. Como vimos no capítulo 1, a aids explodiu na África subsaariana principalmente nos anos 90. Vimos também que a principal causa da grande expansão da doença no continente foi a fluidez das deslocamentos dos trabalhadores urbanos. Durante toda a época de maior avanço da pandemia na região, Angola estava em guerra civil. Outros países africanos também enfrentaram conflitos internos, mas a paz em Angola só foi alcançada tardiamente em 2002, quando o ritmo de expansão da doença já estava em declínio devido à melhor informação, progresso dos medicamentos e aprimoramento da ajuda internacional. A guerra foi responsável por diminuir drasticamente aqueles deslocamentos da classe urbana emergente que ocorrera em outros países africanos. Dessa forma, o vírus teve muito mais dificuldade de circular entre as pessoas, o que resultou na taxa de 2,2% que existe hoje¹³⁷.

Mas o que levou o país a essa situação peculiar frente aos vizinhos? E como surgiu o ativismo e a militância contra a aids num país onde a guerra foi o foco principal das atenções por 40 anos?

Uma breve recuperação histórica

¹³⁵ UNAIDS REPORT, 2015.

¹³⁶ Idem.

¹³⁷ Apesar destes números serem contestados.

Quando o HIV chegou a Angola, em 1985, o país já estava em guerra, quase ininterruptamente, desde 1961. A paz só viria muitos anos depois, em 2002. Isso quer dizer que o país esteve em conflito durante metade das três décadas da epidemia da doença em território angolano. Não é de se espantar, portanto, que a aids não tenha recebido tanta atenção enquanto os combates ocorriam. Devastado pelas duas guerras (a colonial e a civil), o país começa a renascer das cinzas apenas em 2002, quando o acordo de paz é assinado. É só nessa época, e por um breve período de tempo, que a aids esteve, de fato, nos holofotes da atenção do Estado e da população. É seguro afirmar, portanto, que diferente de grande parte dos seus vizinhos, onde o HIV se tornaria um assunto de Estado da maior importância, Angola nunca colocou a prevenção à aids no topo de suas prioridades. Exceto pelo período que vai de 2002 a 2008, quando a doença pôde ser inserida num contexto mais geral de otimismo e de busca pela reconstrução nacional (proporcionado pela empolgação do pós-guerra), a aids sempre foi um assunto tratado como tendo alguma relevância, mas não central. Hoje, diria até que se tornou um tema periférico. Para entendermos essa situação, vamos fazer uma breve reconstituição histórica para que o leitor não familiarizado com Angola possa compreender algumas das especificidades daquele país.

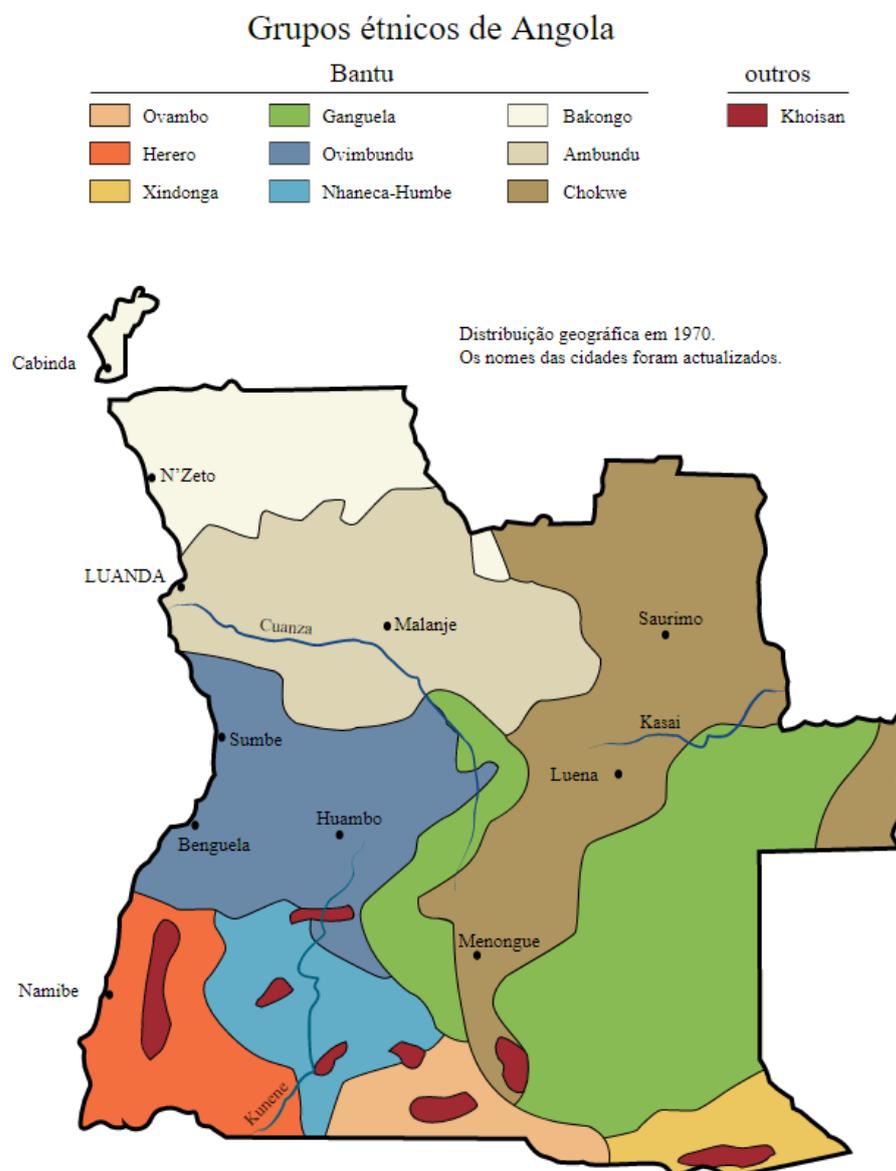
Diferente de outros países europeus que decidiram não lutar contra suas colônias durante o processo de independência, Portugal enviou tropas para reprimir os movimentos políticos que queriam a emancipação em suas colônias. Essa guerra em Angola, que começou em 1961, entrou para a história com o nome de Guerra de Libertação angolana e se arrastou por mais de uma década. Os angolanos só teriam a independência formalmente reconhecida em 11 de novembro de 1975¹³⁸.

¹³⁸ ALMEIDA, Eugénio da Costa. *Angola: potência regional em emergência*. Lisboa: Edições Colibri, 2011.p.55.

Entretanto, assim como outros países africanos, a independência não trouxe desenvolvimento e estabilidade de imediato. Três grupos rivais haviam emergido durante a luta de independência, cada um deles com diferenças ideológicas, étnicas e de origem regional: o Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA); a Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA) e a União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA).

Figura 4 Grupos étnicos em Angola

Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/70/Angola_Ethnic_map_1970-pt.svg



A FNLA é o grupo mais antigo, sendo fundado em 1954 com o nome de União das Populações do Norte de Angola (UPNA). Quatro anos depois, adota o nome União das Populações de Angola (UPA). A partir de 1962, o grupo se funde com o Partido Democrático de Angola e passa a se chamar FNLA, sigla pela qual seria conhecido desde então¹³⁹. O grupo caracterizava-se por ser de maioria Bakongo, etnia do norte de Angola que guarda laços étnicos e culturais com o Congo (conhecido entre 1971 e 1997 como Zaire)¹⁴⁰. O caráter étnico da FNLA acabou por limitar o ingresso de outras etnias. Historicamente, o grupo foi liderado por Holden Roberto, nascido no norte de Angola, mas criado no Congo-Kinshasa. O ditador congolês Mobutu Sese Seko foi um dos principais apoiadores da FNLA, além dos EUA.

O MPLA, por sua vez, apesar de ser dirigido principalmente por ambundos e mestiços, sempre teve um caráter mais pluriétnico, urbano e cosmopolita do que os demais grupos. Dos três movimentos de libertação, é aquele que, de acordo com o espectro político, esteve mais à esquerda. Por esse motivo, recebeu pronto apoio da União Soviética e de Cuba. Dominante na capital, Luanda, o MPLA foi capaz de declarar a independência, se apossar da estrutura de governo, se autoproclamar o único partido político legítimo e obter o reconhecimento internacional, o que não foi aceito pelos outros movimentos independentistas de Angola.

A UNITA, por fim, é o último grupo a se formar, em 1966. Seu líder histórico foi Jonas Savimbi, um ex-colaborador de Holden Roberto na FNLA. O grupo buscou fundamentar seu apoio entre os ovimbundos, maior grupo étnico de Angola que ocupa,

¹³⁹ PEREIRA, José Maria Nunes. **O paradoxo angolano. Uma política externa em contexto de crise (1975-1994)**. Luanda: Kilombelombe, 2015.p.70.

¹⁴⁰ BITTENCOURT, Marcelo. **Nacionalismo, Estado e guerra em Angola**. In: A questão nacional e as tradições nacional-estatistas no Brasil, América Latina e África. FGV, 2015.p.232.

principalmente, a região central e centro-sul do país¹⁴¹. Inicialmente, buscou apoios na China, uma vez que as outras potências já estavam comprometidas com os outros dois movimentos. Com o passar do tempo, entretanto, o grupo se alinhará aos EUA e ao governo sul-africano do Apartheid, que serão seus principais colaboradores por vários anos. A Unita se configura como o braço anticomunista, financiada pelos EUA e rapidamente supera a FNLA como o principal grupo de oposição ao governo do MPLA em Luanda¹⁴².

Tabela 1 Comparativos entre os movimentos de independência angolanos

	FNLA	MPLA	UNITA
Região dominante	Norte	Luanda e seu entorno, grandes cidades	Central e centro-sul
Etnia dominante	Bakongos	Ambundus/mestiços/pluriétnicos	Ovimbundus
Ideologia ¹⁴³	Nacionalismo bakongo	Marxismo-leninismo/Social democracia liberal	Maoísmo (inicialmente); liberalismo pró-EUA.
Apoios externos	Zaire (Congo-Kinshasa) e EUA.	União Soviética e Cuba	China (no começo). Depois: EUA e África do Sul

¹⁴¹ HEYWOOD, Linda. **Unita and ethnic nationalism in Angola**. The Journal of African Studies. Volume 27.

¹⁴² PEREIRA, José Maria Nunes. Op.Cit.

¹⁴³ As ideologias destes grupos são complexas e variam ao longo dos anos e da conveniência. O próprio MPLA só adota oficialmente o Marxismo em 77, abandonando-o depois da Guerra Fria. A Unita, por sua vez, passa do maoísmo chinês para uma postura anticomunista e pró-EUA.

O novo governo português decidiu entregar o poder aos três movimentos independentistas, assinando com eles o Acordo de Alvor em janeiro de 1975. O acordo previa a independência de Angola a partir de novembro do mesmo ano. Entretanto, em julho as forças do MPLA, após violentos embates, conseguiram expulsar o FNLA de Luanda, enquanto a UNITA se viu obrigada a se retirar para suas bases no sul. Contando com apoio militar sul-africano e zaireense, UNITA e FNLA contra-atacaram e conquistaram várias capitais de província, incluindo Benguela¹⁴⁴.

Em resposta à intervenção sul-africana, Cuba envia tropas para apoiar o MPLA. O apoio cubano é essencial para impedir o avanço da UNITA pelo sul e repelir o ataque contra Luanda perpetrado pela FNLA pelo norte. Assegurada sua posição em Luanda, o MPLA declara a independência em 11 de novembro de 1975 na capital do país.

As diferenças ideológicas entre os movimentos de independência, somadas à interferência internacional, acabariam levando a uma guerra civil em grande escala. A propaganda política de um movimento contra o outro deu origem a um ódio étnico e regional sem precedentes. Cidades e fábricas foram bombardeadas, estradas minadas, abastecimentos de água sabotados e aldeias atacadas. O massacre de civis tornou-se uma ocorrência diária. O racionamento de alimentos e as condições do mercado paralelo tornaram a sobrevivência diária um desafio¹⁴⁵.

As grandes ondas de deslocamento populacional começaram com os conflitos de 1975 a 1976. Após a queda do regime fascista em Lisboa em 1974 e a decisão dos novos líderes portugueses em reconhecerem a independência de suas colônias no exterior, uma escalada de eventos levaria a vida dos angolanos a um enorme sofrimento por décadas.

¹⁴⁴ MEREDITH, Martin. **The Fate of Africa: From the Hopes of Freedom to the Heart of Despair, a History of Fifty Years of Independence**. PublicAffairs, 2005. p. 316.

¹⁴⁵ BITTENCOURT, Marcelo. Op.cit.p.236.

Em primeiro lugar, a economia do país foi abalada pelo súbito e maciço êxodo da força de trabalho portuguesa qualificada e semi-qualificada. Temendo represálias de um futuro governo de maioria negra e angolana, os antigos colonos entraram em pânico e fugiram do país. Dos 335 000 civis portugueses estimados em 1974, menos de 30 000 permaneciam em 1976¹⁴⁶.

Em segundo lugar, a guerra e a hostilidade fizeram com que milhares de trabalhadores de plantações de café e outras lavouras no norte do país se deslocassem de volta à região central. Da mesma forma, outros milhares de habitantes de províncias do norte fugiram para as matas ou para a fronteira com o Zaire¹⁴⁷.

Terceiro, mais de 350 mil pessoas fugiram com as forças da UNITA derrotadas da região central para as matas após a retirada sul-africana em 1976. Quando os combates arrefeceram e uma certa calma voltou em 1977, cerca de 150 mil pessoas tinham morrido e mais de um milhão (um sexto da população de 1975) tinham sido desalojadas, muitas delas permanentemente¹⁴⁸.

Entre 1977 e 1980, a situação foi relativamente calma. A guerra de guerrilhas diminuiu e a atividade militar ficou quase inteiramente restrita à fronteira sul com a Namíbia. No entanto, o governo do MPLA forçou meio milhão de residentes rurais a se deslocarem para aldeias protegidas nas províncias centrais para separá-los dos guerrilheiros da UNITA. No início de 1981, pelo menos 10% da população angolana vivia nesses assentamentos, herdados dos portugueses¹⁴⁹.

Apesar da falta de emprego e estrutura nas cidades, há um grande êxodo rural, sendo Luanda a cidade que mais recebe levadas de deslocados. Este também foi o

¹⁴⁶ SOGGE, David. **Sustainable Peace: Angola's Recovery**. SARDC Southern African Research and Documentation Centre, Zimbabwe, 1992.p.17.

¹⁴⁷ Idem.

¹⁴⁸ Idem.

¹⁴⁹ PELESSIER, Rene. **Angola: Physical and Social Geography**, *Africa South of the Sahara 1983-1984*. Londres: Europa Publications London, 1983. p.189.

momento em que os refugiados da Namíbia e os guerrilheiros da SWAPO, grupo que lutava contra a África do Sul pela independência namibiana, começaram a aumentar a sua presença em território angolano, provocando ataques sul-africanos contra eles, bem como contra as forças angolanas governamentais. Angola contava, ainda, com cerca de 250 mil refugiados zairenses, que fugiam dos próprios problemas políticos do seu país no início da década de 1970¹⁵⁰.

A partir de 1981, a África do Sul volta a invadir o sul de Angola em larga escala. O governo sul-africano temia que a vitória do MPLA sobre a UNITA desse aos rebeldes namibianos da SWAPO uma base no sul de Angola para montar uma estrutura de guerra contra Pretória. O ressurgimento das atividades armadas da UNITA e as contra ofensivas do MPLA geraram mais deslocamentos. Em 1987, cerca de 700 mil pessoas foram oficialmente deslocadas dentro de Angola¹⁵¹.

Entre julho de 1985 e o final de 1987, mais de 110 mil angolanos se juntaram aos estimados 282 mil já registrados no Zaire. No mesmo período, 25 mil foram para a Zâmbia para se juntarem a mais de 69000 que lá já estavam. Somam-se a esses números, cerca de 40 mil angolanos que fugiram para a Namíbia. Assim, pelo menos 526000 pessoas, ou 6% da população de Angola, viviam como refugiados em países vizinhos no final de 1987¹⁵². Com tamanha situação, não é de se espantar que a agricultura do país tenha entrado em colapso.

A aids chega à Angola na década de 80, período em que o país se apresentava como um dos principais campos de batalha da Guerra Fria. Apesar da FNLA ter abandonado a luta armada em 1984, os conflitos entre MPLA e UNITA aumentaram exponencialmente. Cuba envia cada vez mais tropas para apoiar o governo em Luanda; enquanto a África do Sul, apoiada pelos EUA, invade o sul de Angola para articular

¹⁵⁰ SOGGE, David. Op.Cit.

¹⁵¹ Idem.

¹⁵² Idem.

com a UNITA uma tentativa de derrotar o governo angolano e os rebeldes namibianos. Como resposta, o MPLA tenta inúmeras vezes dominar as províncias do sul controladas pelo inimigo, iniciando várias ofensivas a partir de 1986. A escalada de violência culminaria no confronto mais intenso que a África Sulaariana viu desde a Segunda Guerra Mundial, a batalha de Cuito Cuanavale, ocorrida entre 15 de novembro de 1987 e 23 de março de 1988¹⁵³. Os dois lados da batalha reivindicaram-se vitoriosos, constituindo narrativas diferentes sobre os confrontos.¹⁵⁴ Mas as consequências mais importantes desta batalha foram os acordos entre o governo angolano, a Unita, os sul-africanos e os cubanos. África do Sul e Cuba concordaram em retirarem-se de Angola e o problema da Namíbia foi solucionado com o reconhecimento da independência do país¹⁵⁵.

Em 1990, MPLA e a Unita passam a negociar a paz. Em dezembro desse ano, 700 membros do Comitê Central do MPLA apoiam a mudança do sistema político do unipartidarismo para o pluripartidarismo, bem como a autonomia da sociedade civil¹⁵⁶. Esse fato é importante para nosso tema, pois só a partir de então que temos a proliferação de organizações não-governamentais em Angola, inclusive aquelas voltadas para a questão do HIV.

Depois de sete rodadas de negociações em Portugal, um acordo de paz é assinado no dia 31 de maio de 1991 entre o presidente José Eduardo dos Santos (MPLA) e o líder da UNITA, Jonas Savimbi¹⁵⁷. Em 16 anos de conflitos, estimava-se centenas de milhares de mortos, dentre aqueles diretamente atingidos pelas batalhas ou

¹⁵³ MAIER, Karl. **Angola: promises and lies**. London: Serif, 2007. pp.19-33.

¹⁵⁴ BAINES, Gary. **South Africa's' Border War': Contested Narratives and Conflicting Memories**. Bloomsbury Publishing, 2015.

¹⁵⁵ ALMEIDA, Eugénio da Costa. *Angola: potência regional em emergência*. Lisboa: Edições Colibri, 2011.p.76.

¹⁵⁶ SOGGE, David. Op.Cit.

¹⁵⁷ ALMEIDA, Eugénio da Costa. Op.cit. p.79.

aqueles que morreram por consequências indiretas, como fome, malnutrição e doenças¹⁵⁸. Isso sem contar os mutilados e órfãos.

Os acordos de Bicesse, assinados por Jonas Savimbi (UNITA) e José Eduardo dos Santos (MPLA) em 1991, estabeleciam também que seriam realizadas eleições supervisionadas pela ONU dentro de um ano e que as forças militares do governo e da UNITA seriam desmobilizadas e depois unificadas como as novas Forças Armadas Angolanas¹⁵⁹. Entretanto, a maior parte das unidades da UNITA não seriam desmobilizadas, diferente do que ocorreu com as tropas do governo. Isso deixaria o MPLA em situação desfavorável¹⁶⁰. Por outro lado, os acordos previam que nenhum dos dois lados poderia comprar armas de potências estrangeiras, mas o governo angolano, a partir de agosto de 91, começou a importar armas letais da Rússia¹⁶¹.

As eleições se deram em setembro de 1992 e o país parecia estar trilhando o caminho da paz. Os resultados das eleições apontaram que José Eduardo dos Santos recebera 49,57% dos votos, enquanto Savimbi atingira apenas 40,6%¹⁶². A UNITA não aceitou os resultados, alegando fraude¹⁶³. Os dois grupos iniciaram uma retórica belicosa que acabou levando ao retorno das hostilidades militares. Uma vez que todos os partidos políticos estavam em Luanda depois do processo de democratização para as eleições, a guerra reiniciou dentro da própria capital. Luanda foi, pela primeira vez, palco de uma batalha entre as forças da UNITA e do governo.

¹⁵⁸ SOGGE, David. Op.Cit. pp. 28-31.

¹⁵⁹ WRIGHT, George. *The Destruction of a Nation: United States' Policy Towards Angola Since 1945*. 1997. p. 159.

¹⁶⁰ GLOBAL WITNESS. **Os homens dos presidentes**. Março de 2002. p.12. Disponível em: <https://www.globalwitness.org/en/archive/all-presidents-men/> (Acessado em 28/12/2017).

¹⁶¹ National Society for Human Rights, *Ending the Angolan Conflict*, Windhoek, Namibia, 3 July 2000. p.7.

¹⁶² BITTENCOURT, Marcelo. **As eleições angolanas de 1992**. In: TEL, Irati, v. 7, n.2, p. 170-192, jul. /dez. 2016. p.185.

¹⁶³ "The United Nations and the Situation in Angola," Department of Public Information, United Nations, July 1994, p.3

O MPLA massacrou inúmeros civis que eram eleitores ou partidários da UNITA e da FNLA, principalmente bakongos e ovimbundos, suspeitos de serem inimigos históricos do governo. O partido atacou também políticos do alto escalão da UNITA, matando o vice-presidente da organização, Jeremias Chitunda, o negociador Elias Salupeto Pena e o secretário do partido Aliceres Mango¹⁶⁴. Pouco depois, entre 22 e 24 de janeiro de 1993, o governo realiza uma campanha de limpeza étnica contra a etnia bakongo. Não se sabe ao certo o número de vítimas, mas estatísticas não oficiais falam em 40 mil mortos¹⁶⁵.

Savimbi consegue escapar de Luanda e reagrupar suas tropas, numa demonstração inequívoca de que não havia desmobilizado suas unidades militares. Dessa forma, inicia uma impressionante e vitoriosa campanha militar, ocupando as capitais das províncias do Bengo, Huambo, Zaire, Uíge e Kwanza Norte. Em agosto de 1993, a UNITA ocupa quase 70% do território angolano¹⁶⁶. A situação política internacional, entretanto, é diferente da fase anterior do conflito. Agora já não há mais Guerra Fria. A URSS fora extinta, o MPLA abandonara o marxismo-leninismo em favor da social-democracia liberal e os EUA não tem mais porque apoiar a UNITA contra o MPLA, um partido que vencera eleições consideradas livres e democráticas pelas Nações Unidas. O governo angolano, portanto, amplia sua legitimidade perante a comunidade internacional e a UNITA, isolada, cada vez mais passa a ser vista como uma organização terrorista¹⁶⁷. A saída dos republicanos da Casa Branca (depois de Reagan e Bush apoiando o grupo de Savimbi), também diminuiu a vantagem que a UNITA tinha em relação aos EUA. A virada norte-americana consolida-se quando o

¹⁶⁴ MARTIN, James W. **Historical dictionary of Angola**. Rowman & Littlefield, 2018. p.67.

¹⁶⁵ Idem.

¹⁶⁶ BITTENCOURT, Marcelo. **Nacionalismo, Estado e guerra em Angola**. In: A questão nacional e as tradições nacional-estatistas no Brasil, América Latina e África. FGV, 2015.p.247.

¹⁶⁷ Idem.pp.248-9.

presidente Bill Clinton emite a ordem executiva 12865, afirmando que a UNITA era “uma contínua ameaça aos objetivos da política externa dos EUA”¹⁶⁸.

O MPLA, portanto, passa a gozar do privilégio do reconhecimento internacional. A exploração do petróleo e as vantagens econômicas obtidas com ele e com o status de governo legítimo reconhecido, dão ao governo o poder de reverter, ao longo de 1994, a maior parte das conquistas militares da UNITA. Savimbi se vê obrigado a sentar na mesa de negociação mais uma vez e envia um representante para a Zâmbia, onde é assinado em 31 de outubro de 1994, o Protocolo de Lusaka¹⁶⁹.

Os novos acordos previam que o governo e os rebeldes cessariam fogo e membros da UNITA se juntariam à polícia nacional angolana e à força policial de reação rápida. Os generais da UNITA se tornariam oficiais das Forças Armadas Angolanas, mas os mercenários estrangeiros teriam que retornar aos seus países de origem. Ambas as partes deixariam de adquirir armas estrangeiras. O acordo deu aos políticos da UNITA residências e uma sede na capital. O governo concordou em nomear membros da UNITA para dirigir os ministérios das Minas, do Comércio, da Saúde e do Turismo, além de sete ministros adjuntos, embaixadores, governadores das províncias do Uíge, Lunda Sul e Cuando Cubango, vice-governadores, administradores municipais, adjuntos e locais. O governo ainda libertaria todos os prisioneiros e daria anistia a todos os militantes envolvidos na guerra civil¹⁷⁰.

A paz de Lusaka falhou, na medida em que Savimbi, apesar de parecer concordar com os termos, na realidade se recusou a colocá-los em prática. Um governo de coalizão chegou a ser acordado, mas Savimbi recusou sua posição no novo governo e

¹⁶⁸ ROBERTS, Janine. **Glitter & Greed: The Secret World of the Diamond Empire**. Disinformation Books, 2007. pp. 223–224.

¹⁶⁹ ALMEIDA, Eugénio da Costa. **Angola: potência regional em emergência**. Lisboa: Edições Colibri, 2011. p. 100.

¹⁷⁰ Disponível em: <http://www.embaixadadeangola.org/acordos.htm> (Visitado em 28/12/2017).

não foi à cerimônia de inauguração¹⁷¹. As hostilidades entre os grupos continuaram em menor escala após os acordos de 1994, mas voltaram com força total em 1998. Nessa fase final, a UNITA já estava isolada e foi perdendo terreno até que Savimbi e seus homens tiveram que reverter sua estratégia para uma luta pela sobrevivência nas matas. O líder da UNITA acabou sendo morto em combate nas selvas do Moxico no dia 22 de fevereiro de 2002¹⁷². No dia 4 de abril, a nova liderança da UNITA e o MPLA assinam o acordo de paz. Estava terminada uma guerra civil que durou 27 anos.

A vitória na guerra aumentou ainda mais o poder do partido no poder, o MPLA. José Eduardo dos Santos, presidente desde 1979, continuaria no cargo até 2017, completando 38 anos de mandato. Antes dele, o primeiro presidente fora Agostinho Neto. Ou seja, Angola só teve três presidentes em cerca de 43 anos de independência, sendo que Santos esteve no poder em quase 90% deste tempo. Durante seu mandato, o nepotismo foi uma prática diária, sendo os filhos e parentes de Santos nomeados para diversos cargos públicos, como ministros, chefes de gabinetes e conselhos nacionais. Uma das filhas de Santos, Isabel dos Santos, é a mulher mais rica da África, sendo dona de várias empresas.

O MPLA, mantendo sua tradição de centralização desde os tempos de apoio soviético, impõe ao país um regime controlador, não democrático, avesso à críticas e dissidências e receoso de dividir tarefas com organizações não governamentais ou com a sociedade civil. Ao longo dos anos, a família Dos Santos, juntamente com seus aliados, enriqueceu se apossando do Estado e drenando seus recursos para seus negócios privados. O MPLA e a classe dominante a ele associada, estão infiltrados nas organizações civis, no comércio, na indústria, no setor financeiro, na mídia e até mesmo nas igrejas. Qualquer dissidência ou ameaça é rapidamente perseguida ou neutralizada.

¹⁷¹ ALMEIDA, Eugénio da Costa. Op.cit.

¹⁷² Disponível em: <https://www.publico.pt/2002/02/23/mundo/noticia/imagens-televisivas-mostram-corpo-de-savimbi-67525> (Visitado em 28/12/2017).

Precisamos compreender esse contexto para entendermos como se dá a dinâmica da relação entre Estado, ONGs, ativismo e luta contra o HIV em Angola.

O MPLA e a sociedade civil em Angola

Quando falamos em ONGs, Estado, democracia, sociedade civil, precisamos ter em mente que tais conceitos têm sentidos diferentes em Angola em comparação a como são geralmente utilizados no ocidente. Usar indiscriminadamente termos como “democracia” e “sociedade civil” para o contexto angolano é apontado por estudiosos como um problema¹⁷³. Podemos nos perguntar até que ponto conceitos utilizados para exprimir realidades de países ocidentais podem ser aplicados no contexto africano e angolano em particular.

Geralmente entendemos democracia como um sistema sancionado por uma Constituição, onde partidos políticos podem competir em igualdade de condições em eleições livres e imparciais; onde a mudança de governo é resultado direto das eleições; e onde as transições de governos eleitos ocorrem de modo pacífico e ordeiro. Já o conceito de sociedade civil é costumeiramente utilizado para se referir a organizações sociais que não tem como objetivo competir por cargos públicos, mas sim servir ao bem comum através de projetos beneficentes, de desenvolvimento ou advocacia¹⁷⁴.

Angola passou por duas transições importantes nos últimos anos, a transição para o multipartidarismo em 1991-92 (Acordos de Bicesse) e o fim da Guerra Civil em 2002. Esses eventos são os momentos chave para se compreender a relação entre democratização, sociedade civil e Estado em Angola. O discurso de vários relatórios de

¹⁷³ CHABAL, Patrick & VIDAL, Nuno. **Southern Africa: civil society, politics and donor strategies. Angola and its neighbours – South Africa, Namibia, Mozambique, Democratic Republic of Congo and Zimbabwe.** Luanda/Lisbon: Media XXI & Firmamento, 2009.

¹⁷⁴ Idem.

organizações internacionais como a ONU, o FMI e o Banco Mundial, e mesmo boa parte da academia afirmam que há relação de causa e efeito entre democratização e crescimento econômico. Fortalecendo-se ao longo do final do século passado, esse discurso defende que os países periféricos só poderão chegar ao patamar dos países ditos desenvolvidos se, primeiramente, democratizarem-se e, em segundo lugar, permitirem a participação da sociedade civil nos processos de decisão política em nível local e nacional. Nesta visão, o processo de democratização das sociedades pós-coloniais é visto como aquilo que trouxe participação plena das diversas organizações da sociedade civil que surgiram nos últimos anos.

Há problemas com essa perspectiva. Em primeiro lugar, ela estabelece uma confusão entre causa e efeito. Não há nenhuma prova concreta de que a democratização traga crescimento econômico, desenvolvimento e participação social. Na Europa, o crescimento econômico precedeu a democratização. As democracias ocidentais não são fruto do desenvolvimento econômico, mas seu resultado. Na Ásia, casos mais recentes de crescimento econômico, como Taiwan e Coreia do Sul, se deram sob regimes ditatoriais, sendo a democratização um processo posterior¹⁷⁵.

Em segundo lugar, a democratização e participação política de diversas organizações sociais em Angola e outras partes da África, não teriam sido genuinamente resultado de mobilização social, mas sim de uma conjuntura histórica e política que exigiu dos governos africanos tais mudanças. Ademais, o impacto do ativismo social não parece ser tão direto ou profundo como essas leituras sugerem. Indo na contramão de muitos pesquisadores, Chabal afirma que uma “sociedade civil” nos termos em que o conceito é geralmente utilizado, sequer existe em Angola¹⁷⁶. Muitas dessas organizações sociais (missões religiosas, igrejas, sindicatos, cooperativas de bairros, ONGs,

¹⁷⁵ Idem.

¹⁷⁶ Idem.Ibidem.p.7

associações profissionais, etc.) não passam de braços ou ramificações de partidos políticos. Outras, apesar de nenhum vínculo partidário explícito, são cooptadas pelas elites dominantes e usadas para fins políticos. Algumas delas, principalmente as que recebem verba do exterior, existem apenas para drenar os recursos de fundos estrangeiros. As poucas organizações sociais que não se encontravam nas situações acima foram extintas nos anos 90 e 2000 ou sobreviveram funcionando com extrema dificuldade e, em muitos casos, sem o apoio estrangeiro, uma vez que grande parte delas não se enquadravam no critério ocidental de organização burocrática e prestação de contas¹⁷⁷.

Não haveria porque, por sua vez, levar em conta a ideia de conceber uma “sociedade civil” (em moldes ocidentais) em Angola, pois sociedade e Estado seriam indissociáveis em toda a África Sulaariana. Muito menos deveríamos crer no discurso da “democratização” (multipartidarismo, eleições) que criou a miragem de uma mudança política mais profunda. Essa “sociedade civil” que tem participado mais ativamente da política não é evidência de “democracia” uma vez que o que existe na Angola pós-colonial não é a democracia em estilo ocidental, mas no máximo uma prestação de contas democratizada¹⁷⁸ a partir da “abertura política” de 1991-1992 e do alcance da paz em 2002. O que é chamado de sociedade civil seria, na verdade, um conglomerado de organizações sociais distintas (como as citadas no parágrafo anterior) em sua maioria cooptadas pelo governo angolano ou pelo capital internacional.

Dessa forma, quando falamos da Associação Angolana de Luta contra a Sida (AALSIDA), a primeira associação civil de luta contra a aids em Angola fundada em 1991, não se trata, de fato, de uma organização totalmente independente do Estado. Ela surgiu a partir do Programa Nacional de Luta contra a Sida (PNLS), por intermédio de

¹⁷⁷ Idem.Ibidem.p.8

¹⁷⁸ Idem.Ibidem.p.9

peessoas que estavam associadas direta ou indiretamente ao regime político de Luanda que era administrado pelo MPLA. A decisão de abrir uma organização civil separada do programa do governo responde aos anseios do período histórico que se vivia. Em 1991-92, Angola passa por um período de paz e abertura política, quando o MPLA aceita o pluripartidarismo e disputa eleições com a UNITA e demais partidos. Para o governo, a criação de uma ONG de luta contra a aids era um sinal de compromisso com os acordos de Bicesse, com o pluripartidarismo, com a democratização e com a ampliação da participação da sociedade civil. A AALSIDA não surgiu sozinha. Com ela, surgiram várias outras organizações civis que, na verdade, funcionavam como braços de órgãos do governo. A AALSIDA, portanto, surgiu como uma ramificação “civil” do Programa Nacional de Luta contra a Sida.

O MPLA, associado à classe governante de Angola, está presente direta ou indiretamente em todas as esferas públicas do país. E em muitas privadas. Através da GEFI, uma holding pertencente ao partido, o MPLA controla diversas empresas angolanas, inclusive diversas produtoras que vem trabalhando com prevenção ao HIV. Portanto, qualquer imagem de uma “sociedade civil” independente, pujante, com capacidade de diálogo e intervenção em relação ao Estado é uma miragem em Angola. As poucas situações na luta contra o HIV em que a sociedade civil teve preponderância em relação ao Estado e foi capaz de pressioná-lo, foi no breve período entre 2000 e 2005, graças ao novo ativismo realizado pelos soropositivos e possibilitado por recursos estrangeiros, que sobrepujaram o ativismo das antigas ONGs paraestatais como a AALSIDA. Essas organizações, como veremos, entrarão rapidamente em declínio à medida que os recursos estrangeiros acabam e sua dependência do Estado torna-as mais uma vez impotentes.

A aids nos anos 80 e 90 e a criação do Programa Nacional de Luta contra a Sida (PNLS) (1987-98)

Nos anos 80, como vimos no item sobre a história recente de Angola, era a Guerra Civil que canalizava praticamente todas as atenções do governo angolano. O Jornal de Angola, durante este período, praticamente só veicula notícias sobre o conflito. Vez ou outra, um tema diferente aparecia no folhetim quando parecia aos editores que ele fosse de grande interesse do público. Foi assim que no meio de notícias sobre batalhas e derramamento de sangue começam a aparecer informações sobre a aids. De modo geral, não são notícias sobre a doença dentro do país. Apesar dos primeiros casos em Angola terem sido notificados em 1985, ao longo dos primeiros anos da epidemia do vírus no país, o Jornal de Angola fala sobre o HIV como um fenômeno distante, vindo de outros países.

Jane Galvão observa que, no caso do Brasil, o HIV-aids foi visto, inicialmente, como um “mal de folhetim”, ou seja, como assunto pitoresco da imprensa a respeito de casos que aconteciam no exterior¹⁷⁹. Pode-se fazer aqui um paralelo entre Brasil e Angola. No meio da guerra civil, o Jornal de Angola era o veículo de comunicação oficial do governo. Em meio às notícias bastante parciais a respeito do campo de batalha, começam a surgir matérias sobre o HIV. No princípio estas matérias, publicadas entre 85 e 91, estão cheias de desinformação, incertezas e até uma dose de teoria da conspiração. Aparecem também informações pseudo-científicas tratadas como se fossem científicas. Mas já em 1988, a qualidade da informação passa por substancial evolução qualitativa.

¹⁷⁹ GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000. p.48.

Em 18 de agosto de 1985, por exemplo, o jornal afirma que cientistas americanos

descobriram que o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) pode transmitir-se através das lágrimas. De acordo com estudos realizados por cientistas do Instituto Nacional de Saúde, há provas de que o vírus originador da SIDA se encontre também no líquido lacrimal, para além do sangue e da saliva já descobertos.¹⁸⁰

Logo em seguida a matéria parece negar o que disse anteriormente:

Um investigador do Instituto Nacional de Oncologia, citado pelo Washington Post, “afirmou que a possibilidade de o SIDA se transmitir através de lágrimas”, é muito pequena, pois o vírus é frágil e não pode sobreviver fora dos líquidos do corpo humano”.¹⁸¹

Essa confusão de informações, entretanto, não é uma particularidade angolana.

Como vimos no capítulo um, durante os anos 80 muitas teorias e informações falsas sobre o HIV circulavam pelos jornais americanos e europeus, sendo a imprensa angolana apenas replicadora do que dizia a imprensa estrangeira.

Mas uma grande diferença entre o Brasil e Angola é que, enquanto a aids foi logo associada no primeiro como “câncer gay”, a relação entre homossexualidade e HIV jamais seria fortemente estabelecida no segundo. Isso se deve ao fato de que, como vimos no capítulo um, a aids se constituiu enquanto uma doença de impacto “generalizado” na África sulsaariana, ou seja, atingiu praticamente todos os segmentos sociais. É verdade que mesmo em Angola, constituiu-se a ideia dos chamados “grupos de risco”, mas os homossexuais masculinos nunca seriam enquadrados nesta categoria. Seriam as profissionais do sexo e os camionistas¹⁸² a ocuparem essa posição. São justamente estes dois grupos os mais vulneráveis ao vírus devido à dinâmica da fluidez dos deslocamentos de pessoas que nos referimos no capítulo um. Os motoristas de

¹⁸⁰ JORNAL DE ANGOLA. “Sida pode transmitir-se através das lágrimas”. Luanda. 18 de agosto de 1985.p.4.

¹⁸¹ Idem.

¹⁸² Chamados no Brasil de caminhoneiros.

caminhão ficam meses fora de casa, e se utilizam dos serviços das profissionais do sexo nas horas vagas.

Em 1985, entretanto, o Jornal de Angola não tratava do HIV como se fosse um problema concreto que ocorria dentro das fronteiras do país. As notícias sobre a doença eram comentários de matérias estrangeiras relatando as dificuldades internas de cada nação. Fala-se no Panamá¹⁸³, na França¹⁸⁴, no Brasil¹⁸⁵, mas sem entrar em detalhes sobre a situação da doença nesses países.

Em 1988, entretanto, o Jornal passa a dar bastante destaque à nova doença. Mantem-se o foco em notícias do exterior, principalmente sobre dados epidemiológicos e ajuda financeira da OMS em outros países, mas também alguns boatos sem comprovação, como a matéria “SIDA sob a areia”, publicada em agosto de 1988, que afirmava que usuários de drogas estariam enterrando seringas infectadas em praias dos EUA para contaminar os banhistas¹⁸⁶.

Apesar disso, a qualidade e a seriedade das matérias melhora. Entre março e abril desse mesmo ano, é publicada, dividida em quatro partes, a matéria “O que é o SIDA?”, o primeiro esforço de um órgão de imprensa angolano de explicar cientificamente a doença¹⁸⁷. As matérias presenteiam o leitor com detalhes sobre o agente causador da doença, sobre o modo de transmissão, sintomas, dados epidemiológicos e formas de prevenção. Todos os dados são referendados por médicos, cientistas e pela OMS.

Pouco antes desta publicação, foi criado o Programa Nacional de Luta contra a Sida, o que pode explicar o aumento de matérias sobre a doença no Jornal de Angola.

¹⁸³ JORNAL DE ANGOLA. “Detectado novo caso de SIDA no Panamá”. 25 de agosto de 1985.p.12.

¹⁸⁴ JORNAL DE ANGOLA. “Testes obrigatórios anti-SIDA em França”. 7 de agosto de 1985.p.12.

¹⁸⁵ JORNAL DE ANGOLA. “Governo esclarecerá população sobre SIDA”. 4 de setembro de 1985.p.4.

¹⁸⁶ JORNAL DE ANGOLA. “Sida sob a areia”. 5 de agosto de 1988.p.10.

¹⁸⁷ JORNAL DE ANGOLA. “O que é o SIDA?”. 29 de março a 1 ° de abril de 1988. pp.11; 10;10;10.

De acordo com a maioria das fontes consultadas, o PNLS foi criado em 1987¹⁸⁸ por iniciativa do governo angolano. Temos aqui, mais uma diferença em relação ao Brasil, onde foi a sociedade civil a primeira a levantar a bandeira da luta contra o HIV¹⁸⁹, arrastando consigo depois o Estado. Enquanto a aids surgiu no Brasil no momento do ocaso do regime militar e no processo de distensão política; em Angola, a doença chegou em meio à guerra civil, num regime de partido único (MPLA), sendo que o governo não controlava boa parte do território que estava em poder de um grupo rival, a UNITA.

Apesar de carregar desde a sua fundação os adjetivos “Programa” e “Nacional”, o PNLS não merecia receber nenhum dos dois epítetos em seus primeiros anos. Em primeiro lugar, porque estava longe de ser um programa, de fato. Formado por um trio de pessoas - às vezes quatro ou cinco, dependendo da época - as atividades do grupo não tinham um planejamento estruturado, com objetivos e metas definidos. Resumia-se a uma sala onde os funcionários tentavam debater qual a melhor maneira de alertar às pessoas sobre a nova doença. Em segundo lugar, porque três ou quatro funcionários sozinhos não tinham como cobrir o país inteiro, ou melhor, não conseguiam nem mesmo cobrir a metade do país onde o MPLA de fato governava.

As pressões políticas e econômicas obrigaram os angolanos com melhor educação a ir para o exterior. Em meados da década de 1980, as perspectivas de emprego ou de estudo levaram até 10 mil angolanos qualificados a emigrar para a Europa, o Brasil ou a América do Norte. A essas ondas imigratórias, seguiram-se outras para escapar da guerra e recrutamento para os exércitos. Dessa forma, havia pouca gente gabaritada para constituir um programa nacional de luta contra o HIV.

¹⁸⁸ Infelizmente, até o presente momento, não descobri a data precisa. Há divergências entre entrevistados e jornais sobre a data de fundação.

¹⁸⁹ GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.pp.60-84.

A universidade nacional de Angola produziu 764 diplomados nos dez anos pós-coloniais até 1985, e alguns possuidores de títulos retornaram do exterior. No entanto, em 1985, apenas 177 estudantes angolanos com diploma universitário foram registrados em toda a força de trabalho nacional¹⁹⁰. Essa era a situação quando foi decidida, em 1987, a criação do PNLS.

Marcela Silva, ex-funcionária do PNLS e do posterior Instituto Nacional de Luta contra a Sida, conta que chegou ao Programa em 1989, logo após o então ministro da saúde chamar todos os técnicos e enfermeiros recém-formados para ocuparem áreas onde havia carência de quadros¹⁹¹. Ela e muitos outros foram retirados dos hospitais onde trabalhavam para serem realocados na área administrativa do Ministério da Saúde, direções provinciais de saúde e também da Direção Nacional de Saúde Pública. Marcela Silva acabou escolhendo ficar no recém-formado Programa Nacional de Luta contra a Sida, pois queria conhecer a situação da doença de perto¹⁹². Ela conta que ouviu falar do HIV quando era enfermeira instrumentista no bloco operatório do Hospital Josina Machel, de Luanda:

Então começamos a ouvir [sobre a aids] – porque dantes esterilizávamos o material por estufa. É tipo um micro-ondas, onde púnhamos o material mais apropriado para esterilizar o material. Mas disseram que “Não, por estufa já não dá” [para esterilizar] porque agora há o vírus, o VIH, que não morre na estufa. (...) Nós ficamos assim: “Mas que vírus é esse que não morre nem com o calor?!” Depois começou-se a descartar das seringas que se esterilizava às vezes por ebulição (...) Não eram descartáveis. Depois começou-se a deixar... a descartar esse tipo de material (...) por causa do VIH¹⁹³.

Marcela Silva conta, entretanto, que não havia cursos de reciclagem e formação continuada dentro do hospital, portanto nem ela e nem os outros técnicos de saúde e enfermeiros sabiam porque deveriam realizar esses novos procedimentos. Dessa forma,

¹⁹⁰ BANCO MUNDIAL. *Angola: An Introductory Economic Review*. 1991. pp. 105-106.

¹⁹¹ Marcela Eunice Ferreira Gaspar do Nascimento Silva. Entrevista concedida em Setembro de 2017.

¹⁹² Idem.

¹⁹³ Idem.

ela manteve-se curiosa sobre o tema e na ocasião da realocação, perguntou se havia um programa de HIV. Foi informada que era um programa recente e que não havia quadros suficientes. Foi assim que ela se juntou ao PNLs em 1989, que na época só tinha duas funcionárias, sendo ela a terceira¹⁹⁴.

O programa enfrentava o preconceito dos técnicos de saúde, que não queriam ir trabalhar lá: “(...) muita gente não queria lá ir [no PNLs] porque ouvia: ‘VIH é um mal... o Sida é uma doença perigosa, contagiosa’ (...) E eu disse: ‘Não, eu preciso estar lá dentro para conhecer a realidade. É assim que eu entrei’”¹⁹⁵. Ela juntou-se à Elsa Montez, diretora do Programa e Francisca Van-Dúnem, chefe da administração. Marcela Silva ficaria responsável pela chefia da área de Comunicação e Informação, cargo que ocuparia até 2015, quando o Programa já tinha se transformado em Instituto¹⁹⁶. As três faziam pesquisas sobre o tema do HIV de maneira autodidata, contando com limitado suporte de formação dado pelo governo¹⁹⁷.

O principal apoio na área de formação viria das Nações Unidas, através da OMS, que passou a enviar consultores a Luanda para ajudar na formação sobre o HIV. Segundo Marcela, apenas em 1990 ela e as amigas do programa receberam formação adequada, graças a OMS:

(...) o primeiro seminário que nós tivemos mesmo de como deveria funcionar a luta contra o sida foi dado por um tunisino, um consultor tunisino (...) pela OMS, ele veio pelas Nações Unidas, Dr. Farza. Daí praticamente que nos abriu [os olhos]. Deu-nos luzes. Ele formou-nos a nível do serviço, depois fizemos a formação a nível nacional¹⁹⁸.

A partir dos seminários do Dr. Farza, o PNLs criou seus primeiros planos de ação para a prevenção ao HIV. Isso foi feito através de parcerias com pessoas que aceitavam ajudar na divulgação da doença e seus efeitos. Para se ter ideia do

¹⁹⁴ Idem.

¹⁹⁵ Idem.

¹⁹⁶ Idem.

¹⁹⁷ Idem.

¹⁹⁸ Idem.

amadorismo dessa época, Marcela relata como era feita uma campanha de prevenção antes do Dr. Farza incentivá-las a procurarem voluntários e criarem estratégias de falar com o público:

No dia mundial de luta contra a sida, o que que nós fazíamos? Eu pegava minha família, as minhas filhas eram pequeninas, minha mãe, meus irmãos, pegávamos todos; a diretora também pegava a família dela, quer dizer, cada uma pegava a sua família; e íamos a correr pela rua [exclamando]: “Sida! Sida! Sida!” Era assim! Daí começamos a arranjar parcerias com os jovens, os ciclistas. Então era assim, com nossos carros pessoais, porque nem carro tínhamos para trabalhar (...) colávamos cartazes nos carros e íamos girando pela cidade [exclamando]: “Sida existe! Sida não sei o quê”. Íamos fazendo palestras, íamos nas praias! Assim que nós começamos¹⁹⁹.

As reações do público que era abordado nestes locais públicos podiam não ser amistosas:

Muitos diziam que [a campanha] é uma forma de que nós estávamos a arranjar para poder receber o marido dos outros. Que nós éramos vadias, que éramos prostitutas, todos os nomes serviam para nós. Mas nós não nos importávamos porque a nossa intenção era mais passar a informação²⁰⁰.

Depois disso, foi criado a partir do programa, com a abertura política de 91, a Associação Angolana de Luta contra a Sida, a AALSIDA. Com o crescimento da demanda e a expansão de serviços de prevenção, o programa recebe novo fluxo de trabalhadores. Entre os novos e velhos funcionários, iniciou-se discussão interna sobre a melhor maneira de conseguir suprir as crescentes demandas e ainda envolver melhor a população no tema do HIV. Decidiram-se pela criação de uma associação, onde integrariam gente comum ao trabalho do Programa, treinando pessoas que poderiam atuar em áreas com pouca atenção até então, como os “prostíbulos”, por exemplo²⁰¹.

Ao longo dos anos 90, outras organizações foram surgindo, sendo que algumas seriam peças fundamentais na luta contra o HIV em Angola na década seguinte.

Daremos destaque para elas num momento mais oportuno. Por ora, voltemos ao PNLS.

¹⁹⁹ Idem.

²⁰⁰ Idem.

²⁰¹ Idem.

Depois da saída de Elsa Montez da diretoria do PNLS, o cargo seria ocupado, sequencialmente, por Catarina Aragão e Antonica Ember, antes de ir parar nas mãos de Ducelina Serrano, que ocuparia a direção da Instituição até 2015. Dra. Ducelina e Sra. Marcela, como são conhecidas, formaram uma dupla que estaria no comando do Programa (e depois Instituto) por vários anos. Marcela foi o braço direito de Ducelina e sempre esteve responsável pela área de Comunicação e Informação, ou seja, pela formulação de campanhas de prevenção.

Inicialmente, as campanhas de prevenção eram o principal foco do PNLS e praticamente sua única atividade regular. O conteúdo dessas propagandas poderia ser sintetizado na frase “A Sida Mata!”. O enfoque estava na associação direta entre a doença e a morte, com o objetivo de impactar as pessoas sobre os perigos da contaminação. Tal abordagem, que apostava no susto e na criação do medo como alerta, era muito comum na época e foi utilizada em muitos países, inclusive o Brasil. Esse tipo de abordagem, entretanto, logo passou a receber duras críticas, sendo inclusive uma das lutas das ONGs angolanas no fim dos anos 90, acabar com esse tipo de propaganda considerada negativa. Marcela justifica essa escolha da seguinte forma:

Dizem que [o enfoque na morte] é errado, mas nós achamos que é um mal necessário. Pra uma primeira fase [da luta contra o HIV] em que as pessoas não queriam acreditar, então teria que ter primeiro uma informação de choque. Quem que quer morrer? Nós todos sabemos que vamos morrer, mas quando te dizem: vais morrer amanhã se tiveres Sida! Como é que [tu] ficas? Daí ficas apavorado! Eu acredito que no princípio havia mesmo essa necessidade²⁰².

Essa campanha, que duraria ao longo de todo os anos 90, apenas refletia em Angola o que se fazia nos países africanos vizinhos:

(...) Não era só Angola que tinha esse tipo de informação [sobre sida e morte] (...) Eu investigava nas Nações Unidas material dos outros países (...) quando saíamos em conferência, recolhia material dos outros, para ver o que os outros faziam, também

²⁰² Idem.

levávamos os nossos [materiais] e assim trabalhávamos em intercâmbio²⁰³.

Mais tarde, como veremos, essa campanha foi sendo abandonada: “Depois desse “Sida Mata!”, disseram: “Sida mata, não!”, vamos por “A Sida é evitável””²⁰⁴. Essa conquista foi possível graças ao engajamento dos ativistas das organizações que falaremos em breve. O predomínio da conexão entre aids e morte também aparece no nome do principal programa midiático dos anos 90 a tratar especificamente do HIV, o famoso “Mel que mata”, que foi ao ar na Rádio Nacional entre 1995 e 1998. O jornalista Jesus Ramos, principal responsável pelo programa, afirma que a ideia por trás do título era demonstrar que o sexo era “doce como o mel”, mas que poderia matar através da aids²⁰⁵.

Ainda sobre o PNLS durante esses primeiros anos, vale destacar o trato com os doentes. Como dissemos, o trabalho do Programa era basicamente de informação, realizando campanhas de prevenção que enfatizavam a proximidade entre a doença e a morte. Entretanto, o PNLS também teve a tarefa de lidar com soropositivos. Segundo Marcela

[O doente] Era a parte mais pesada pra nós. (...) Os doentes eram diagnosticados no hospital (...) Não tinham nada para oferecer ao paciente. Aí o que que eles faziam? O médico, quando visse que o resultado era positivo, ele selava o resultado, entregava ao paciente e mandava [o paciente] para nós, no Programa. Então, nós o que que fazíamos? Tínhamos que pegar o paciente, conversar com ele, dar-lhe a conhecer o seu estado serológico, conversávamos com ele. Não tínhamos nada para oferecer. Dinheiro do nosso bolso é que tínhamos que dar, muitas vezes para poder ajudar (...) Não havia ainda medicamento na altura (...) Foi difícil, foi muito difícil! E nós já sabíamos, às vezes quando víssemos alguém a entrar com o papel fechado... recuávamos! Quem é que vai atender? Porque era difícil para nós, falar só com a pessoa, sem nada para oferecer. Tirando as camisinhas que nós oferecíamos, mas não chega! Nesse estado não chega! Mais tarde, com muito esforço

²⁰³ Idem.

²⁰⁴ Idem.

²⁰⁵ Jesús Ramos. Entrevista concedida em Maio de 2016. Luanda.

do governo, começou-se a mandar os doentes para fora do país²⁰⁶.

Não existia até o início dos anos 2000 o trabalho de psicólogos no cuidado aos pacientes de HIV em Angola. Dessa forma, eram os funcionários do PNLIS que tentavam, dentro de suas possibilidades, dar algum conforto às pessoas que recebiam um resultado positivo. É bastante curioso, entretanto, a forma como Marcela Silva descreve as pessoas soropositivas que passavam pelo Programa nessa época:

A primeira reação era o choro. Ficavam desesperados. Mostravam um sentimento de desespero. Mas cabia a nós, tínhamos a obrigação de lhe fazer sentir que a vida não acabava por aí (...) Dávamos todas as orientações (...) e muitos até hoje ainda estão em vida. Muitos também já se foram. Mas se formos ver a história, esses que morreram não seguiam diretamente as orientações dadas (...) Um pessoa seropositiva sabe muito bem que não tem que perder noites, não tem que beber, não tem que fumar, não tem que drogar-se, mas faziam [essas coisas], o que que se espera?²⁰⁷

Vejamos que o depoimento da entrevistada contrasta com a declaração que ela deu anteriormente sobre a campanha do “Sida Mata!”. Se as propagandas reforçavam o vínculo entre o HIV e a morte, nada mais natural do que essa reação das pessoas. Como fazer o paciente acreditar que “a vida não acabava por aí” se as propagandas diziam o oposto?

É ainda mais digno de nota, que ela responsabilize os pacientes mortos por suposto relaxamento no tratamento. Angola só irá disponibilizar antirretrovirais gratuitamente e universalmente em 2004, sendo que alguns anos antes, alguns pacientes conseguem medicamentos com ajuda da ONG LPV. Antes disso, não há remédios disponíveis, sendo que a maioria dos soropositivos antigos que sobreviveram, foram contaminados muitos anos depois, no fim dos anos 90. A alta taxa de óbito nesses primeiros anos se deve à ausência de tratamento para a doença, não aos hábitos dos pacientes.

²⁰⁶ Marcela Eunice Ferreira Gaspar do Nascimento Silva. Entrevista concedida em Setembro de 2017.

²⁰⁷ Idem.

O fato da conduta dos soropositivos ser associada ao seu destino (vida ou morte) não é uma coincidência. Como veremos, essa sempre será a tônica quando o assunto é o HIV em Angola. Todas as campanhas de prevenção, inclusive, reforçam o papel do indivíduo frente aos desafios da doença. Essa tradição já está presente aqui no Programa desde seus primórdios. Marcela Silva afirma que a primeira inspiração das campanhas de prevenção do PNLs foram a Frota da Esperança, que vimos no primeiro capítulo:

Na prevenção, nós definimos três barcos de salvação. A prevenção com a camisinha, a fidelidade e a abstinência. (...) Pra nós, como técnicos [de saúde] não nos seria fácil falar da abstinência, nem tampouco da fidelidade, mas sim falar da camisinha. Mas aqui também chocávamos com a Igreja que falava da fidelidade, da abstinência. Quer dizer que [para a Igreja] estamos a promover a promiscuidade [ao falar da camisinha]. E há quem também vinha aqui na fidelidade e na abstinência [dizer]: ‘Não existe!’. As Nações Unidas: ‘Não existe fidelidade! Não existe abstinência!’ (...) Não existe fidelidade, como assim? Não existe abstinência, como assim? Foi assim uma luta e fomos argumentando (...) até que conseguimos [vencer], (...) são os três barcos, tem que existir e tem que existir mesmo! E depois apareceu o outro barco que é o do tratamento.

Percebemos aqui, um momento importante de definições de papéis na luta contra o HIV em Angola. Como vimos no capítulo um, a estratégia ABC é um desenvolvimento da Frota da Esperança e se baseia no pilar Abstinência, Fidelidade e Camisinha. Vimos também que o sucesso da ABC em África se dá, acima de tudo, pela capacidade de incluir de uma vez só as demandas da saúde pública pelo uso do preservativo e os anseios religiosos pela manutenção de um discurso moral acerca da família tradicional. Em cada país, africano, entretanto, houve o momento do choque de forças entre as igrejas e os órgãos de saúde locais e a Organização Mundial da Saúde a respeito de qual das três letras, o A, o B ou o C, deveria ter primazia; e, além disso, quem seria responsável pela aplicação de cada uma delas.

As igrejas preferiam o A e o B, enquanto a OMS recomendava o C, dizendo que fidelidade e abstinência não existiam como formas de prevenção. O PNLs procurou

incorporar as três letras, a despeito das críticas, desde o início, e acabou convencendo as igrejas e a ONU a aceitarem a estratégia ABC, que se tornaria dominante em Angola desde então. Mas, o que é mais importante neste processo, é que ocorre uma **separação de atuação entre as igrejas e o serviço de saúde**. Enquanto as primeiras ficam responsáveis pelas letras A e B, o último fica com a letra C. Marcela ilustra este processo através do relato de um episódio ocorrido num programa de televisão chamado “Quem sabe, sabe”, onde ela estava como convidada para falar sobre prevenção ao HIV:

Mas então eu usei uma estratégia. Não falar do preservativo, mas sim falar só da abstinência, da fidelidade e da abstinência. Olha, Tiago, não imaginas, eu a falar da fidelidade e da abstinência, os jovens gritavam, gritavam, gritavam: “Não! A camisinha!” Quer dizer, a resposta da camisinha saiu no público. Aquilo foi engraçado. Quer dizer, [aquilo] **só me mostrou mais uma vez que o meu trabalho não era falar da fidelidade e nem da abstinência, mas sim da camisinha. Quem tinha que falar da fidelidade era na igreja**, porque na igreja se o pastor ou padre estiverem a falar da fidelidade, ninguém vai gritar! (...) Todo mundo vai ficar aí com os ouvidos bem atentos e vão fazendo minhocas nas suas cabeças. Mas se eu estiver a falar disso, vão gritar para mim. Eu vi onde era meu lugar e onde eu deveria me inserir²⁰⁸.

Os funcionários do PNLIS perceberam que, do ponto de vista do público angolano, profissionais da área de saúde não estavam gabaritados a falar sobre fidelidade e abstinência e que, portanto, o papel deles seria trazer as igrejas para preencher esse espaço, mas sem que a camisinha fosse completamente eliminada das campanhas. O próximo passo, portanto, foi convencer as igrejas a aderirem ao preservativo. Isso foi parcialmente conseguido graças às igrejas protestantes, que são mais abertas ao controle familiar do que a Igreja Católica. Marcela relata o processo de convencimento das lideranças religiosas:

Então começamos a falar do preservativo, que também não era bem assim como estão a pensar, que é promover a promiscuidade. Nós fomos trocando opiniões a nível da igreja: ‘Mesmo na igreja, por favor, quantas pessoas se engravidam

²⁰⁸ Idem. Grifos meus.

aqui? Então!’ (...) Uma vez estive num encontro com os pastores da Igreja Metodista, com seu líder máximo, que é o bispo... que é o atual Bispo... Domingos. (...) Eu falei de tudo, eu como técnica tinha que falar de tudo. Depois, perguntei aos pastores como que eles achavam que deveríamos prevenir o VIH. (...) Até que levantou-se uns a dizer: “Não vamos tapar o sol com a peneira, nós embora somos pastores, mas também somos feitos de carne. Também pecamos. Por que vamos dizer que não podemos usar camisinha? E além disso, a camisinha não é só por causa do VIH. Também é uma forma de planeamento familiar”²⁰⁹.

O próprio líder, ao ouvir esse argumento, teria dito:

‘Nós temos que respeitar a medicina. Também temos que nos fazer respeitar como líderes espirituais. E como líderes espirituais, não deixamos de ser seres humanos e também pecamos. Em vez de cairmos no pecado e apanharmos doenças, então vamos cair no pecado e nos prevenir’. (Risos). Foi isso que ele falou! Porque há muitos pastores que também morreram com sida. Morreram de tanta vergonha, não conseguiam ir à consulta e tudo, morreram com o VIH, com sida²¹⁰.

No capítulo 3 veremos em mais detalhes as opiniões dos religiosos angolanos sobre a aids, mas o que nos importa neste momento, é perceber que depois de uma dúvida sobre as estratégias de prevenção, a estratégia ABC foi consolidada e as igrejas receberam carta branca do PNLS para serem as porta-vozes oficiais das Letras A e B, ou seja, da prevenção focada na abstinência e na fidelidade conjugal. Isso ajuda a explicar o papel profundo que a religião cristã desempenha nas campanhas de prevenção ao HIV em Angola. A medicina fica restrita ao carácter mais técnico da doença: tratamento e medicação, sobretudo.

1998-2008: o período das mudanças e conquistas

No fim dos anos 90, importantes mudanças ocorrem na luta contra o HIV em Angola. Em 1998, a ONUSIDA²¹¹ finalmente abre um escritório em Luanda. Até então,

²⁰⁹ Idem.

²¹⁰ Idem.

²¹¹ Instituição que é conhecida no Brasil como UNAIDS.

as diferentes agências da ONU agiam de modo pontual e sem muita coordenação entre si nas suas atividades contra a aids. Isso terminou com a instalação de uma sede oficial da ONUSIDA no país.

Além disso, nesta fase surgem as principais organizações sociais que irão liderar as campanhas que resultarão nas principais conquistas para os soropositivos nos anos 2000. Tais organizações se diferenciavam das primeiras que surgiram no começo da década de 90, como a AALSIDA, por dois motivos. Primeiro, por contarem entre seus membros com o peso de muitos soropositivos que viam nelas a possibilidade de assumirem o protagonismo na luta contra o mal que lhes afligia. Em segundo lugar, porque foi a partir delas que se introduziu a questão dos Direitos Humanos como fundamento da luta contra o HIV em Angola. São elas: Luta pela Vida (LPV), Associação Justiça, Paz e Democracia (AJPD), Associação Amigo dos Seropositivos (AAS), Ação Humana e Scarjov. Elas não são, obviamente, as únicas ONGs que trabalham com aids no país, mas é a partir delas que se estabelecem os principais debates sobre a doença e são elas, juntamente com a Anaso, a rede de organizações de luta contra a aids, as líderes de reivindicações junto ao governo por melhorias no tratamento, prevenção e cuidado aos doentes. No âmbito da Igreja, é na mesma época que surge a pastoral da sida, movimento católico que pensa a aids teologicamente, mas abordaremos esse tema no capítulo 3. Por ora, vamos nos concentrar nestas organizações e nas pessoas que fizeram parte delas. Como em Angola, a política tende a ser muito personalista, os líderes e membros destacados das organizações civis tendem a ter suas biografias confundidas com as das instituições que representam. Dessa forma, optamos por tratar dos indivíduos e de suas organizações em simultâneo. Em alguns casos, como no do médico Alberto Stella, não há uma vinculação específica a uma organização social, mas ele se relaciona intimamente à luta contra o HIV nesta época.

Dr. Alberto Stella e a LPV

O médico venezuelano Alberto Stella é lembrado pelos ativistas em Angola como um herói na luta contra o HIV no país. Em entrevista, ele conta que chegou em Angola em 1997 com o projeto de cooperação internacional de uma universidade italiana com o Instituto Nacional de Saúde Pública²¹². O projeto em que ele estava inserido não era focado exclusivamente no HIV, mas sim em doenças infecciosas em geral. A meningite e a poliomelite, inclusive, foram seus focos iniciais. Durante seu trabalho, o médico percebeu que muitos pacientes que apareciam nas suas pesquisas, eram pacientes de aids que desenvolviam doenças oportunistas. Ele também percebeu que os níveis de estigma e discriminação eram muito altos. Desde então, ele passa a cuidar de pessoas com aids e viria a trabalhar na ONUSIDA a partir de 2001²¹³. A grande pergunta que se fazia na época era onde os infectados estariam, afinal não havia mecanismos de detecção abrangentes e os hospitais ainda não tinham formação especial para lidar com os doentes. O PNLS, como vimos, era formado por poucas pessoas e não dispunha de atendimento médico. Ainda em 1999, foi feito um primeiro estudo de prevalência, em parceria com o Instituto de Saúde Pública, em mulheres grávidas. Os resultados foram altos. Numa só maternidade a taxa de prevalência tinha sido de 8%. Foi feito um segundo estudo no Hospital Divina Providência com doentes com tuberculose e a prevalência encontrada foi ainda mais alta: 15%²¹⁴.

Pouco antes de entrar na ONUSIDA, ele decidiu abrir em Luanda, ao lado de uma amiga psicóloga angolana, um consultório para atender pessoas com HIV. Era um trabalho completamente voluntário e gratuito e foi feito em parceria com a organização civil Luta Pela Vida (LPV), à época lideradas por Humberto Pique e Carolina Pinto.

²¹² Alberto Stella. Entrevista concedida via Skype em 2 de julho de 2017.

²¹³ Idem.

²¹⁴ Idem.

Muita gente começou a ir neste consultório. Tanto pessoas que suspeitavam estar infectadas quanto gente que já tinha recebido um resultado positivo em algum exame. Com isso, o trabalho cresceu exponencialmente, mas não havia recursos para atender essas pessoas, pois Angola não tinha nenhum tipo de tratamento para oferecer²¹⁵. Mas a legislação da época dizia que quando o país não tinha capacidade de oferecer tratamento para determinada doença, o paciente poderia ser evacuado para tratamento na África do Sul. Como o processo de envio para o estrangeiro passava por uma Junta Médica, ficou conhecido do público a expressão “estar sob a Junta Médica” como sinônimo de ir fazer tratamento no exterior. O nome oficial deste projeto é Junta Nacional de Saúde e ele começou em 1999, um pouco antes de Stella abrir sua clínica voluntária.

O consultório improvisado do Dr. Stella passou, portanto, a fazer um trabalho que deveria ser do governo angolano: cuidar das doenças oportunistas que afligiam a população soropositiva e preparar o relatório médico que seria enviado para a Junta Médica autorizar a evacuação para a África do Sul.

Acontece que muitos pacientes já estavam em um estágio avançado da infecção quando chegavam ao consultório de Stella, o que fez com que ele tomasse uma atitude pela qual seria eternamente lembrado em Angola. Ele começou a contactar amigos que tinha em diversos países, como Brasil, Espanha e Itália para que estes lhe enviassem medicamentos que, de alguma forma, tinham sobrado em seus respectivos países:

De alguma forma eles faziam chegar até mim, medicamentos que eles tinham, que tinham ali nos hospitais ou nos serviços e que talvez não tinham sido utilizados porque algum doente tinha tido resistência ou porque tinha tido efeitos colaterais tóxicos e então eles mandaram para mim. E eu comecei a organizar esquemas de terapia sem importar muito se eram de primeira, segunda ou de terceira linha, ou de resgate. O importante era poder começar o tratamento e assegurar que as pessoas podiam chegar [em condições] à sua evacuação [para a África do Sul]. A

²¹⁵ Idem.

evacuação demorava desde que nós introduzíamos o relatório médico na Junta, poderia demorar três meses²¹⁶.

Os remédios chegavam do exterior no endereço do Instituto Nacional de Saúde Pública e graças aos contatos que o médico havia estabelecido em Angola, não havia nenhum problema burocrático ou legal que o impedia de recebê-los e distribuí-los aos pacientes através das três consultas diárias que ele oferecia por semana²¹⁷.

Mas, como era de se esperar, a demanda pelas consultas ultrapassava a capacidade do médico e da LPV em supri-la. Stella conta que chegaram a evacuar mais de 1500 pessoas para a África do Sul, mas o número de infectados em Angola deveria chegar as centenas de milhares e estariam espalhados pelo país todo e não apenas na capital. Entretanto, apesar desses limites, o trabalho dele e da LPV ajudou a formar uma rede de pessoas vivendo com HIV em Angola pela primeira vez. Juntas, essas pessoas passam a se organizar em torno de objetivos e metas em comum, sendo a luta pela adoção do tratamento gratuito e universal em Angola, a principal bandeira que emerge nesse período de 1998 a 2002. A LPV consolida-se como a principal organização deste movimento e inicia atividades de advocacia e incidência política. Esse movimento ajudou também a fortalecer o PNLIS, que passou a ver visto pelo governo com mais seriedade²¹⁸.

As consultas aconteciam, a princípio, na sede da LPV, mas depois passaram a ocorrer nos fundos do Hospital Américo Boavida (HAB), que cedeu espaço para a organização. Stella conta que o trabalho da LPV era tentar reconstruir a autoestima dos soropositivos, que sofriam enorme discriminação, principalmente dentro de casa. Muitos infectados eram expulsos de casa ou excluídos do convívio familiar. Havia muita desinformação sobre as formas de contágio e muitos familiares achavam que os soropositivos iriam fazer as crianças adoecerem apenas por usarem os mesmos talheres

²¹⁶ Idem.

²¹⁷ Idem.

²¹⁸ Idem.

ou o mesmo banheiro. A LPV, portanto, reunia essas pessoas e as encorajava a manterem a cabeça erguida, além de ajudarem com alguma despesa na medida que fosse possível. Nessa época, no começo dos anos 2000, a organização ficou conhecida por suas atividades ao ar livre, debaixo das árvores do terreno do HAB. Havia teatro, dança, testemunhos, organizações de marchas, fogueiras, etc.

Falaremos mais sobre as marchas da LPV e outras organizações em breve. Por ora, sabemos que a LPV havia se fortalecido por sua parceria com o médico Alberto Stella e que havia criado a primeira rede de relações entre soropositivos. Dentre eles, alguns se tornariam ativistas de grande porte. Destacamos três ativistas de suma importância cuja história de vida e ativismo ajudam a contar a história da luta contra o HIV em Angola: Carolina Pinto, conhecida como Kaina, Maria Geovety de Brito, conhecida como Soraya, e Maria Francisca Henda.

Maria Francisca Henda: LPV e AJPD

Descobriu seu estado sorológico em 1992, sendo a pessoa há mais tempo infectada pelo vírus do HIV e ainda viva com quem teve contato. Ela conta que sua longa saga de luta e sobrevivência teve início quando começou a perder peso inexplicavelmente. Ela foi ao médico e realizou vários testes, sendo um deles o ELISA, um dos primeiros testes de HIV a serem produzidos. Recebeu a notícia de que seu exame deu positivo, mas não chegou a ficar impactada com a notícia porque ainda não tinha ideia da dimensão da doença²¹⁹.

Não existia um trabalho de aconselhamento e o médico que a atendeu não a indicou para o PNLs. Ele preferiu manter segredo sobre o resultado e pediu que ela

²¹⁹ Maria Francisca Henda. Entrevista concedida em 7 de outubro de 2017.

chamasse alguém da família para estar junto na próxima consulta. Na data agendada ela retornou com a prima. O médico explicou que ela tinha HIV e que precisaria “se cuidar”²²⁰ se quisesse viver mais tempo, o que incluía não beber, não fumar e nem perder noites de sono. Ele ainda deu a ela cerca de dois a dois anos e meio de vida.

A prima deu apoio a ela e contou para as outras primas que moravam com ela sobre a doença. As primas eram angolanas, mas tinham morado em Portugal e já conheciam o HIV. Dessa forma, elas já conheciam as formas de contágio e não discriminaram Henda dentro de casa.

O prazo dado pelo médico chegou e passou, mas ela continuava viva. Em 1995, entretanto, ela sofreu uma grave crise de saúde e ficou internada por 9 meses no Hospital Josina Machel. Lá ela conheceu a AALSIDA, que fazia trabalhos de apoio aos doentes de HIV nos hospitais. Foi o primeiro contato que ela teve com qualquer grupo ligado ao combate ao HIV em Angola. Esse apoio veio em momento oportuno, uma vez que a família dela, que fora compreensiva inicialmente, decidiu que não iria mais dar apoio a ela quando ela adoeceu e teve de ser internada:

Quando eu fiquei internada, a minha família disseram (sic) que “Não, se você vai, vais ter que levar os teus filhos pro hospital”. E eu tive que levar as crianças. Saí de casa doente com as crianças, chegando no hospital os médicos disseram: “Não, eu vou internar você, não as crianças. Quem está doente é você! Sua família vai ter que vir buscar as crianças”. Eu não tive naquele momento nenhum suporte da família para ver se levavam os miúdos para casa²²¹.

Os médicos, então, disseram que teriam que encontrar uma organização que pudesse cuidar das crianças. No primeiro dia, ela teve de dormir na cadeira de espera junto com os filhos e contou com a solidariedade de parentes de outros pacientes que ficaram com pena da situação e retiraram parte dos alimentos que traziam para os seus familiares e deram para os filhos de Henda se alimentarem. No dia seguinte, um

²²⁰ Idem.

²²¹ Idem.

representante da AALSIDA, António Coelho, hoje presidente da Anaso, veio até o hospital e levou as crianças para um lar beneficente chamado APV²²².

Henda continuou internada sem saber se iria sobreviver. Depois de vários meses, uma vizinha foi visita-la e descobriu que ela tinha melhorado. Foi então que a entrevistada recebeu a notícia que sua família estava vendendo todos os seus bens, incluindo suas roupas, roupas dos seus filhos e até o apartamento da família da qual ela era uma das donas. Henda comunicou a AALSIDA para que a ajudasse e a organização foi até o local onde sua família vivia e houve uma acalorada discussão. As primas não gostaram da intervenção da organização e disseram que não poderiam devolver as roupas das crianças porque já tinham sido vendidas. Não foi possível um acordo e os ativistas da AALSIDA tiveram que partir sem um resultado²²³.

Henda diz que estava mais preocupada com sua saúde e com seus filhos e que, por isso, não se importou tanto com o desenrolar desta história. Ela tinha dificuldade de comer a comida do hospital e, por isso, tinha dificuldades de se recuperar. O médico assistente que tomava conta dela resolveu abdicar de sua própria refeição para que ela tivesse acesso a uma comida de melhor qualidade. Dessa forma, ela passou a comer no refeitório dos médicos, enquanto o médico assistente trazia comida de casa²²⁴.

Um tempo depois, em novembro de 1995, apareceu no hospital um grupo de representantes da UNAVEM (United Nations Angola Verification Mission), missão de paz criada pelo Conselho de Segurança da ONU que estava em Angola para tentar assegurar a paz em meio ao conflito armado entre o MPLA e a UNITA que já durava cerca de 20 anos. O objetivo deles no hospital era realizar um programa sobre pessoas que viviam com o HIV em Angola. Estavam à procura de entrevistados, mas não estavam conseguindo encontrar soropositivos que tivessem a coragem de falar

²²² Idem.

²²³ Idem.

²²⁴ Idem.

abertamente sobre sua condição. Foram até o hospital porque ouviram falar de Henda e pediram a ela que aceitasse participar do programa. Ela não aceitou fazer a entrevista porque não queria ter seu rosto exposto na televisão. Eles fizeram uma contraproposta, afirmando que iriam preservar a identidade de Henda ofuscando seu rosto para que o telespectador não pudesse reconhecê-la²²⁵. Essa, inclusive, tinha sido a condição dada pelo diretor do hospital para que a entrevista fosse concedida.

Sob essas condições, a entrevista foi gravada e foi ao ar pela Televisão Pública de Angola poucos dias depois. Entretanto, não respeitaram o acordo e seu rosto foi mostrado sem nenhum tipo de censura. A situação trouxe revolta aos ativistas das organizações existentes, em especial aos membros da AALSIDA que acompanhavam o caso de Henda. Para piorar a situação, os parentes mais distantes que ainda não sabiam sobre o estado sorológico dela, souberam pela televisão e ela sofreu rejeição deles²²⁶.

Entretanto, a repercussão negativa da atitude da UNAVEM acabou angariando a simpatia de estranhos e o hospital, de repente, estava cheio de pessoas da sociedade civil que passaram a querer ajudá-la. O diretor do hospital, por sua vez, sugeriu que ela arranjasse um advogado para processar a UNAVEM por danos morais. Aconselharam também que fosse até a Assembleia Nacional e conversasse com a pessoa responsável pela Comissão dos Direitos Humanos, a deputada Anália Pereira. A política foi solidária e arranjou uma advogada para tratar do assunto²²⁷.

O caso foi parar no Tribunal e a justiça pediu as imagens da televisão para dar prosseguimento ao caso. A Televisão Pública de Angola alegou que tinha deletado as imagens devido à repercussão negativa do caso, mas Henda acredita que essa alegação foi uma invenção para poder obstruir a justiça e impedir que os acusados fossem condenados. A deputada Anália Pereira decidiu, então, que deveria realizar uma

²²⁵ Idem.

²²⁶ Idem.

²²⁷ Idem.

audiência entre Henda e o representante da missão de paz das Nações Unidas em Angola, Maître Alioune Blondin Beye²²⁸.

O encontro ocorreu em junho de 1998 e Henda estava acompanhada de uma prima e os filhos. Beye não só se responsabilizou por todos os danos morais como também prometeu uma série de coisas: um novo apartamento, tratamento na África do Sul e mais alguma ajuda financeira para que ela tivesse uma vida estável com as crianças. Um novo encontro para que os detalhes fossem acertados foi marcado para outra semana, logo após uma viagem internacional que Beye faria²²⁹.

Na mesma viagem, Beye morre num acidente de avião na Costa do Marfim. Meses se passaram até que o novo representante foi indicado. A deputada Anália Pereira chegou a conversar com ele, mas o homem disse que não poderia assumir compromissos pessoais de Beye. Henda acabou perdendo todas as garantias que tinha ganho²³⁰.

Ela acabaria conseguindo uma casa via Ministério da Reinserção Social. Henda conseguiu uma audiência com Albino Malungo, o ministro desta pasta, e ele lhe prometeu pagar um ano de aluguel numa nova residência. O caso dela já era conhecido devido à repercussão da entrevista de televisão, o que lhe facilitava acessos que uma pessoa comum não teria conseguido. Nessa época, o processo judicial contra a UNAVEM continuava em andamento e ela ainda vivia no hospital. Apenas em setembro de 1996 ela consegue se mudar para a nova casa com os filhos²³¹.

O mesmo Ministério resolveu ajudar no seu tratamento, enviando-a para Pretória em 1998. Quando retornou, conversou novamente com a deputada Anália Pereira e expressou seu desejo de continuar voltando à África do Sul para realizar tratamento

²²⁸ Idem.

²²⁹ Idem.

²³⁰ Idem.

²³¹ Idem.

médico. Mas, nessa época, a partir de 1999, foi criada a Junta Médica e Henda consegue ser inserida neste programa com ajuda da deputada Anália Pereira. Novamente na África do Sul, ela começa a receber os primeiros antirretrovirais de sua vida, sete anos depois da descoberta de seu estado sorológico e muito tempo depois do prazo de dois anos e meio que o médico lhe deu!²³²

Essa foi a rotina de tratamento de Henda até 2004, quando Angola abriu o Hospital Esperança, o primeiro hospital de referência em HIV do país. Pela lei, a Junta Médica não pode enviar para o exterior pessoas cuja doença possui tratamento gratuito em Angola. Acontece que Henda já usava medicamentos de segunda linha desde a época do início do seu tratamento na África do Sul²³³. Quando Angola passa a oferecer antirretrovirais, apenas os medicamentos de primeira linha estarão disponíveis, o que acarreta um grave problema para quem utiliza a segunda ou a terceira linhas, pois essas pessoas não poderão mais contar com a Junta Médica e nem tampouco poderão se tratar no Hospital Esperança! Em 2006, ela começa a realizar tratamento no Brasil, coisa que faz até hoje, sempre voltando a São Paulo com recursos próprios e quase sem ajuda de terceiros²³⁴.

O grande contributo de Henda na luta contra o HIV, entretanto, seria no ativismo político. Ela, ao lado de Humberto Pique, foi uma das fundadoras no fim de 1998 da Luta Pela Vida (LPV). Já havia existido uma organização anterior com esse nome, mas que desapareceu com o tempo. Por causa disso, os refundadores a chamavam de LPV-Renovada e é esta que entrará para a história de Angola como a primeira ONG criada

²³² Idem.

²³³ É comum que quando um paciente inicia o tratamento com Antirretrovirais, ele comece com os medicamentos de primeira linha. Caso o paciente desenvolva algum tipo de efeito colateral ou resistência ao tratamento, ele será introduzido à segunda linha de medicamentos. Por último, há ainda a medicação de terceira linha, para pacientes que não se adaptam aos casos anteriores. No Brasil, as medicações das três linhas estão disponíveis pelo sistema público de saúde. Em Angola, ainda hoje não estão disponíveis medicamentos de terceira linha.

²³⁴ Maria Francisca Henda. Entrevista concedida em 7 de outubro de 2017.

exclusivamente por e para pessoas vivendo com o HIV²³⁵. As outras organizações, até então, eram predominantemente formadas por pessoas não-soropositivas e que podiam não ter o mesmo comprometimento com a causa que tinham os infectados. O novo tipo de associação que a LPV representa, é do tipo que enxerga a luta pela vida dos soropositivos como uma emergência imediata, uma vez que os ativistas eram pessoas que viviam a condição de infectados. Dessa forma, a LPV inicia um modelo de ONG-aids voltado para o amparo médico e psicológico dos soropositivos, focando na **vida como horizonte de expectativas possível**. Isso contrasta fortemente esta associação com os trabalhos na área do HIV que eram predominantes até então, voltados apenas para a prevenção e focados na ideia da morte iminente como forma de incutir medo na população. Com o tempo, vendo a necessidade das pessoas, essa organização irá se constituir ao redor de um objetivo político muito claro: trazer para Angola o tratamento com antirretrovirais.

A LPV não abandonou os trabalhos de prevenção que eram comuns na época e feitos em prostíbulos e festas noturnas, mas seu grande foco eram as chamadas Terapias do Amor, encontros que ocorriam às sextas feiras das 14 às 17 horas e que tinha como objetivo, reunir soropositivos e seus familiares. Era um encontro onde as pessoas sentavam em roda e um dos ativistas ficava no meio da roda e fazia perguntas para os presentes. Cada um ia falando sobre suas vidas, sobre suas dificuldades diárias. Depois de cada fala, os ativistas perguntavam como poderiam ajudar e o público ia respondendo como ajudar cada pessoa individualmente²³⁶. Os encontros eram muito emotivos e chegavam a reunir dezenas de pessoas. Sua popularidade chegou a atrair a atenção da imprensa, que fez matérias sobre as atividades, mas sem mostrar o rosto dos

²³⁵ Idem.

²³⁶ Idem.

participante, uma vez que o estigma ainda era muito grande e ninguém queria aparecer publicamente com o rosto descoberto.

Segundo Henda, as Terapias do Amor foram muito importantes e impactantes, mas com o tempo, perderam o fôlego, na medida em que a própria organização diminuiu suas atividades. Ela acredita que faltou uma liderança mais forte nesses tempos, quando a organização recebia dinheiro de doadores estrangeiros. Faltou também, segundo ela, melhor gestão dos recursos financeiros, o que teria afastado os doadores depois de alguns anos²³⁷. Isso ocasionou sua saída da organização no começo dos anos 2000.

Henda conta que seus amigos tentaram convencê-la a voltar ao ativismo político, pois viam nela uma liderança que outros soropositivos poderiam seguir. Ela decidiu ficar um tempo afastada dos holofotes e viu surgir novos rostos na luta contra o HIV em Angola: Soraya e Carolina Pinto. Em 2004, ela recebeu convite para ingressar na Associação Justiça, Paz e Democracia, a AJPD. Desde então, ela se especializou em HIV e Direitos Humanos, realizando cursos na área primeiro em Angola e depois no Brasil, com o GAPA em 2007, depois em João Pessoa em 2008 e no Rio Grande do Sul em 2012²³⁸.

A LPV abriu caminho para que a comunidade soropositiva angolana alcançasse o protagonismo na luta contra o HIV, além de ter possibilitado, com ajuda do Dr. Stella, o primeiro cuidado médico para os doentes dentro do país. Outra virada importante, foi o enfoque que a organização deu na vida e na construção de uma agenda positiva para a aids. Entre 1998 e 2002, temos o declínio do paradigma Prevenção-e-Morte e a ascensão do paradigma do Cuidado-e-Vida. Um sinal dessa mudança é a troca do nome do programa “Mel que mata”, da Rádio Nacional, que passa a se chamar “Viva

²³⁷ Idem.

²³⁸ Idem.

a vida” a partir de 1999. Desde então, o discurso de afirmação da vida passa a predominar sobre o discurso de morte iminente. Isso não quer dizer, entretanto, que a ligação entre AIDS, morte e punição tenha desaparecido. Entretanto, essas transformações foram fundamentais para que fosse possível que pessoas soropositivas mostrassem o rosto em público e servissem como prova para a sociedade angolana de que era possível ter HIV e mesmo assim continuar vivendo. Isso iria acontecer a partir do fim da Guerra Civil em 2002 e as duas personagens chave neste processo foram Soraya e Carolina Pinto.

O Nação Coragem e o Fator Soraya

2002 foi um ano fundamental na história recente de Angola. Jonas Savimbi, líder da UNITA, é morto em combate em fevereiro e em abril é assinado o acordo de paz com o governo. O fim da Guerra Civil marca uma era de ebulição na sociedade angolana. Para as organizações da sociedade civil envolvidas com o HIV, o momento era perfeito para pressionar o governo para que fossem concedidas reivindicações na área de tratamento, cuidados e apoios aos soropositivos. Até 2002, o governo tinha a justificativa de que a satisfação de demandas sociais estava comprometida pelo alto custo da guerra. A maioria dos recursos do Estado, provenientes sobretudo da exploração do petróleo, eram drenados para o campo de batalha. Isso mudou repentinamente com a vitória do MPLA em 2002.

O momento era de empolgação. Graças ao sucesso do novo ativismo praticado pela LPV e por outras organizações nela inspiradas, o foco da luta contra o HIV passa a ser o cuidado e tratamento aos doentes, bem como a reivindicação de que o Estado angolano assumisse os medicamentos antirretrovirais para os soropositivos. Essas novas

organizações, pela primeira vez, tem um caráter mais independente em relação ao Estado. Em primeiro lugar porque elas surgiram em consequência de uma demanda específica: dar voz aos soropositivos. Seus ativistas, portanto, não estavam apenas interessados em receber um salário no fim do mês. A causa era realmente importante para eles. Em segundo lugar porque elas passam a receber ajuda financeira diretamente do exterior, através de agências internacionais como a Oxfam e o PSI. No caso das igrejas, a principal contribuição vem da Ajuda da Igreja da Noruega.

O que faltava, entretanto, era alguém que desse rosto ao movimento e que tornasse o soropositivo alguém de carne e osso com quem as pessoas comuns pudessem se identificar. Diferente do Brasil, onde desde o começo pessoas famosas assumiram seu estado sorológico perante o público (como Cazusa e Betinho, por exemplo), em Angola a doença ainda estava, em 2002, “despersonalizada”, ou seja, os soropositivos eram quase como que pessoas anônimas escondidas e marginalizadas. Como não havia nenhuma personalidade pública HIV+ assumida, o público não conseguia desassociar a aids da ideia de uma doença que torna o infectado um novo leproso, que vive escondido, à margem da sociedade. Como consequência, era difícil quebrar preconceitos sobre as formas de contágio. A maioria das pessoas ainda acreditava, nessa época, que a aids podia ser transmitida pelo toque, pelo compartilhamento de objetos, pelo uso do mesmo banheiro, pela saliva, etc.

Tudo isso mudaria graças ao impacto que um programa de televisão chamado “Nação Coragem” teria ao decidir entrevistar a primeira pessoa disposta a falar em rede nacional que era soropositiva. Trata-se de Maria Geovety de Brito, conhecida popularmente como Soraya (ou Suraya). Antes de falarmos dessa entrevista em si, vamos entender primeiro o que era o programa Nação Coragem.

O jornalista Luís Domingos fazia trabalhos como correspondente de guerra e cobria as frentes de combate entre as forças da UNITA e do MPLA. A guerra tinha atingido o auge a partir de 98, na sequência do fracasso do Protocolo de Lusaka. Havia crescente interesse do público sobre os combates e Domingos passou a realizar trabalhos jornalísticos sobre as operações militares²³⁹. Em fevereiro de 1999, o jornalista estava retornando de uma zona de conflito, de onde gravou uma reportagem que iria ao ar pela Televisão Pública de Angola (TPA). Foi quando um grupo de jornalistas brasileiros liderado por Sérgio Guerra foi ao seu encontro fazer uma proposta. Eles haviam sido contratados pelo governo de Angola para a realização de uma série de reportagens e estavam interessados, inicialmente, nas imagens de guerra que Domingos tinha conseguido. Por fim, acabaram por convidar o jornalista para integrar o novo programa de televisão que eles estavam produzindo para o governo angolano, o “Angola diz: Basta!”, que Domingos descreve como “um programa muito chato! 40 minutos só de” falação e sem interação com o público²⁴⁰.

Já com Domingos integrando a equipe, decidem modificar a estrutura do programa, tornando-o mais atraente, mais dinâmico e mais próximo do telespectador. Mudam, então, o nome para “Nação Coragem” e Domingos passa a ser o repórter nas zonas de combate, enquanto dois apresentadores em estúdio lhe davam suporte. O “Nação Coragem” nasce em 2000 e faz estrondoso sucesso perante o público que vibrava ao ver as notícias da guerra em primeira mão. Por mais que se diga o contrário, não havia imparcialidade, uma vez que se tratava de um programa do governo angolano e que, portanto, era favorável ao lado do MPLA no conflito.

O Nação Coragem serviu como uma espécie de testemunho triunfalista da vitória do MPLA e da imposição de sua visão de mundo sobre qual deveria ser o caminho que

²³⁹ Luís Domingos. Entrevista concedida em 7 de outubro de 2017. Luanda.

²⁴⁰ Idem.

Angola deveria seguir após a obtenção da paz. Quando o conflito acabou após a morte de Jonas Savimbi, o Nação Coragem transforma-se, deixando de seguir a visão do MPLA sobre a guerra para se tornar a visão do MPLA sobre a reconstrução do país. Dentre os elementos da reconstrução estava a problemática do HIV. Dessa forma, a aids será incorporada num processo amplo de reconstrução nacional cuja liderança deve partir do partido no poder, o MPLA, uma vez que foi ele o “arquiteto da paz”. Da mesma forma como o governo foi capaz de resolver o problema da guerra, seria também capaz de reconstruir o país, vencendo os novos obstáculos que surgiam, sendo a aids um deles. Essa imagem é, obviamente, uma construção de marketing. Marketeiros brasileiros tem sido contratados pelo governo angolano há muitos anos e não é nenhuma surpresa que a equipe de Sérgio Guerra fosse do Brasil. O objetivo aqui sempre foi de construir uma imagem vitoriosa do MPLA, sobretudo do então presidente da República, José Eduardo dos Santos. Domingos afirma isso categoricamente:

Fomos mostrando a realidade da guerra, a guerra tinha atingido um nível de letalidade muito alto, mas que as tropas do governo estavam a progredir bem e provavelmente essa guerra iria ter um fim, o que seria bom pros angolanos. Mostramos muitas frentes de combate, o Dr. Savimbi, que era o presidente do movimento rebelde. Mostramos várias vezes a coluna dele sofrendo desgaste militar, ser atacada, perdendo homens, correndo de um lado pro outro. E os angolanos quando viram isso, então animaram-se um pouco também. Foi um pouco de marketing político, foi um pouco também de propaganda, né? Porque não teve uma componente tão pura de jornalismo, mas é um programa direcionado mesmo, também para estimular a mente do indivíduo que devia servir à nação, devia ir pra guerra (...) ²⁴¹.

Posteriormente, com o fim da guerra, o marketing do governo precisa se voltar para novas mazelas, novos inimigos que ameaçam a ordem e cujo combate deve unir a população em torno de uma causa comum. Dessa forma, a aids passa a se constituir como a nova guerra de Angola, o novo inimigo público que, tal qual a guerra, matava sem piedade.

²⁴¹ Idem.

A nova linha editorial do Nação Coragem, preocupada com essa fase de reconstrução do pós-guerra, se divide em dois pilares: uma campanha de localização de famílias separadas durante a guerra, o **Ponto de Reencontro**²⁴²; e o que começou como uma série de reportagens especiais: **Sida, o Retracto de uma Epidemia**²⁴³.

Os primeiros programas dessa série de reportagens incomodaram os ativistas de organizações de luta contra o HIV²⁴⁴. As reportagens perpetuavam a abordagem da aids focada na prevenção através do medo da doença. Dessa forma, Sérgio Guerra e Luís Domingos foram convidados para irem em uma reunião na LPV. Lá, conversaram com os ativistas sobre maneiras de melhorar a abordagem do Nação Coragem a respeito do HIV. Nesse encontro, os jornalistas acabaram por conhecer Maria Geovety de Brito, a Suraya²⁴⁵. Domingos foi até a casa da moça, então com 19 anos, e conversou com ela e sua mãe sobre a possibilidade dela conceder uma entrevista ao ‘Nação Coragem’ contando a sua história²⁴⁶.

A entrevista de Soraya foi ao ar em novembro de 2002 e foi um verdadeiro divisor de águas na história da luta contra o HIV em Angola. Sua imagem debilitada e com manchas no corpo serviu para catapultar o ativismo de combate ao HIV no país. O impacto foi grande: a população angolana conheceu pela primeira vez uma pessoa de carne e osso que era portadora do HIV e, mais do que isso, conseguiu se sensibilizar com a sua história de vida. Soraya, bastante carismática, materializou diante dos olhos do público a doença da qual ninguém queria falar em público.

O principal motivo para que Soraya fosse abraçada pelo público foi o relato de como ela teria sido infectada. Segundo a moça, ela teria sofrido abuso sexual por quatro

²⁴² JORNAL DE ANGOLA. “Ponto de reencontro: de Angola para o mundo”. 25 de setembro de 2002. pp.12-13.

²⁴³ ANGOP – Agência Angola Press. 28 de outubro de 2002. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2007/11/51/,d1fad9bd-c8a1-45ef-9b33-aebd224632d5.html (Acessado em 24/12/2017).

²⁴⁴ Carolina Pinto. Entrevista concedida em 16 de maio de 2016.

²⁴⁵ Idem.

²⁴⁶ Luís Domingos. Entrevista concedida em 7 de outubro de 2017. Luanda.

homens diferentes e que um deles deveria ser portador do vírus da aids. Essa informação merece nossa atenção. A aids, como bem já dissemos, sempre foi entendida como a doença do desejo pecaminoso. Consequentemente, ela tem sido vista como o merecido castigo daqueles que tem uma vida sexual imoral que não condiz com as regras sociais e ou religiosas. Quando Soraya vai a público dizer que fora estuprada (e esse ato por si só já é admirável numa sociedade que tende a culpar a vítima pelo abuso sexual), ela retira da população a possibilidade de julgá-la por alguma infração sexual que pudesse ter cometido. Ou seja, Soraya não é soropositiva por ter cometido algum ato impensado de luxúria. Pelo contrário! Ela foi vítima da luxúria de outrem!

A simpatia por Soraya foi tão grande que ela se tornou uma celebridade do dia para a noite. No Brasil, tivemos pessoas que já eram famosas e vieram a público contar que eram portadoras do HIV. Em Angola, há o processo contrário: pessoas anônimas se tornam famosas por exporem publicamente serem HIV+. Soraya ficou tão conhecida que recebeu patrocínios anônimos para fazer tratamento na África do Sul. Era convidada para eventos e chegou a circular em colunas sociais de jornais luandenses.

A saga de Soraya é tão impressionante quanto trágica. Se ela é um símbolo da luta contra o HIV em Angola, só demonstra o quanto o país tem falhado no cuidado aos seus doentes. A moça morreria vítima de tuberculose em julho de 2007²⁴⁷. Segundo dizem, ela teria dificuldades em manter o tratamento em dia por falta de disciplina²⁴⁸. Soma-se a isso o fato de seu organismo ter criado resistência aos medicamentos disponíveis em Angola. Quando Soraya adoeceu, o entusiasmo pelo HIV que existira nos anos anteriores já tinha arrefecido. Ela não contou com os apoios que tivera anteriormente e já não havia mais tanto dinheiro estrangeiro entrando nas organizações

²⁴⁷ Angonotícias. **Desaparece rosto do combate à Sida em Angola. 31/07/2007.** Disponível em: <http://www.angonoticias.com/Artigos/item/14726/desaparece-rosto-do-combate-a-sida-em-angola> (acessado em 24/12/2017).

²⁴⁸ Luís Domingos. Entrevista concedida em 7 de outubro de 2017. Luanda.

sociais angolanas como antes, por isso ninguém conseguiu recursos para enviá-la às pressas para a África do Sul, onde receberia tratamento adequado.

António Coelho, líder da rede de organizações de luta contra o HIV em Angola, a Anaso, desabafou sobre a morte de Soraya:

Infelizmente e como sempre, ninguém reagiu a este apelo, as pessoas não foram sensíveis a uma pessoa tão importante, a uma figura tão iminente como foi a Suraya e, em consequência disso, ela foi nos últimos meses andando de hospital, em hospital em busca de um apoio que infelizmente não conseguiu, e na noite de domingo foi parar ao Hospital Sanatório já com uma tuberculose muito avançada e os médicos tiveram dificuldades em dar resposta à situação, e na madrugada de Segunda-feira acabou por morrer. O que faltou de facto em relação à Suraya foi solidariedade. Aliás, solidariedade é o que vem faltando um pouco em relação à luta contra a Sida no país. (...) O governo tem estado a liderar todo este processo, o Presidente da República coordena uma comissão nacional, infelizmente também já é do conhecimento público que a comissão nacional não funciona, o governo tem estado a fazer um esforço, o Presidente da República também tem estado a fazer um esforço, mas infelizmente a gente cria instituições e as instituições não funcionam. E então, a Suraya é consequência de mais uma situação de falta de funcionamento e de falta de solidariedade. O presidente tem estado a fazer um esforço grande, é verdade, mas não basta só o esforço do presidente, é preciso que as estruturas que foram criadas para o efeito funcionem, no caso a Comissão Nacional de Luta contra o Sida. Por isso aproveitamos esse momento da morte da Suraya para fazer uma reflexão em torno de tudo o que tem sido a contribuição de cada um de nós no âmbito da luta contra o Sida, porque se de facto não se tomarem medidas muito sérias, no futuro vamos continuar a assistir a morte de mais Surayas nos próximos tempos²⁴⁹.

Uma análise desta fala, dita num momento de consternação e tristeza, diz muito sobre a evolução da luta contra o HIV em Angola ao longo dos anos 2000. A Anaso, na figura de António Coelho, sempre teve uma postura de colaboração com o governo, no sentido de alcançar avanços na luta contra a aids em parceria e cooperação com o regime vigente, nunca em oposição a ele. Mesmo em meio a críticas, elogia-se o “grande esforço” do presidente. Procura-se eximir o desempenho pessoal de José

²⁴⁹ Angonotícias. Op.cit.

Eduardo dos Santos, enquanto as críticas recaem sob “instituições e estruturas que não funcionam”.

Há um curioso contraste entre a imagem da Suraya entre ativistas e entre as pessoas comuns. Enquanto entre os primeiros as opiniões sobre ela variam enormemente (alguns suspeitam que seu depoimento é uma invenção cuidadosamente calculada; outros acham que, independentemente de qualquer coisa, ela foi o rosto do combate ao HIV em Angola), entre os últimos, ela é lembrada como uma verdadeira heroína. Aprofundaremos essas questões no próximo item, quando iremos nos debruçar sobre a vida da ativista Carolina Pinto, a Kaina, que é, num certo sentido, uma espécie de anti-Suraya.

Carolina Pinto: LPV e AAS

Não poderiam haver duas pessoas tão diferentes quanto Kaina e Suraya. Esta última criou fama de conduzir a vida de forma boêmia, o que lhe valia críticas de ativistas que achavam que ela deveria servir como exemplo de conduta para outros soropositivos, se alimentando bem e evitando o álcool. A morte prematura aos 24 anos causou comoção, mas também ajudou a consolidar a imagem de que ela supostamente levaria uma vida “desregrada” e sem cuidados. Kaina (ou Kaína), ao contrário, é o símbolo da disciplina e da resiliência. Ninguém encarna melhor as qualidades que um ativista soropositivo supostamente deveria ter. Mais do que isso, ela foi uma das mais importantes figuras da LPV na luta pelo tratamento universal e gratuito para as pessoas com HIV.

Carolina Pinto conta que soube do seu estado sorológico em 1999. Ficou muito abatida e demorou meses até decidir procurar por ajuda. Foi aí que ouviu falar, primeiro

no PNLS, e depois na Anaso. No Programa, teve contato com duas pessoas que eram da Luta Pela Vida, organização a qual viria a se filiar em 2000. Carolina conta que quando conheceu a LPV, a organização vivia da boa vontade dos ativistas, não possuindo nenhum tipo de financiamento para suas atividades. Mesmo assim, ela decidiu se dedicar à luta contra o HIV e foi morar no escritório da organização, uma vez que estava sem local para viver²⁵⁰.

Entre 1999 e 2001, ela fica sem nenhum tipo de medicação, mas neste ano Carolina Pinto consegue se filiar à Junta Médica e parte para a África do Sul para seu primeiro tratamento. Quando retorna, descobre que a LPV ganhou financiamento estrangeiro e iniciou um trabalho de conscientização entre as trabalhadoras do sexo sobre a importância do preservativo. O projeto se chamava “Dar poder às mulheres a praticar o sexo seguro”, cujo objetivo, além de informar os frequentadores de prostíbulos sobre as formas de contágio pelo vírus da aids e como se prevenir, era dar testemunho de pessoas vivendo com o HIV com o intuito de desmitificar a imagem do soropositivo como alguém doente à beira da morte²⁵¹. Esse é o primeiro trabalho de campo que Kaina participa e é a partir daí que ela percebe que o ativismo político é o que ela quer fazer da vida.

Na época, Kaina conta que dominava uma propaganda que vinculava aids e morte iminente. Numa sociedade em guerra civil, as campanhas de informação logo encontraram uma tentativa de associar a doença ao conflito armado. Como resultado, aqueles que recebiam a notícia de que estavam infectados, pensavam imediatamente que estavam condenados à morte. Kaina conta como foi para ela esse processo:

Eu me lembro que a única coisa que passava na televisão [sobre a aids], que eu ouvia, era que o sida mata. Ou seja, havia um spot²⁵², eu lembro que era uma cisterna, um caminhão cisterna, e

²⁵⁰ Carolina Pinto. Entrevista concedida em 16 de maio de 2016. Luanda.

²⁵¹ Idem.

²⁵² Termo usado em Angola para propagandas em geral.

tinham perfurações de balas. E vinha assim a mensagem: ‘O Sida mata mais do que a guerra’. E fazia assim um som estrondoso: Tu! Du! Du! Dum! Então, eu tenho isso [essa lembrança] até hoje. Que era a única mensagem que passava na televisão: o sida mata, então vou morrer. Mas, sabia eu que havia antirretrovirais fora do país. Então, eu não sei se, por saber disso, eu tive esperança que eu poderia ter acesso [aos medicamentos]. Só sei que consegui ter forças. Desde o momento em que fiz o meu teste, fui falando tranquilamente com as pessoas que fiz o teste e que o resultado havia sido positivo (...) Em momento nenhum eu escondi isso de ninguém²⁵³.

Carolina Pinto conta que a sua atitude de sempre deixar claro sua condição de portadora do vírus do HIV nunca lhe fechou portas. As pessoas tratavam-na bem, apesar dela desconfiar que muitos agiam dessa forma apenas por falsidade, mas nunca ninguém a destratou ou discriminou diretamente em Angola. Ela afirma que sentiu o preconceito de outra forma, através da ausência, principalmente de sua família, que não esteve presente quando ela precisou. Amigos substituíram os familiares ausentes na hora que ela mais necessitou, principalmente quando ela ainda não tinha recebido nenhum tratamento com antirretrovirais²⁵⁴. Ela conta que só ficou sabendo do seu estado sorológico porque um senhor, amigo dela, custeou as despesas na clínica que realizou o teste. Mais tarde, foram os seus padrinhos que usaram sua influência para falar com o diretor do Hospital Josina Machel e conseguirem um lugar na Junta Médica para Carolina Pinto. Ainda assim, ela teve dificuldades para tirar o passaporte, pois estava com a saúde debilitada (pesando não muito mais que trinta quilos), provavelmente com tuberculose e não conseguia seguir o processo legal para obter os documentos²⁵⁵.

Foi então que recebeu a ajuda inesperada de outra pessoa. Uma senhora que ela havia conhecido há cerca de um ano a recebeu em sua casa. Durante semanas, ela recebeu ajuda dessa mulher e do marido, que não só a sustentaram como também lhe deram dinheiro para o processo de documentação na embaixada. Três dias antes da

²⁵³ Idem.

²⁵⁴ Idem.

²⁵⁵ Idem.

viagem, os pais dela apareceram e não tinham ideia do estado em que ela se encontrava²⁵⁶.

Quando chegou na África do Sul, a embaixada angolana lhe deu todo o suporte. Ela foi para um hotel onde estavam hospedados outros pacientes da Junta Médica de Angola e pôde conhecer outros soropositivos que não conhecia, em especial Audy Domingos da Silva, conhecido pelos ativistas angolanos como a primeira pessoa vivendo com HIV a assumir publicamente esse fato.

Depois de voltar do primeiro dia do hospital para o hotel onde estava hospedada, a notícia de que pacientes com HIV estavam entre os hóspedes havia chegado aos ouvidos da direção do hotel. Kaina foi proibida de ficar no refeitório e era obrigada a ficar apenas no quarto, sem conviver com as outras pessoas do hotel. Na hora do jantar, a funcionária do hotel foi até o quarto com pratos e talheres descartáveis e depositou a comida no chão, sem se aproximar dela. Ela conta que chorou e que foi um dos piores dias de sua vida. No dia seguinte, a embaixada de Angola retirou ela e Audy do hotel e os colocaram numa casa alugada²⁵⁷.

Ela precisava retornar à África do Sul de três em três meses para prosseguir com o tratamento, mas no trimestre seguinte teve o visto negado, pois havia ficado no exterior 15 dias a mais do que o permitido na viagem anterior. Aparentemente, a pessoa da embaixada angolana responsável por prorrogar seu visto na estadia anterior não havia realizado o procedimento. Como consequência, ela teve que pagar multa de cerca de 800 dólares para poder entrar mais uma vez na África do Sul. Graças aos amigos, que coletaram dinheiro, ela conseguiu pagar o montante. Chegando novamente ao exterior, ela ficou no mesmo hotel em que fora discriminada. Dessa vez, o hotel estava mais preparado, pois os funcionários haviam recebido treinamento sobre como lidar com

²⁵⁶ Idem.

²⁵⁷ Idem.

pacientes de HIV. A mesma funcionária que havia colocado a comida no prato descartável e no chão, foi até ela tentar se desculpar. Carolina não falava inglês e as duas conseguiram se reconciliar através de gestos²⁵⁸.

No começo dos anos 2000, várias marchas são organizadas para chamar a atenção do público para os direitos dos soropositivos, em especial no tocante ao acesso aos medicamentos. Essas marchas foram resultado, em especial, da capacidade da Anaso (a rede de ONGs de luta contra o HIV) em articular diferentes grupos em torno da causa do acesso universal e gratuito aos antirretrovirais para os angolanos. Kaina foi o principal rosto da LPV nessas campanhas e passou a ser vista como uma porta-voz dos soropositivos. Diferente de Soraya, ela foi construindo sua reputação e fama aos poucos. Participava de eventos, manifestações, contava sua história de vida, militava pelo acesso aos antirretrovirais.

A primeira grande aparição pública de Kaina foi no evento do Dia Mundial de Luta contra a Aids de 2002. Poucos meses antes, Luís Domingos e Sérgio Guerra estiveram na LPV e desejavam que Kaina fosse ao ar junto de Soraya, mas ela não aceitou:

Na altura eles [Domingos e Guerra] queriam também que eu desse a entrevista para ver a diferença entre quem já estava em tratamento e quem não tava, mas eu não aceitei porque, no mesmo ano, no dia 1 [de dezembro] eu iria ler uma mensagem, a primeira mensagem das pessoas que vivem com o VIH num ato que iria acontecer e eu queria que aquele fosse o meu primeiro momento. Então, assim foi. Eu primeiro li a mensagem nesse dia e só depois que eu dei a entrevista para o Nação Coragem²⁵⁹.

A leitura da mensagem ocorreu na cidadela de Luanda, com o estádio cheio, diante de milhares de pessoas. É importante percebermos que Kaina sempre viu o HIV como uma oportunidade de fazer política. Para ela, assumir sua condição sorológica na televisão, apesar da importância do impacto midiático, não tinha a mesma simbologia

²⁵⁸ Idem.

²⁵⁹ Idem.

do que ler uma mensagem em nome da população soropositiva angolana diante da multidão, ao vivo e num ato público de reivindicação pelos direitos das pessoas vivendo com o HIV. “Sair do armário” nesse ato tinha um cunho político mais forte, apesar da menor exposição que a televisão lhe proporcionaria. Sem contar que o ato do dia 1 de dezembro tinha um caráter mais coletivo do que a entrevista de Soraya, onde o foco era mais individual.

Ainda sobre Soraya, que “justificou” seu estado sorológico ao dizer que fora estuprada, Kaina se posiciona contrária à ideia de que as pessoas vivendo com HIV precisem dar satisfações sobre sua infecção para o público:

Por essa razão [por causa da associação entre aids e promiscuidade], boa parte das pessoas, quando você diz que é seropositiva e ele se tiver que te fazer uma pergunta, vai ser: ‘Como é que você apanhou?’. É daquelas perguntas que eu acho que não devem ser feitas. Se um jornalista me fizer essa pergunta, eu não respondo. E se ele insistir, eu não dou mais entrevista nenhuma. Mesmo porque eu não sei que tipo de tratamento a pessoa que fez a pergunta quer dar à resposta que eu vou dar. (...) Me foi feita essa pergunta numa palestra numa escola (...) Alguém perguntou [por escrito]: O que que me levou a apanhar essa doença. E a professora me disse para não responder a essa pergunta. (...) Eu disse: “Não eu vou, eu vou responder. O que você quer saber?”, sem saber quem fez a pergunta, “o que você quer que eu diga? Que eu fui prostituta? Vão me discriminar mais ou menos dependendo do que eu vou lhe dizer? Queres que eu diga que foi uma gravidez? Que fui violada²⁶⁰? Que fiz uma transfusão? O que que você quer que eu diga?” (...) Por isso que a Soraya saiu dizendo que foi violada, provavelmente não tenha sido violada. Ou seja, a gente às vezes vai dizer aquilo que vai levar o outro a olhar pra mim com pena, como vítima. (...) “Foi violada? É, foi violada! Ah, coitada!”. Para não dizerem que andei por aí. Acho que isso não está em causa. [Se] Tá infectada, tá infectada, independentemente de causa! Acho que o mais importante não é você querer saber como o outro apanhou, é como se transmite ou como se cuidar exatamente para não contrair [o vírus]²⁶¹.

Não cabe a mim fazer julgamento de valor sobre o testemunho de Soraya, que é constantemente posto sob suspeita, não apenas por Kaina, mas por outros ativistas com

²⁶⁰ No português do Brasil seria “estuprada”.

²⁶¹ Idem.

quem conversei. O essencial aqui é perceber a forma como alguns ativistas enxergam o depoimento dela para o Nação Coragem. Kaina, possivelmente o maior símbolo da luta contra o HIV em Angola, tem uma postura política que a leva a entender o testemunho de Soraya como uma tentativa de angariar a simpatia do público “fazendo-se de vítima”. Por mais que reconheça a importância e o impacto que a entrevista dela teve sobre a opinião pública angolana, ela entende que um preço alto demais foi pago: a aceitação só foi possível porque Soraya encarnou o papel de vítima, mantendo intacto o dispositivo da aids que separava os infectados culpáveis e os não-culpáveis. O que incomoda Kaina em Soraya, portanto, é que ela supostamente se colocava como fazendo parte do grupo dos inocentes, deixando ela, Kaina, e os demais, no grupo dos culpados, aqueles que contraíram o vírus por supostamente terem uma vida sexual ativa. Se Soraya foi ou não estuprada, não saberemos. E a solidariedade com as lutas do feminismo nos ensinam a sempre ter respeito por quem alega sofrer abuso sexual. Mas nos parece bastante claro que a alegação do estupro teve um impacto grande na forma como o público enxergou a questão, o que nos faz questionar: tivesse Soraya dito em rede nacional que contraiu HIV depois de um encontro sexual consentido e do qual não se arrependia, teria o público reagido tão positivamente? No capítulo 4, iremos ver na análise dos vídeos do programa Stop Sida, que questões relacionadas ao comportamento sexual, sobretudo à liberdade sexual da mulher angolana, são lidas sob um prisma culpabilizador e bastante religioso.

Um acontecimento em 2003 ajudou ainda mais a fazer de Kaina uma pessoa conhecida e símbolo da luta contra a aids. Naquele ano, ela participava, ao lado do médico Alberto Stella, de todas as reuniões e encontros da ONUSIDA com o governo e demais parceiros na luta contra o HIV. O objetivo era pressionar o governo a assumir a luta contra a doença, custeando os medicamentos, treinamento de agentes de saúde,

centros de testagem e campanhas de prevenção. Em um desses encontros, pouco antes do PNLIS elaborar o I Plano Estratégico Nacional para as infecções de transmissão sexual, VIH/Sida (2003-2008), houve um encontro que reuniu a ONUSIDA (presidida por Alberto Stella), atores da sociedade civil, o presidente da República, o embaixador dos EUA e mais outros parceiros internacionais.

O embaixador norte-americano, indicado pelo governo Bush, falou antes de Kaina e sugeriu que o governo angolano focasse seus esforços contra a aids apenas no nível da prevenção, uma vez que não haveria muito o que fazer por quem já estava infectado. O embaixador não sabia que uma pessoa soropositiva iria falar logo depois dele, representando as pessoas vivendo com o HIV. Kaina se apresentou como soropositiva e mudou todo o discurso que havia preparado. Dirigindo-se diretamente ao embaixador, ela o questionou se o que ele esperava de pessoas como ela fosse apenas se entregar e não lutar pela vida. Depois, dirigindo-se ao presidente José Eduardo dos Santos, que se encontrava no local, ela insistiu no tema que vinha sendo a principal reivindicação dos portadores do HIV nos últimos meses: que se garantisse o tratamento universal e gratuito aos soropositivos de todo o país²⁶². O discurso de Kaina teve ampla repercussão na mídia e deixou tanto o embaixador dos EUA (que pediu a palavra para se retratar) quanto o presidente da República constrangidos.

Em outubro de 2003, as organizações LPV e Acção Humana coordenam uma conferência sobre a importância da terapia antirretroviral em Angola²⁶³. Nesta conferência participou a deputada da Assembleia Nacional, Lurdes Veiga, que se tornou a maior aliada dos ativistas na busca pela criação de um hospital especializado em HIV em Angola. A preocupação de Veiga, assim como de outros ativistas, era com a qualidade do atendimento aos portadores do HIV nas unidades de saúde do país.

²⁶² Idem.

²⁶³ JORNAL DE ANGOLA. “Defendida criação de hospital para assistência de seropositivos”. 23 de outubro de 2003

Pensava-se em criar um hospital onde o atendimento fosse especializado nas questões do HIV-Aids. Kaina participou ativamente desta conferência e estabeleceu amizade com a deputada no sentido de reunir esforços para a construção deste hospital.

As pressões da sociedade civil, com amplo apoio da mídia, acabaram por surtir efeito e em 2004 seria inaugurado o Hospital Esperança, o primeiro hospital angolano especializado no HIV. A partir dele, é introduzido o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais. Com o tempo, outros hospitais de Luanda e do interior serão equipados com os medicamentos e passarão a contar com treinamento de HIV para os técnicos de saúde.

Carolina deixa a LPV e passa para outra organização, a Associação Amigo dos Seropositivos. Essa ONG foi fundada por Audy Domingos, o jovem que ela conhecera na África do Sul anos antes. Audy morre em 2005 em consequência do HIV e depois de uma reunião na Anaso para discutir o caso, pediram que Carolina assumisse a chefia da organização para não deixá-la morrer, o que ela faz imediatamente²⁶⁴.

Já faz quatro anos que a AAS, assim como inúmeras outras ONGs, não tem mais financiamento. Mas Carolina continua trabalhando no ativismo da mesma forma. Ela é voluntária no Hospital Esperança e é responsável por dar palestras na instituição sobre o HIV. Há palestras para quem está indo fazer o teste e palestras de adesão ao tratamento para quem recebeu um resultado positivo. Entretanto, o Hospital passa hoje por dificuldades financeiras. Não faz mais exames de contagem de CD4 e só oferece medicamentos de segunda linha em número reduzido. A própria Carolina, apesar de sua história de ativismo bastante reconhecida, precisa fazer tratamento no Brasil, uma vez que ela utiliza medicamentos de terceira linha e eles ainda não estão disponíveis em Angola. Essa decadência da luta contra o HIV no país é fruto de uma série de fatores,

²⁶⁴ Idem.

em especial a retirada dos financiamentos estrangeiros e, mais do que isso, a incapacidade (ou falta de vontade) das ONGs de luta contra a aids de aproveitarem o bom momento que tiveram entre 2002 e 2008 para criarem mecanismos de resistência à cooptação do Estado.

Vejamos como se deu esse processo através da análise do caso da AJPD.

A disputa entre confrontacionistas e reformistas e o papel da AJPD

Nos anos 90 Angola passou por importantes modificações a partir do processo de transição para o multipartidarismo em 1991. Diferentes setores sociais ansiavam por uma transformação do regime sócio político. Entretanto, apenas o desejo de mudança unia esses grupos, uma vez que cada um deles diferia grandemente quanto à natureza, direção e profundidade das transformações desejadas²⁶⁵. Apesar de nuances e diversidades, Nuno Vidal entende que é possível dividir duas antagônicas perspectivas do ativismo social angolano a partir do começo dos anos 90. Ele as denomina de reformismo e confrontacionismo. O debate entre essas duas concepções teria dominado a arena política das organizações da sociedade civil até as eleições de 2008.²⁶⁶

Estas duas visões de mundo estariam, segundo o autor, ancoradas numa discussão mais ampla e profunda entre duas correntes rivais: a escola de pensamento neomarxista de sistema mundo, por um lado; e a neoliberal, do outro. Os confrontacionistas se inspiravam na primeira perspectiva, enquanto os reformistas, na segunda.²⁶⁷

²⁶⁵ VIDAL, Nuno. **Angolan civil society activism since the 1990s: reformists, confrontationists and Young revolutionaries of the ‘Arab spring generation’**. *Review of African Political Economy*, 42: 143, p.77.

²⁶⁶ Idem. p.78.

²⁶⁷ Idem.

Durante a transição para o pluripartidarismo e as eleições no começo dos anos 90, eram as igrejas e as organizações da sociedade civil quem mais estavam engajadas na luta por democratização, investimento em serviços sociais e direitos civis na África Austral.²⁶⁸ Esse modelo se aproximava do pensamento neomarxista que defendia que só um movimento de uma sociedade civil consciente poderia demandar uma mudança no establishment político. Para tal, era necessário engajamento em desenvolvimento participativo e empoderamento dos grupos socialmente desprivilegiados.²⁶⁹

Entretanto, ao longo dos anos 90, o neoliberalismo foi lentamente firmando raízes nas organizações existentes. Esse modelo não concentra suas forças na sociedade civil, mas sim nas instituições e na burocracia estatais. O chamado pensamento institucional favorece o apoio internacional aos beneficiários através dos orçamentos nacionais. O papel dos atores sociais é reduzido a meros apoiadores das políticas do governo. O termo sociedade civil perde espaço para a ideia de “atores não estatais”, que incluem o setor privado.²⁷⁰ Enquanto a perspectiva neomarxista era mais exigente com os direitos humanos e a participação democrática, a estratégia institucionalista incentivava maior tolerância aos deslizes democráticos dos governos, uma vez que predominava a ideia de que a colaboração com os governantes facilitaria uma gradual e lenta transformação sóciopolítica.²⁷¹

Dominante a partir do fim dos anos 90 e início dos anos 2000, a estratégia institucionalista moldaria as principais diretrizes voltadas para ação social em Angola, principalmente após o fim da guerra em 2002. Vários projetos foram colocados em prática através da via institucional. Em 2007, por exemplo, o governo lançou o Programa de fortalecimento da sociedade civil que, apesar do nome, tinha o objetivo de

²⁶⁸ Idem.

²⁶⁹ Idem. p.79.

²⁷⁰ Idem.

²⁷¹ Idem.p.80.

elencar uma série de critérios para que uma organização civil pudesse ser considerada legítima parceira do governo. Isso daria poder ao Estado de deslegitimar organizações que lhe fossem incômodas através de critérios que poderiam ser interpretados subjetivamente e com fins políticos e não técnicos. Graças aos protestos, o projeto não foi para a frente.²⁷²

Outro projeto, o PAANE (Programa de Apoio aos Actores Não Estatais), foi concebido de forma que o governo fosse o responsável pela aprovação, acompanhamento e supervisão de todas as atividades, podendo ainda suspender o financiamento e acabar com o empreendimento a qualquer momento.²⁷³

Os reformistas apoiavam essas imposições do governo na medida em que acreditavam que as melhorias só seriam possíveis evitando o confronto com o Estado. Eles acusavam os confrontacionistas de servirem de munição para as justificativas do governo em tentar cercear ainda mais a liberdade e os direitos civis. Os confrontacionistas respondiam que a leniência dos reformistas em enfrentarem o governo impedia que alguma mudança real pudesse acontecer. Um dado que reforça a posição dos confrontacionistas é que o governo, de fato, nunca aceitou diálogo ou participação efetiva das organizações da sociedade civil. Por outro lado, os reformistas estavam certos ao afirmar que a confrontação seria usada como justificativa do governo para reprimir com mãos de ferro qualquer oposição²⁷⁴.

Com a eleição de 2008, o debate entre os dois lados entra em declínio e desaparece. A vitória consistente do MPLA nas urnas, a despeito de todos os problemas, demonstrou que a população não estava se importando com esse debate, mas sim que suas preocupações giravam em torno de outra lógica e outros assuntos. Foi frustrante para os confrontacionistas ver a relativa facilidade com que o MPLA venceu o pleito.

²⁷² Idem.p. 81.

²⁷³ Idem.p.82.

²⁷⁴ Idem.p.85.

Mas era igualmente frustrante para os reformistas que o MPLA não cumprisse efetivamente suas promessas, apesar de todas as concessões dadas pelos defensores da estratégia institucionalista²⁷⁵.

No âmbito da luta contra o HIV, sempre predominou a postura reformista, de apoio ao governo. A única organização nesse âmbito que defendia uma postura menos condescendente em relação ao governo era a Associação, Justiça, Paz e Democracia, a AJPD. Durante as marchas que reivindicavam acesso aos medicamentos antiretrovirais, a AJPD foi a única organização que queria realizar manifestações sem aprovação prévia do governo²⁷⁶. Em geral, entretanto, sua posição não-colaboracionista foi vencida em prol do pragmatismo de pessoas como António Coelho, presidente da Anaso, e Pombal Maria, líder da Acção Humana, organização que tinha na expressão artística (teatro, principalmente) sua principal forma de atuação na prevenção ao HIV.

Isolada, a AJPD preferiu trabalhar com o HIV através da luta pela elaboração de uma lei que desse aos soropositivos garantias de que fossem tratados de acordo com os Direitos Humanos. Em julho de 2003, por pressão de outras organizações, já havia sido promulgado o Decreto 43/03 que versava sobre os direitos trabalhistas dos portadores do HIV:

(...) reconhece-se a necessidade da vigência de um regulamento sobre o HIV/SIDA, emprego e formação profissional, na esteira das recomendações da ONUSIDA, que estabeleça, defina e regule as formas, os métodos e comportamentos de protecção dos trabalhadores que devem ser observados pelas entidades empregadoras no local de trabalho, pelos centros de emprego e de formação profissional, baseados no respeito pelos princípios fundamentais dos direitos da pessoa humana e nas directrizes internacionais, nomeadamente, nas normas éticas de saúde no local de trabalho, na formação profissional e na adopção de práticas e atitudes de solidariedade e respeito para com os indivíduos afectados²⁷⁷.

²⁷⁵ Idem.

²⁷⁶ Pombal Maria. Entrevista concedida em abril de 2016.

²⁷⁷ REPÚBLICA DE ANGOLA. Decreto Presidencial 43/03. 4 de julho de 2003.

O decreto estabelecia, dentre outras coisas, que os soropositivos tinham direito ao emprego e à formação profissional. Caberia aos órgãos competentes educar e sensibilizar os ambientes de trabalho sobre o HIV, formas de contágio, discriminação e distribuir preservativos. Sobre a confidencialidade, nenhuma pessoa deveria ser obrigada a fazer teste de HIV para conseguir emprego, nem ter que revelar sua condição soropositiva para fazer entrevista de emprego. Em caso do empregador ter conhecimento que o funcionário é soropositivo, não poderia revelar isso a terceiros. Nenhum funcionário poderia ter uma promoção de carreira vetada por ser portador do vírus do HIV, bem como seria obrigação da empresa proteger os funcionários soropositivos de discriminação dentro do ambiente de trabalho.

A AJPD, apesar de saudar o decreto, considerou que a medida era insuficiente, uma vez que os direitos humanos englobariam diferentes áreas e não apenas o emprego²⁷⁸. Dessa forma, a AJPD, em parceria com a Acção Humana e a LPV, contrataram juristas e começaram a elaborar uma lei que inserisse o portador do HIV dentro da proteção legal e debaixo do manto dos Direitos Humanos.

Criaram um grupo de pressão para trabalhar em conjunto com a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Nacional de Angola. Como eram as mulheres que mais sofriam com a discriminação, usaram a estratégia de obter o apoio de um grupo de mulheres parlamentares. Foram realizadas também ainda três conferências sobre HIV e Direitos Humanos, respectivamente em 2003, 2004 e 2005²⁷⁹.

A lei foi redigida e aprovada em 2004 e ficou conhecida como Lei 08/04²⁸⁰. Entrou em vigor em 2005, mas nunca seria regulamentada. Isso significa que não foram estabelecidas as punições para as infrações que a lei determina. Mesmo assim, a AJPD passou a ser uma espécie de guardiã informal da lei, uma vez que o público soropositivo

²⁷⁸ Godinho Cristóvão. Entrevista concedida em 15 de fevereiro de 2018.

²⁷⁹ Idem.

²⁸⁰ A lei encontra-se completa nos anexos desta tese.

que sofria algum tipo de discriminação recorria à organização para pleitear justiça. Dessa forma, o trabalho da AJPD, a partir de 2004, passou a incluir a advocacia de soropositivos que procuravam justiça por atos discriminatórios que sofriam, seja em casa ou no ambiente de trabalho²⁸¹.

A lei 08/04 pode ser resumida através dos seguintes pontos:

Sobre o Estado: deve assegurar a prevenção, tratamento e medicamentos em relação ao HIV, procurando sempre melhorar os serviços de saúde; deve garantir os direitos dos soropositivos, também das crianças, sejam infectadas ou afetadas; garantir sangue seguro às pessoas que dele necessitem; assegurar parte do orçamento anual para o combate ao HIV;

Direitos das pessoas infectadas: Tem o direito a livre circulação, emprego, assistência sanitária e antirretrovirais; informação sobre redes de apoio psicossocial; informação sobre a evolução de sua doença e opções de tratamento; não podem ser sujeitas a testes obrigatórios para a detecção do vírus do HIV; o empregador tem obrigação de educar, informar, formar e sensibilizar sobre a temática do HIV/sida; ausências do trabalhador soropositivo para cuidados médicos devem ser respeitada;

Deveres das pessoas infectadas: praticar a sexualidade com responsabilidade, procurando não infectar outrem; usar o preservativo; informar seu estado sorológico a quem pretende ter relações sexuais; informar seu estado sorológico ao serviço de saúde que for atender ao infectado; informar ao cônjuge ou parceiro sexual sobre sua condição sorológica; a contaminação dolosa (proposital) constitui crime de acordo com o artigo 368º do código penal;

Informação, Educação e Investigação: os órgãos de comunicação públicos e privados devem veicular informação sobre HIV e DSTs gratuitamente; a população

²⁸¹ Idem.

deve ser educada e informada sobre a doença e sobre a discriminação a ela associada; o Ministério da Educação deve introduzir o HIV/Aids nos currículos escolares;

Prevenção, controle e tratamento: o teste de HIV obrigatório é proibido, exceto nestes casos: a) por ordem médica, que visa a saúde de um paciente, b) quando se trata de doação de sangue, hemoderivados, leite materno, sémen, órgãos e tecidos humanos, c) em caso de pedidos judiciais penais, apenas sob autorização da justiça; em caso de menores de idade, o teste só pode ser feito com autorização dos pais; é dever do estado garantir sangue seguro, ficando obrigado a indenizar as pessoas em caso de falhar com este dever; os portadores do vírus do HIV não podem doar sangue, sémen, órgãos, etc, sob a pena de infringirem em crime de contaminação dolosa, previsto na mesma lei 08/04.

A lei do VIH, como é conhecida, reflete uma tensão entre diferentes formas de lidar com a propagação do HIV. No capítulo um, classificamos essas formas como *idealista, autoritária e autoritativa*. Temos aqui, uma lei que é uma espécie de híbrido entre a perspectiva idealista e a autoritativa, ou seja, entre uma postura que acredita que os direitos humanos são fundamentais e imprescindíveis na luta contra o HIV, e outra visão que entende que concessões aos direitos humanos podem ser feitas em casos extremos.

A posição idealista pode ser encontrada nos direitos dos soropositivos e nos deveres do Estado, especialmente quando proíbe-se o teste de HIV compulsório para o emprego e demais situações. Entretanto, quando se fala nos deveres dos soropositivos e sobre a contaminação dolosa (artigos 14 e 15), a lei segue medidas austeras que são verificadas em países vizinhos, como, por exemplo, a obrigação de revelar o estado sorológico para qualquer pessoa com quem o indivíduo tenha a intenção de manter relação sexual. Tal obrigatoriedade pode ser considerada uma violação dos Direitos

Humanos, mas sob a perspectiva autoritativa, o interesse público (contenção do vírus) vale mais do que o direito do sujeito soropositivo de manter sua condição sorológica em segredo.

A polêmica criminalização da infecção dolosa, bem como a obrigatoriedade de revelar o estado sorológico, são motivos de controvérsia no mundo todo. Por mais que não se negue que, de fato, uma pessoa possa contaminar outra de propósito, questiona-se a aplicabilidade da lei. Como provar tal crime na justiça? E, uma vez que uma lei dessas é aprovada, em que medida ela não estimularia processos de ex-cônjuges vingativos? O mesmo vale para a ainda mais polêmica obrigação de revelar o estado sorológico para a outra pessoa com quem se pretende ter relação sexual. Existindo preservativos e tratamentos que tornam a infecção quase impossível, qual a utilidade de uma lei como essas? Será que o medo da punição legal faz com que as pessoas se abram mais ou se fechem de vez e escondam o seu estado sorológico?

Curiosamente, Godinho Cristóvão, líder da AJPD que esteve envolvido diretamente no projeto de criação da lei do VIH, afirma que a organização nunca lidou com casos de pessoas que desejavam processar outros indivíduos por causa de contaminação dolosa. Toda a advocacia oferecida pela AJPD focou em problemas familiares e no ambiente de trabalho²⁸². A lei, ao que consta, é bastante desconhecida do público angolano em geral, o que talvez explique a ausência de um histórico legal sobre essa questão. Por outro lado, o desconhecimento da mesma lei faz com que ela seja desrespeitada pelo próprio governo que deveria ser o primeiro a cumpri-la. Por exemplo, apesar da lei proibir que as pessoas sejam obrigadas a fazer o teste do HIV, o Instituto Nacional de Angola de Gestão das Bolsas de Estudo (INAGBE) exige um exame de saúde para aprovar bolsas de estudo, sendo que o teste sorológico é um dos

²⁸² Idem.

exames que são feitos²⁸³. Bancos também exigem o mesmo teste para concederem empréstimos, alegando que um soropositivo não dá garantias de que irá pagar o crédito bancário. Godinho acha que é um caso exclusivo de preconceito:

Há outras doenças crônicas que são muito mais letais do que o VIH/sida. Por exemplo, as questões de hipertensão arterial, a questão das diabetes, a malária. Se for para pedir empréstimo bancário podem até saber que tem diabetes ou hipertensão ou malária, não vão se importar, mas se disser que é VIH+ vão dizer: ‘Não, não tem garantias de que venha a pagar, reembolsar o banco, porque pode morrer porque está infectado’. Quer dizer, ainda tem essa mentalidade. E a AJPD já fez várias denúncias nesse sentido²⁸⁴.

Além disso, trabalhar com Direitos Humanos, de acordo com Godinho, é tentar enxergar as coisas do ponto de vista mais social. Ele afirma que

Uma das questões que fez disseminar as questões de violação dos Direitos [Humanos] não só das pessoas infectadas, mas também com seus familiares é exatamente isso [ênfase no individual]. Daí que os programas, o maior foco é a distribuição de preservativos, e folhetos informativos sobre quais são as formas que se contrai o VIH. Aquilo que vemos atacar são as consequências e não as causas do problema. Porque tem muitas outras coisas que podem ver, que tem a ver, como você disse bem, com as questões de pobreza. Tem muito a ver com isso, inclusive a informação para a cidadania. E o estigma e a discriminação surgiu exatamente por isso, tem-se visto sempre a questão do VIH/sida com [os olhos] da promiscuidade. Quer dizer, se uma pessoa infectada, se for homem, é porque andou a procurar bordéis; se for mulher, é porque é alguém da vida que andou a prostituir-se e não tomou os cuidados necessários e por isso que está assim. E a sociedade rotula e julga por isso. Isto é que leva muita das vezes a não se fazer uma análise muito séria e profunda do problema²⁸⁵.

Dessa forma, ele entende que as próprias campanhas de prevenção, mesmo as que focam na camisinha e não na abstinência e fidelidade, contribuem para um tipo de individualização do problema que impede que ele seja visto fora da visão tradicional de doença da promiscuidade. O foco, para ele, deveria estar na ampliação do acesso ao crédito dos portadores do HIV, no seu acesso à informação cidadã, no acesso à

²⁸³ Idem.

²⁸⁴ Idem.

²⁸⁵ Idem.

educação. Portanto, a prevenção baseada na informação sobre as formas de contágio é vista pelo líder da AJPD como combate às consequências, não às causas. Nesse sentido, toda prevenção que aborda as formas de contágio, apesar de necessária, é sempre uma medida paliativa. Ora, do que adianta falar sobre a camisinha se normas de gênero, por exemplo, podem impedir que uma mulher tenha poder para negociar o uso do preservativo com seu parceiro? Nesse caso, atacar as causas da disseminação do HIV, seria modificar a norma de gênero que causa assimetria entre homens e mulheres na hora da relação sexual.

A AJPD fez trabalhos intensivos na área do HIV até 2013. Hoje em dia, ela se dedica a outras temáticas, mesmo que nunca tenha abandonado completamente a advocacia em favor dos soropositivos. A organização, graças ao seu ativismo na área de Direitos Humanos, entrou em conflito diversas vezes com o governo, a ponto de figurar, hoje em dia, na lista (não oficial, obviamente) de instituições indesejadas pelas autoridades.

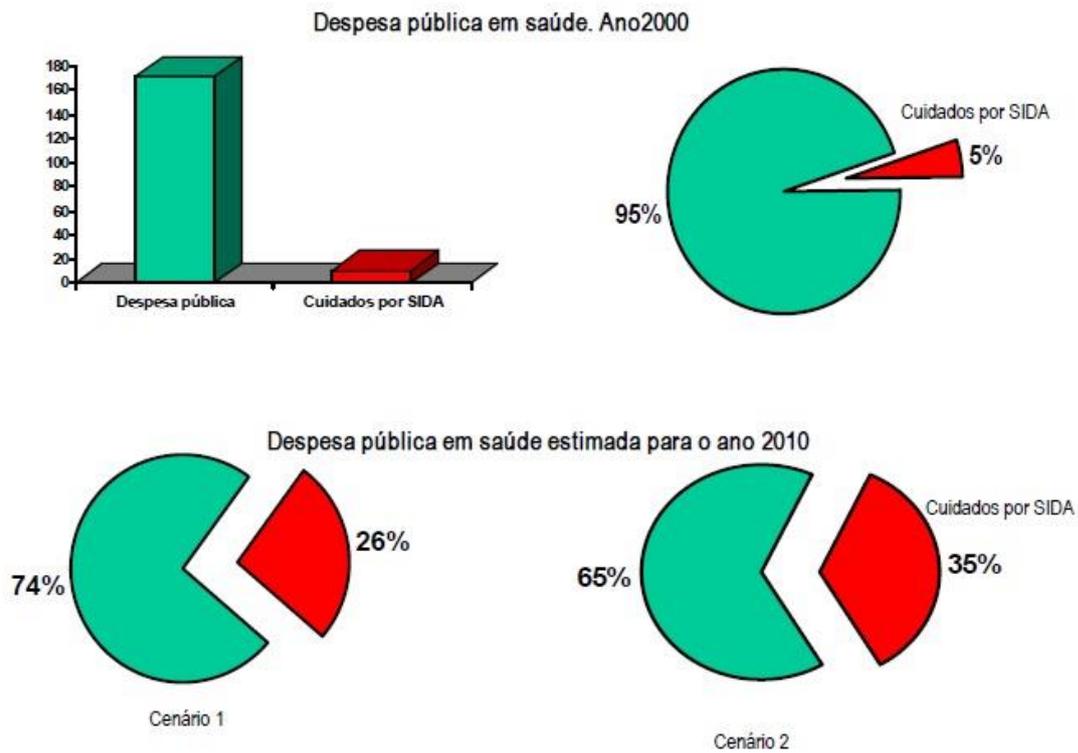
Depois de 2008: decadência

Em 2007, o Ministério da Saúde lança uma campanha chamada “Ano de Aceleração na Luta contra o HIV”. Foi uma campanha de celebração, quando passou-se a divulgar dados bastante positivos que demonstravam um suposto progresso na luta contra o HIV em Angola²⁸⁶. No começo dos anos 2000, grande parte dos esforços dos órgãos do governo, das Nações Unidas e da sociedade civil em torno do HIV se baseavam em dados e projeções que indicavam para o futuro de Angola uma situação praticamente apocalíptica no que se refere ao crescimento da prevalência do vírus da

²⁸⁶ Godinho Cristóvão. Entrevista concedida em 15 de fevereiro de 2018.

aids no país. Podemos verificar essas projeções no I Plano Estratégico Nacional Para as Its-VIH-Sida (2003). As projeções reunidas por diversos estudos e publicadas no Plano, apontam para uma catástrofe iminente do ponto de vista econômico (Figura 5) e humanitário (Figuras 6, 7 e 8)

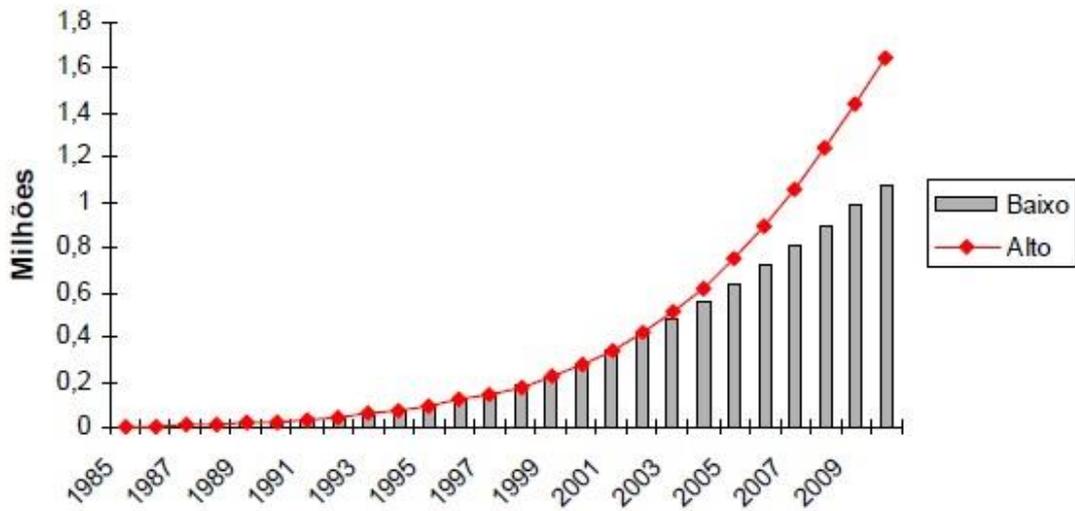
Figura 5



Fonte: PNLS-PNUD/UNICEF: Estudo do Impacto Sócio-Económico do VIH/SIDA 2003.

Figura 6

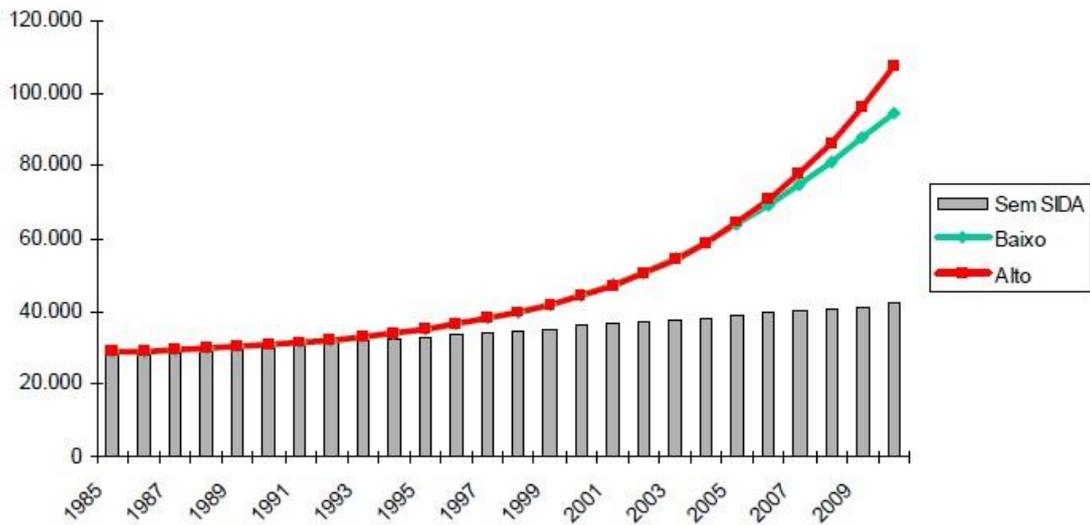
Projecção do número de pessoas vivendo com VIH/SIDA em Angola



Fonte: PNLN-PNUD/UNICEF: Estudo do Impacto Sócio-Económico do VIH/SIDA 2003.

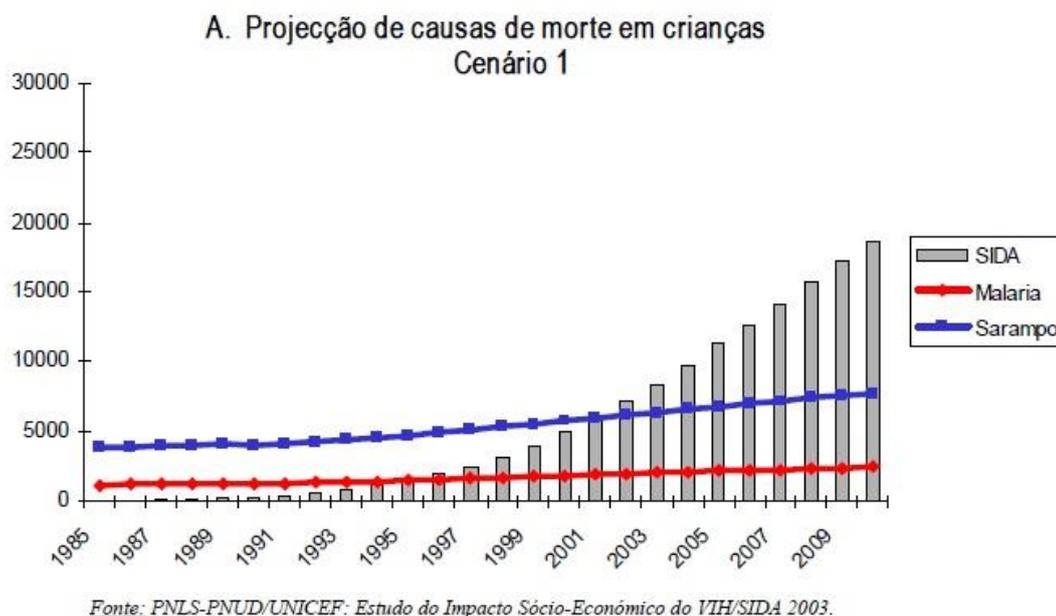
Figura 7

Projecção do número de mortes por VIH/SIDA



Fonte: PNLN-PNUD/UNICEF: Estudo do Impacto Sócio-económico do VIH/SIDA 2003.

Figura 8



De acordo com esses estudos, acreditava-se que Angola estava seguindo o caminho dos países vizinhos da África Austral. Esses países tiveram uma explosão nos casos de HIV nos anos 90. Angola esteve “protegida” desse fenômeno por causa da prolongada guerra civil, que diminuiu drasticamente o fluxo de pessoas dentro do país e também limitou a interação entre os angolanos e as populações dos países vizinhos. Com o fim da guerra em 2002, acreditava-se que Angola passaria por um fenômeno parecido. Acontece que os dados estatísticos do país eram bastante frágeis. O último censo fora feito nos anos 70, antes da independência, portanto ninguém sabia ao certo qual era o número da população do país.

Baseando-se em estimativas (que se mostrariam bastante equivocadas depois da divulgação dos dados do Censo de 2014) populacionais e usando como base de crescimento a taxa de prevalência dos países vizinhos, criou-se no pós-Guerra uma expectativa apocalíptica para o futuro do HIV em Angola. Como vimos nas estatísticas acima, projetava-se que os gastos com o combate ao vírus da aids atingiriam entre um quarto e um terço de todo orçamento para a saúde (Figura 5). Da mesma forma,

estimava-se que Angola teria em 2010 cerca de 1,6 milhão de infectados²⁸⁷ (Figura 6) e o número de óbitos esperados em decorrência da doença eram de mais de 100 mil por ano (Figura 7). Só de crianças, esperava-se que, ao fim da década, cerca de 20 mil morreriam por ano (Figura 8).

Portanto, é importante enfatizar que essas projeções assustaram as autoridades angolanas e os organismos internacionais e, juntamente com o trabalho de pressão da sociedade civil, possibilitaram que no período de 2002 a 2008, a aids fosse uma preocupação central em Angola. Ocorreu neste período, uma rara confluência de situações que possibilitaram que houvesse um pacto institucional, envolvendo o Estado, as Nações Unidas, organizações da sociedade civil, o Fundo Global e doadores estrangeiros, em torno da luta contra o HIV. Uma vez que as causas e condições para este pacto acabaram, a batalha contra o HIV em Angola entrou em declínio acelerado e ruiu diante dos olhos dos ativistas.

Para o governo, apoiar a luta contra o HIV no pós-guerra era importante porque o público estava interessado no tema. O sucesso da série de reportagens do Nação Coragem, “Sida, o retrato de uma epidemia” (2002), demonstrou que a substituição da guerra pela aids como inimigo público número um era um fenômeno de marketing promissor. Mostrar ao público que o MPLA venceria a aids, da mesma forma como venceu a guerra, era um investimento eleitoral poderoso.

Os doadores estrangeiros, em especial o Fundo Global, estavam ansiosos para trabalhar com Angola em 2002²⁸⁸. O país, com o fim da guerra, tinha ótimas perspectivas de crescimento, principalmente com a indústria do petróleo. Os doadores acreditavam que, numa fase inicial, supririam o governo com suas doações e que, à

²⁸⁷ Para se ter uma ideia, estimava-se em 2016 cerca de 350 mil soropositivos no país.

²⁸⁸ JORNAL DE ANGOLA. “Angola cria mecanismo para aderir ao Fundo Global”. 31 de maio de 2002. p.15.

medida que o PIB de Angola crescesse, o Estado assumiria os custos com a reconstrução social (a luta contra a aids inclusa) e substituiria o capital vindo de fora.

As organizações da sociedade civil, por sua vez, viram no fim da guerra a oportunidade perfeita para pressionar o governo. Não havia mais desculpas para não investir recursos na saúde e no HIV em particular, uma vez que a guerra não mais retiraria recursos das demandas sociais. Aliado a isso o fato das projeções sobre o futuro do HIV no país serem bastante assustadoras, temos como resultado uma resposta positiva das autoridades às principais demandas das organizações da sociedade civil. É por isso que as grandes conquistas na luta contra a aids ocorrem neste período. Em 2004 funda-se o hospital esperança e inicia-se o tratamento universal e gratuito com antirretrovirais. No mesmo ano, a lei do VIH (08/04) é aprovada na Assembleia Nacional e sancionada pelo presidente da República. Em 2005, o PNLS converte-se em Instituto Nacional de Luta contra a Sida (INLS) e passa a ter autonomia administrativa frente do Ministério da Saúde. Além disso, o cargo de diretor do INLS consolida-se como cargo técnico e não político, ou seja, a escolha desta posição obedece critérios técnicos de seleção interna e currículo e não indicações dos políticos do MPLA. O INLS ainda conta com uma verba específica e separada do Ministério da Saúde, gozando de ampla autonomia.

A partir de 2007, entretanto, a situação passa por uma radical mudança. Os novos dados sobre o HIV aparentemente demonstravam que as profecias apocalípticas sobre número de casos e óbitos não estavam se concretizando. Não se sabe ao certo se as projeções antigas estavam exageradamente pessimistas ou se as novas projeções que eram otimistas demais. A opinião dos ativistas se divide e não há consenso sobre o tema. Godinho Cristóvão, da AJPD, culpa uma campanha do Ministério da Saúde, de 2007, conhecida como “Ano de aceleração da luta contra o VIH e grandes endemias”,

como a principal responsável pela mudança súbita dos números²⁸⁹. Para efeito de comparação, em reportagem do Jornal de Angola de 2003, falava-se numa taxa de prevalência do HIV de 5,5%²⁹⁰, números projetados pela ONUSIDA desde fins dos anos 90. Já no Relatório Ungass de 2006, um estudo entre mulheres grávidas apontava uma taxa de prevalência de 2,8%, bem mais baixa do que os dados até então divulgados²⁹¹.

Há possivelmente duas explicações para essa mudança drástica nos números. Em primeiro lugar, antes da guerra, não era possível fazer um cálculo confiável da população total do país. Depois de 2002, as estimativas passaram a ser mais precisas. Apesar do censo populacional ocorrer apenas em 2014, já se estimava que a população total do país fosse maior do que se supunha. No II Plano Estratégico Nacional Para o Controlo das Infecções de Transmissão sexual, VIH e Sisa, 2007-2010, lançado pelo INLS em dezembro de 2006, estimava-se que a população fosse de 16 milhões e o número de infectados cerca de 400 mil indivíduos²⁹². Ao longo do tempo, as projeções populacionais foram aumentando, enquanto os números de infectados eram mantidos na mesma cifra, entre 350 e 450 mil. Dessa forma, a porcentagem de infectados diminuía em proporção ao número de habitantes.

O segundo motivo, como Godinho Cristóvão destacou, é político:

A partir dali [do Ano de Aceleração da luta contra o VIH e grandes endemias, de 2007], você sabe como são os políticos, querem trabalhar sempre com números bonitos, bem enfeitadinhos, (...) [querem demonstrar] que está tudo bem (...) e nós notávamos que às vezes, mesmo em 2010, dava-se a ideia de que a situação tava estabilizada. Todas as vezes que publicavam relatórios, ‘Não, a situação tá estacionada, tá estabilizada’. E não é possível que três anos passando com altas taxas de novas

²⁸⁹ Godinho Cristóvão. Entrevista concedida em 15 de fevereiro de 2018. Luanda.

²⁹⁰ JORNAL DE ANGOLA. “História da luta no combate à Sida em Angola”. André da Costa. 2 de Dezembro de 2003. pp.12-13.

²⁹¹ REPÚBLICA DE ANGOLA. Relatório de Ungass. Dezembro de 2005.

²⁹² REPÚBLICA DE ANGOLA. Plano Estratégico Nacional Para o Controlo das Infecções de Transmissão sexual, VIH e Sisa, 2007-2010.

infecções a nível das unidades [de saúde] e a situação continua estável. Não é possível! (...) os números [publicados] eram quase os mesmos que eram publicados nos relatórios anuais²⁹³.

Segundo Godinho, nunca foi realizado um estudo profundo sobre HIV em Angola e que, até hoje, os dados se baseiam na prevalência de mulheres grávidas, uma vez que o corte vertical (impedir que a mãe transmita o vírus para o filho na hora do parto) sempre foi um dos principais focos da ação das autoridades angolanas na luta contra o HIV. Toda grávida em Angola faz o teste do HIV (apesar da lei 08/04 proibir testes compulsórios) e é com esses dados que seriam produzidas as estatísticas sobre a doença no país.

Até que ponto esses dados são verdadeiros ou não, ninguém sabe²⁹⁴, mas o que importa compreender é que a diminuição da taxa de prevalência angolana teve impactos profundos na política contra o HIV no país. Para o governo, os dados foram usados como prova de sucesso dos esforços governamentais na luta contra a aids (apesar de sabermos que a diminuição se deve, em especial, à mudanças de ordem puramente estatística). Para os doadores internacionais, os novos dados significavam que Angola estava atingindo os objetivos e que era necessário usar os recursos para outros países onde o progresso contra a aids não fora tão grande. Angola, portanto, passa a ser vista pela comunidade internacional como um país cujo caminho para a reconstrução social estava bem encaminhado. Soma-se à isso o fato do PIB angolano ter registrado altas taxas de crescimento, chegando a crescer dois dígitos entre 2004 e 2008. Pelos critérios da própria ONU, Angola já não era pobre o bastante para receber determinadas doações,

²⁹³ Godinho Cristóvão. Entrevista concedida em 15 de fevereiro de 2018. Luanda.

²⁹⁴ A Anaso, dentre outras organizações, faz eco à tese de que os dados atuais não são reais. Ver: “Anaso diz que prevalência do HIV/Sida em Angola é superior à taxa atual, ONUSIDA pede ao governo nova abordagem no combate ao vírus”. Disponível em: <http://www.novojornal.co.ao/sociedade/interior/naso-diz-que-prevalencia-do-hiv-sida-em-angola-e-superior-a-taxa-oficial-onusida-pede-ao-governo-nova-abordagem-no-combate-ao-virus-38847.html> (Acessado em 10 de janeiro de 2018).

“Números de SIDA em Angola não são reais, diz a Anaso” Site Voa Português. Disponível em: <https://www.voaportugues.com/a/numeros-de-sida-nao-sao-reais/3846530.html> (Acessado em 12 de janeiro de 2018).

cabendo ao Estado o papel de substituir o capital estrangeiro que fora doado para a reconstrução social do país.

Como resultado, teremos o declínio acelerado das organizações da sociedade civil na área do HIV. A AAS, de Carolina Pinto, não consegue mais manter uma sede própria e funciona dentro do Hospital Esperança. A LPV, depois de inúmeros assaltos, continua a existir parcamente numa casa alugada no subúrbio de Luanda. A Acção Humana, importante organização que apoiou a LPV no começo dos anos 2000, fecharia as portas em 2013. Até mesmo a Anaso e a AALSIDA, antigas e tradicionais instituições de luta contra a aids no país, sofreram perdas materiais graves. Em 2016, quando o HIV já não era mais um assunto importante o suficiente para render votos ao MPLA, as duas organizações tiveram suas sedes desapropriadas pelo governo, que desejava construir um hospital infantil no local onde elas funcionavam. Um hospital pediátrico, uma antiga demanda dos luandenses, constituía um investimento eleitoral bem mais interessante para o governo, assim como a inauguração do Hospital Esperança fora utilizada como propaganda política do regime anos atrás.

Hoje, depois da inauguração do novo Hospital Pediátrico, Anaso e AALSIDA funcionam numa casa emprestada e perderam acesso a todo o seu acervo histórico que vinha sendo guardado desde os anos 90. Assaltantes invadiram as sedes das organizações quando elas ainda estavam lacradas por ordem da justiça. Não se sabe ao certo o que sobrou depois do roubo, pois o governo confiscou o material restante e não foi possível ainda um acordo entre as partes para que as duas organizações sejam ressarcidas pela desapropriação.

Em 2008, o MPLA vence as eleições gerais com folga²⁹⁵. O alto crescimento proporcionado pela indústria do petróleo e a melhora da qualidade de vida, a despeito da falta de liberdades e da corrupção, são suficientes para que o partido se mantenha forte. Esse ano marca o fim da fase de empolgação na luta contra o HIV, pois marca a consolidação do poder do MPLA, o enfraquecimento da sociedade civil e a retirada do HIV como pauta de interesse público nacional.

A nova conjuntura fortalece uma prevenção ao HIV voltada para aspectos comportamentais e individuais, uma vez que o vazio aberto pela falta de uma política central bem direcionada e coordenada, acaba sendo preenchido pelos preconceitos já enraizados e existentes. Veremos no capítulo 4, que o Stop Sida é o símbolo dessa nova fase da luta contra o HIV, uma vez que encarna uma visão do HIV pós-apocalíptica, ou seja, uma visão da doença não mais como uma ameaça que substitui a guerra, mas sim como aquilo que ameaça mais especificamente a família tradicional. A aids não faz mais parte da reconstrução nacional e nem constitui novidade, já tornou-se parte integrante do novo cenário. A luta contra a doença, agora, deixa de ser função do Estado ou da sociedade (como era na fase anterior, 2002-2008) e passa a ser tida como uma luta de cada pessoa contra seus desejos pecaminosos. É como se o programa Stop Sida dissesse, nas entrelinhas, que o governo já cumpriu o seu papel, reduzindo as taxas de prevalência e estabilizando a expansão da doença. Cabe a partir de então ao cidadão angolano, assumir essa luta na sua vida cotidiana e diária.

²⁹⁵ ANGOP. “Retrospectiva das eleições 2008”. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/politica/2012/7/35/Retrospectiva-das-eleicoes-2008,5df31091-66bf-4ec7-a46c-39b56b2ec310.html (Acessado em 12 de janeiro de 2018).

Capítulo 3 – Porque todos pecaram e estão destituídos da glória de Deus

Angola é um país majoritariamente cristão. De acordo com o Censo de 2014, cerca de 80% dos angolanos se identifica com o cristianismo, sendo o segundo grupo o não religioso, contando com 12% da população (Ver Figura 5). As religiões tradicionais de origem africana não são oficialmente organizadas e subsistem na forma de autoridades religiosas locais que assistem à população em situações específicas. Apenas 0,6% se identifica oficialmente como pertencente a uma religião tradicional. Diferente de outros países africanos, as religiões tradicionais tiveram pouca ou nenhuma influência no discurso sobre o HIV em Angola. Couberam aos católicos e aos protestantes a missão de produzir um saber religioso de grande impacto social a respeito do HIV. As palestras, reflexões, ideias, formulações, cursos de formação, livros e artigos de padres, pastores e teólogos foram massivamente absorvidos pelas campanhas de prevenção em Angola, formando um dispositivo da aids em que a prevenção é, antes de tudo, uma questão de fórum individual, apesar de coletivo. Iremos explorar essa questão no próximo capítulo, quando falarmos sobre a aids na televisão angolana.

Figura 9 - Religiões em Angola no Censo 2014

Fonte: <http://www.info-angola.com/attachments/article/4654/Publica%C3%A7%C3%A3o-Resultados-Definitivos-Censo-Geral-2014.pdf>



Neste capítulo pretendo analisar a participação das igrejas cristãs na luta contra o VIH em Angola, bem como a demonstrar qual o discurso que elas propuseram e propõem acerca da aids, principalmente no âmbito da prevenção, mas também no quadro do combate à discriminação contra os soropositivos.

Começo falando sobre a teologia moral e suas implicações no campo da aids de uma maneira mais geral. Depois situamos o caso específico da Igreja Católica angolana, procurando demonstrar o que ela tem a dizer sobre o HIV, ou seja, quais elaborações e reflexões teológicas ela tem proposto, principalmente no âmbito do começo do novo milênio. Por fim, analisamos o caso específico do CICA, a maior rede ecumênica de igrejas protestantes de Angola, que trabalha com o HIV há muitos anos e tem uma produção própria.

Somando-se organizações baseadas na fé (OBFs) e organizações oficiais católicas, a Igreja Católica era responsável por cerca de 35% de toda assistência social ligada ao HIV no início deste século²⁹⁶. Isso coloca a Igreja numa posição privilegiada quando o assunto é a prevenção ao HIV. Através de suas comunidades religiosas e OBFs, a Igreja é capaz de atingir espaços que os governos e órgãos civis não conseguem. Evidências de países que conseguiram relativo sucesso no controle do avanço do HIV demonstram o papel fundamental das OBFs e sugerem maior participação de OBFs nas campanhas de prevenção à aids em nível nacional²⁹⁷.

O papel da teologia moral na prevenção ao HIV

²⁹⁶ MILLER, Patricia. **The Lesser Evil: The Catholic Church and the AIDS Epidemic**. Conscience. 2001.p.6.

²⁹⁷ *The Catholic Encyclopedia*. **Moral Theology**. Disponível em: <http://www.newadvent.org/cathen/14601a.html>. (acesso em 10 de set. 2016).

A Teologia Moral é também conhecida como ética religiosa. Ela pretende indicar como os humanos devem se comportar para atingirem a presença de Deus. Ela relaciona as verdades divinas com respeito aos seres humanos, seu livre arbítrio e os objetivos divinos²⁹⁸. Combinando a Bíblia com a filosofia ética, propõe verdades morais práticas através de princípios comuns, com o objetivo de guiar os fiéis a discernirem o certo do errado no dia a dia, em temas como legislação, casamento, amor, sexo, responsabilidade, etc. O Magisterium (a autoridade de ensino da Igreja, configurada pelo Papa e pelos Bispos) procura estabelecer tais ensinamentos através de declarações doutrinárias publicadas por ele ou por concílios.

Os teólogos da moral, padres, ou leigos, estão em constante diálogo com o Magisterium. Eles servem até mesmo como intermediários entre os escritos da Igreja e o público católico geral. Embora as descobertas e consultas de leigos e religiosos possam não refletir as posições oficiais da Igreja em relação ao HIV, esses pensadores fornecem contribuições necessárias para a resposta da Igreja Católica à prevenção, particularmente porque sacerdotes, religiosos e leigos representam freqüentemente a Igreja em ambientes pastorais, cuidando dos doentes e realizando várias formas de ministério. Assim, suas idéias geralmente refletem um amplo conhecimento da realidade do HIV e da aids²⁹⁹.

O *Gaudium et Spes* estabeleceu a função desses estudiosos como um apostolado da Igreja Católica, instruindo-os a assumir um papel dinâmico e envolvente na Igreja³⁰⁰. Este estatuto como apostolado, bem como a abertura à opinião clériga e leiga, encorajou o estudo teológico e formou uma nova classe de conhecimento católico que emergiu nos

²⁹⁸ Ibid.

²⁹⁹ MORAN, Sarah, **Scrutinizing the Signs of Times: the Catholic Church, Moral theology, and the Hiv/Aids Crisis**. *All Regis University Theses*. Paper 546.p.11, 2009.

³⁰⁰ Vatican Council II, *Gaudium et Spes*, in *Catholic Social Thought: The Documentary Heritage*, ed. David J. O'Brien and Thomas A. Shannon . Maryknoll, NY: Orbis, 1992.

anos que se seguiram ao Vaticano II³⁰¹. E, como os leigos em particular são menos responsáveis do que o clero para a hierarquia da Igreja, os teólogos morais leigos estabeleceram fóruns para discutir questões controversas. Mas por que o discurso teológico moral deve incluir o tema da aids? Embora a teologia e a ética busquem as verdades universais, elas oferecem pouco à sociedade se não se preocuparem com as realidades de um mundo dinâmico.

A tradição moral católica oferece um discurso rico e diversificado a respeito do HIV/aids, não só pelas preocupações imediatas em relação à prevenção, mas também com as presunções ideológicas que orientam várias estratégias de prevenção católicas e não-católicas e ainda no que se refere às injustiças sistemáticas que contribuem para a epidemia. Com respeito específico à prevenção, os parâmetros da teologia moral incluem os papéis do serviço da Igreja, comportamento individual e injustiça social, econômica e política.

Durante as duas primeiras décadas da epidemia, uma abordagem individualista da prevenção do HIV dominou o pensamento moral católico sobre o problema. Entendendo essa abordagem como uma visão incompleta de um problema complexo, os teólogos morais contemporâneos passaram a concentrar suas discussões sobre os agravantes mais remotos da aids, como a pobreza, o estigma e a discriminação e a desigualdade de gênero. Em geral, eles encorajam a Igreja a aumentar a disponibilidade de tratamento e cuidados ao HIV e aids, ao mesmo tempo que trabalham para uma maior justiça social promovendo políticas e disponibilização de recursos para as pessoas afetadas pela epidemia.

O paradigma baseado na justiça desses teólogos contemporâneos **desafia a eficácia e o valor moral de uma estratégia de prevenção que enfatiza a**

³⁰¹KOWALEWSKI, Mark R. **All Things to All People: The Catholic Church Confronts the AIDS Crisis** Albany: State University of New York Press, 1994.

responsabilidade sexual e defende mudanças de comportamento sexual entre as chamadas populações de risco³⁰². Esses teólogos expressam a preocupação de que tais abordagens pareçam moralistas, levem ao aumento do estigma associado à aids e não abordem as injustiças estruturais que tornam as pessoas vulneráveis ao HIV. Uma dessas teólogas é Lisa Sowle Cahill, cujo ensaio *AIDS, Justice, and the Common Good*, destaca os agravantes históricos e sociais da aids através da lente do pensamento social católico³⁰³.

O ensaio de Cahill gira em torno de uma declaração que vez ou outra reaparece na elaboração de outros teólogos contemporâneos: a aids é uma questão de justiça, não fundamentalmente uma questão de sexo.³⁰⁴ Apesar do contexto da epidemia se dar através de um modo de transmissão prioritariamente sexual, o ensaio de Cahill desafia a noção de que a mudança do comportamento sexual deve ser o principal objetivo dos esforços de prevenção da Igreja. **Sua declaração resume a dicotomia da teologia moral contemporânea entre abordagens baseadas na justiça e abordagens baseadas em comportamento para a prevenção.** Portanto, a própria teologia carrega consigo a divisão entre aqueles que defendem uma abordagem do HIV baseada no combate às injustiças estruturais; e aqueles que enxergam no comportamento como o foco principal.

A aids como questão social ou sexual

O papel dos sistemas estruturais injustos e sua relação com as realidades históricas e sociais da epidemia global da aids foram articulados extensamente por

³⁰² Como veremos no capítulo 5, a responsabilidade sexual individual, tem enorme peso em Angola.

³⁰³ CAHILL, Lisa Sowle. "AIDS, Justice, and the Common Good" in **Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention**, ed. James F. Keenan. New York: Continuum, 2000. pp. 282-93.

³⁰⁴ Ibid. 282.

muitos teólogos morais, incluindo Cahill, que analisa os aspectos estruturais da transmissão da doença. O argumento da autora de que “a principal causa da disseminação desta doença horrenda é a pobreza”, assim como “barreiras relacionadas à prevenção da aids”³⁰⁵ cria uma distinção importante entre os termos “barreira” e “causa”. Encontra-se aqui o grande ponto de debates entre teólogos da moral acerca da prevenção ao HIV: se os esforços de prevenção da Igreja devem se concentrar prioritariamente nas causas próximas, comportamentais ou nos indicadores estruturais da disseminação da aids.

O aparente sucesso de campanhas de prevenção voltadas prioritariamente para questões morais de foro privado³⁰⁶ (como fidelidade conjugal) levanta questões sobre se um paradigma basicamente estrutural seria o mais adequado para os esforços de prevenção à aids da Igreja, uma vez que uma abordagem baseada em comportamento pode ser mais efetiva e vidas estão em jogo. Em outras palavras, o uso intercambiável por parte de Cahill dos termos “causa” e “barreira” em relação à prevenção da aids reflete um pensamento que vê a desigualdade de saúde, riqueza e oportunidade como tendo uma relação causal com a aids.

Quando Cahill afirma que a aids é uma questão de justiça, e não prioritariamente uma questão de sexo, a preocupação é se a eficácia das abordagens baseadas no comportamento pode ser involuntariamente comprometida por organizações ou indivíduos que representam organizações baseadas na fé. Muitos estudiosos católicos, incluindo Cahill, parecem desconfortáveis com as abordagens da prevenção do HIV que enfatizam a responsabilidade sexual e a mudança de comportamento devido à preocupação válida de aumentar o estigma da aids. As reflexões de Marshall e Keogh, como: O foco deveria ser em mudar os comportamentos que contribuem para o HIV?

³⁰⁵ CAHILL, Ibid.p.282

³⁰⁶ Já citamos no capítulo1 o caso de Uganda.

(Isso é possível? Desejável? Como? Com que garantia?) sugerem que a mudança de comportamento sexual pode nem ser desejável. Contudo, algumas pesquisas concordam que a disseminação desenfreada da epidemia na África é devido à prevalência de parcerias sexuais múltiplas que ampliariam a propagação do vírus³⁰⁷.

Os críticos das estratégias de combate ao HIV baseadas no comportamento, afirmam que elas focam nas práticas sexuais, a causa imediata da infecção, mas obscurecem outras medidas de prevenção ao HIV, baseadas em fatores indiretos, como por exemplo, questões de justiça estrutural. Entretanto, os defensores desta abordagem argumentam que uma estratégia de prevenção que se adequa a uma ética sexual cristã não deve ser descartada. É evidente, para eles, que o componente ideológico e moralista não está ausente, mas representar erroneamente a estratégia preventiva da Igreja como conduzida puramente por uma perspectiva ideológica, sem reconhecer a evidência de diminuir os parceiros sexuais como uma tática preventiva que é, pelo menos, viável, seria um equívoco. A questão é que tais campanhas não deveriam ser exclusivas, mas sim associadas ao contexto social e aos direitos humanos.

Além disso, apesar da decisão da Igreja de enfatizar a abstinência e a fidelidade refletir uma opinião moral, essa estratégia de prevenção teria alcançado algum êxito parcial na desaceleração da epidemia em alguns países africanos. Halperin e Epstein oferecem estudos que apoiam a eficácia de programas de prevenção que promovem fidelidade e abstinência, observando que muitos países africanos com declínio da prevalência do HIV, observaram uma diminuição associada na proporção de pessoas que relatam mais de um parceiro sexual ao longo de um ano e em sexo pré-marital entre os jovens³⁰⁸.

³⁰⁷ HALPERIN, Daniel; EPSTEIN, Helen. “Concurrent Sexual Partnerships Help to Explain Africa's High HIV Prevalence: Implications for Prevention”, in *Lancet* 364, 2004, p.4.

³⁰⁸ HALPERIN, Daniel; EPSTEIN, Helen. Op.cit.

Os teólogos da moral católicos (assim como seus colegas seculares) não chegaram a um consenso sobre a verdadeira “causa” do problema do HIV/aids e, conseqüentemente, qual deveria ser a principal abordagem da Igreja para a prevenção. Usando a distinção proposta por Cahill, eles não concordam se a aids é prioritariamente uma questão de justiça ou de sexo, levando à disparidades quanto às medidas de prevenção mais eficazes. Nem mesmo são unânimes sobre a noção de remediar as injustiças sociais como uma “condição prévia essencial”³⁰⁹. A abordagem comportamental é um dos grandes focos de tensão na Igreja moderna. Veremos no capítulo 5 que a abordagem comportamental é dominante no programa de TV Stop Sida e que essa escolha estratégica tem sérias implicações do ponto de vista da discriminação.

A Igreja Católica tem se comprometido com serviços e cuidados pastorais com os afetados/infectados pelo HIV/aids, ao mesmo tempo em que apoia o ensino oficial da Igreja em relação à moral sexual, ou seja, a de que o sexo é só dentro do casamento e apenas para a procriação. No entanto, vários bispos aprovaram a estratégia ABC de prevenção. Entretanto, várias circunstâncias podem restringir ou eliminar a abstinência e a fidelidade como alternativas possíveis para determinadas pessoas. Estas são muitas das injustiças que destacam Cahill e outros teólogos morais. Conforme mencionado, indivíduos, particularmente mulheres, podem ser expostos ao risco de infecção por causa do status de HIV de um parceiro, muitas vezes quando a infidelidade está envolvida. Outros, particularmente as mulheres e as crianças, carecem de autonomia sexual ou dependem do sexo como estratégia de sobrevivência. Nesses casos, as letras A e B perdem espaço para a letra C, da camisinha.

³⁰⁹ CAHILL, Ibid. pp.287-88.

Bispos católicos e a camisinha

Em declarações e cartas públicas, os bispos em todo o mundo expressaram opinião sobre o preservativo, chegando a conclusões conflitantes, e seus comentários muitas vezes representam a posição da igreja em determinado país ou região específica. Significativa foi a inicial tolerância da Igreja com a profilaxia como uma medida de prevenção ao HIV, suscitando debates entre bispos sobre se a tolerância ao uso do preservativo poderia parecer uma promoção da atividade sexual extraconjugal ou seu uso para prevenir a gravidez³¹⁰.

Os bispos americanos favoráveis ao preservativo no início da crise da aids na década de 80 argumentavam que era possível que a Igreja fornecesse informações factuais sobre profilaxia sem necessariamente promover seu uso. Como chefe da Congregação para a Doutrina da Fé, o cardeal Joseph Ratzinger, depois Papa Bento XVI, respondeu à declaração dos bispos dos EUA em uma carta, afirmando que os preservativos não são uma resposta adequada à prevenção ao HIV³¹¹. Dois anos depois, depois de muito debate e desacordo entre os bispos, foi emitida uma declaração, na qual os bispos retrataram-se da sua aprovação de fornecer informações factuais sobre os preservativos. Em 1989, a Carta Nacional da Conferência dos Bispos Católicos, “Called to Compassion and Responsibility: A Response to the HIV/AIDS Crisis”³¹², retirou seu apoio ao uso profilático como ferramenta preventiva, afirmando: “O uso de profilaxia para prevenir a propagação do HIV é tecnicamente pouco confiável... (e)... defender

³¹⁰ MORAN, Sarah. **Scrutinizing the Signs of Times: the Catholic Church, Moral theology, and the Hiv/Aids Crisis**. *All Regis University Theses*. Paper 546..p.43.

³¹¹ RATZINGER, Joseph, “Cardinal Ratzinger’s Letter on AIDS Document”, *Origins* 18, 1988.pp.117-121.

³¹² NCCB, *Called to Compassion and Responsibility*.

essa abordagem significa efetivamente promover um comportamento que é moralmente inaceitável”³¹³.

Nas últimas duas décadas, a discussão sobre HIV/aids e sexualidade dentro do Magisterium se intensificou à medida que cardeais e bispos questionaram o Vaticano sobre as implicações éticas do uso do preservativo. Alguns usaram justificativa bíblica para a necessidade do uso da camisinha contra o HIV. Em 1993, o ex-arcebispo de Toulouse, André Collini, citou o Quinto Mandamento, “não matarás”, argumentando que uma pessoa com HIV que permanece sexualmente ativa “não tem o direito de não usar um preservativo”, chamando uma pessoa que se envolve em atividade sexual desprotegida conhecendo seu status sorológico positivo de “um agente da morte”³¹⁴. Outros argumentaram que os preservativos podem ser toleráveis com base nos resultados da pesquisa médica. Por exemplo, a Comissão Social da Hierarquia Francesa, a autoridade máxima da Igreja Franciscana em questões sociais, lançou um relatório de 200 páginas em 1996 intitulado “AIDS: Society at Stake”. Embora não esteja explicitamente sancionando o uso do preservativo, o relatório citou a opinião médica generalizada de que o uso do preservativo era a única e necessária barreira contra a transmissão sexual do HIV, afirmando que “muitos médicos competentes afirmam que um preservativo de qualidade confiável é atualmente o único meio de prevenção. Por este motivo (o uso de um preservativo) pode ser necessário.”³¹⁵ Esses bispos também propuseram a abordagem chamada “menor de dois males” para a controvérsia do preservativo, reconhecendo a normalidade da cultura como um fator determinante dos padrões e comportamentos sexuais.³¹⁶ Mais tarde, criticado por outros bispos, o presidente da comissão, o bispo Albert Rouet, defendeu a posição do comitê de que

³¹³ Ibid.

³¹⁴ “French Catholic Archbishop Backs Condom Use,” *Reuters*, June 3, 1993.

³¹⁵ Bishop Promotes Condoms Use; In South Africa town, “Issue is Protecting Life, Not Preventing Pregnancy”, in: *Grand Rapid Press (Michigan)*, 15 de Abril de 2007.

³¹⁶ Ibid.

“para pessoas em risco, não se deve acrescentar um mal a outro mal”. Quase uma década depois, o cardeal Cottier, nomeado chefe da Casa Papal pelo Papa João Paulo II, argumentou de forma semelhante ao dizer que para salvar vidas, especialmente em regiões empobrecidas onde as taxas de mortalidade relacionadas à aids são catastróficas, o uso do preservativo é legítimo e deve ser tolerado quando a abstinência e a fidelidade simplesmente não são opções realistas³¹⁷.

Outros bispos enfatizaram a necessidade de proteger vidas, de acordo com o princípio da dignidade da vida e à luz dos contextos culturais. Apesar da oposição do Vaticano a essa política, o bispo sul-africano Kevin Dowling argumentou em 2007 que os preservativos não são apenas aceitáveis, mas necessários à luz dos fatores culturais que afetam a propagação do HIV, especialmente a situação particularmente difícil das mulheres em culturas tradicionalmente machistas³¹⁸. Falando em nome de sua diocese, ele argumentou que a abstinência pré-marital e a fidelidade conjugal estão “além do campo da possibilidade aqui. A questão é proteger a vida. Esse deve ser nosso objetivo fundamental”³¹⁹.

Essas declarações não ficaram sem contestação, inclusive pelo bispo de Roma. O Papa Bento XVI manteve fortemente as convicções teológicas da Igreja, reforçando a doutrina católica em contracepção e relações sexuais fora da união sacramental do casamento. O Papa Bento XVI fez seus primeiros comentários como papa sobre o uso do preservativo em uma audiência papal de 2005 com bispos da África do Sul, Namíbia, Suazilândia, Botsuana e Lesoto, no Vaticano:

Causa grande preocupação o facto de que o tecido da vida africana a sua própria fonte de esperança e de estabilidade seja ameaçado pelo divórcio, o aborto, a prostituição, o tráfico humano e uma certa

³¹⁷ “Papal Theologian Weighs Condom Use Against AIDS”, in: *Catholic World News*, 1 de fevereiro, 2005, Disponível em: <http://www.catholicculture.org/news/features/index.cfm?recnum=34990>. (acessado: 5 de maio de 2017).

³¹⁸ Ibid.

³¹⁹ Bishop Promotes Condoms Use; In South Africa town, Issue is Protecting Life, Not Preventing Pregnancy, *Grand Rapid Press (Michigan)*, April 15, 2007.

mentalidade contraceptiva, que contribuem para uma crise na moral sexual.”³²⁰.

O Papa externou a preocupação de que, ao diminuir os riscos da gravidez e da transmissão do HIV, os preservativos incentivem a imoralidade sexual e possam agravar a propagação do HIV, insistindo que a adesão aos ensinamentos da Igreja de fidelidade e castidade provou ser “o único caminho seguro para impedir a propagação do VIH/sida”³²¹.

Uma declaração do cardeal colombiano Alfonso Trujillo, presidente do Pontifício Conselho para a Família, também rejeitou o uso de preservativos em programas de prevenção do HIV, afirmando que “O vírus da Aids é, grosso modo, 450 vezes menor que o espermatozóide. O espermatozóide pode facilmente passar pela rede que é criada pela camisinha”, portanto, os governos de diferentes países deveriam tratar os preservativos “como o cigarro”, realizando campanhas incitando as pessoas a não usá-los³²². Da mesma forma, os bispos da África do Sul, de Botsuana e da Suazilândia argumentaram que o uso do preservativo é contrário à dignidade humana, mudando “o belo ato de amor para uma busca egoísta de prazer ao rejeitar a responsabilidade” e pode “contribuir para a ruptura do auto-controle e respeito mútuo”³²³.

Teólogos da moral e a camisinha

Da mesma forma que Cahill, alguns teólogos morais identificam nas injustiças estruturais as barreiras à prevenção ao HIV/aids, fazendo delas sua principal abordagem

³²⁰ DISCURSO DO PAPA BENTO XVI AOS BISPOS DA ÁFRICA DO SUL, BOTSUANA, SUAZILÂNDIA, NAMÍBIA E LESOTO EM VISITA « AD LIMINA APOSTOLORUM » . Disponível em: https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/pt/speeches/2005/june/documents/hf_ben-xvi_spe_20050610_ad-limina-south-africa.html (Acessado em 19/05/2017).

³²¹ Idem.

³²² Ver: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/story/2003/10/printable/031009_vaticanobg.shtml; (Acessado em 19/05/2017).

³²³ Conferência de Bispos Africanos Sulistas, *A Message of Hope*.

para a questão, ao invés dos padrões de comportamento sexual. Outros teólogos da moral se concentram nas dimensões sexuais da aids e advogam uma abordagem de prevenção baseada em comportamento. No entanto, os teólogos da moral de ambos os lados, mesmo aqueles que normalmente evitam abordar as dimensões sexuais da aids, entraram na discussão dos preservativos e das estratégias de prevenção da Igreja³²⁴.

A epidemia continua a induzir os teólogos da moral a retornarem à questão da profilaxia e se a Igreja deve introduzir o seu ensino na contracepção no caso do HIV/aids. Alguns expressam a preocupação de que a aprovação do uso do preservativo possa ser mal interpretada como endosso à atividade sexual sem compromisso ou ao uso da contracepção, confundindo os fiéis católicos e comprometendo o ensino da Igreja. Muitos teólogos da moral, por outro lado, responderam a essas preocupações usando determinados princípios metodológicos, incluindo o princípio da tolerância, escolhendo o argumento do menor dos males, ou seja, o princípio de que há duas opções ruins e a escolha de uma delas é obrigatória, sendo a camisinha uma opção mais aceitável do que passar a doença para outra pessoa.

Mais recentemente, teólogos usaram o princípio da cooperação material para pensar a questão. De acordo com a teologia católica, existem dois tipos de associação com atos maus, a cooperação material e a cooperação formal. Sendo que

(...) a cooperação formal envolve a real intenção de um propósito maligno, independentemente da extensão da participação física na execução do ato, por exemplo, aconselhar, promover ou tolerar um ato maligno - todos constituem cooperação formal. A cooperação material, por outro lado, é qualquer tipo de cooperação em que não se pretendem os efeitos perversos, mas apenas o bem. Quando tal cooperação material é direta, equivale à cooperação formal, porque é uma contribuição direta para um ato maligno em que o cooperador compartilha a responsabilidade pelo ato. Por outro lado, quando a cooperação

³²⁴ MORAN, Sarah. Op.cit. p.45.

material não é direta (...), sob certas condições às vezes é justificada e até necessária³²⁵.

Isso sugere a permissibilidade de cooperação em uma ação considerada errada, como o uso dos contraceptivos numa relação sexual, por exemplo, para prevenir um mal maior, a transmissão de uma doença potencialmente fatal. Aplicando esses princípios a casos específicos, como no caso de haver um ou mais soropositivos dentro do casamento; ou quando um indivíduo escolhe participar de um ato sexual extraconjugal que pode vir a prejudicar o cônjuge, eles argumentam que, em circunstâncias excepcionais, os preservativos podem ser aceitáveis³²⁶.

Opiniões seculares sobre a posição da Igreja acerca da profilaxia

Em resposta à epidemia de HIV/aids, organizações seculares sempre enfatizaram o acesso à educação e informação sobre métodos anticoncepcionais como a medida de resolução mais básica e eficaz. Outros atores na prevenção ao HIV veem os preservativos como um componente fundamental para a prevenção à aids, mesmo quando a abstinência e a fidelidade também são promovidas. No seu relatório anual de 2002 sobre a epidemia mundial de HIV, a UNAIDS descreve os preservativos como “a chave para prevenir a propagação do HIV e as infecções sexualmente transmissíveis, juntamente com a abstinência sexual, o adiamento da primeira relação sexual e a fidelidade mútua”³²⁷. Enquanto as Nações Unidas enfatizaram a necessidade dos países expandirem o acesso aos preservativos, a Igreja mostrou descontentamento com a política de preservação da ONU ³²⁸. Assim, como um grande fornecedor de tratamento

³²⁵ BADER, Diana (ed.) *Manual of Guidelines on Clinical-Ethical Issues Catholic Health Association of the United States*, St. Louis, Mo. pp.82-83.

³²⁶ MORAN, Sarah. Op.cit. p.49.

³²⁷ UNAIDS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002*, p.86.

³²⁸ MILLER, Patricia, “The Lesser Evil: The Catholic Church and the AIDS Epidemic”, in: *Conscience* 22, 2001.pp.6-13.

ao HIV/aids, pastoral e educacional, a Igreja encontra-se em desconfortável situação em relação aos seus muitos associados na luta contra a aids, que conduzem enormes esforços de distribuição e educação sobre a importância dos preservativos para a prevenção.

O Concílio Vaticano II procurou pôr fim ao antagonismo entre a igreja e o restante do mundo. João XXIII observou que a igreja precisava iniciar um processo de alargamento de um espírito de abertura ao pluralismo e estruturas democráticas dentro de sua estrutura. Após o evento, a igreja começou a adotar uma estratégia de diálogo com a sociedade secular abordando problemas sociais e fazendo uso das descobertas das ciências sociais e naturais na pesquisa teológica com a intenção de aumentar a relevância da igreja para o mundo moderno. Embora esse diálogo seja vital para tornar a Igreja relevante para o mundo, essa abertura à sociedade secular e às ciências nem sempre exige que a Igreja ceda à opinião pública médica ou difundida, particularmente em questões de moralidade.

O ensino da Igreja oficial sobre preservativos reflete a tensão entre a Igreja e a opinião generalizada na prevenção ao HIV/aids. A resposta à posição da Igreja sobre preservativos entre os eticistas não-católicos varia da evasão (nesse caso, talvez, porque a crítica seja neutralizada pela apreciação pelo cuidado e tratamento substanciais da Igreja) à hostilidade. O artigo de Patricia Miller “The Lesser Evil: The Catholic Church and the AIDS Epidemic” destaca o último caso. Miller descreve as opiniões das organizações seculares envolvidas na prevenção à aids e que acreditam que a Igreja reprimiu ativamente o uso, a educação e a distribuição do preservativo e que demandam o envolvimento da Igreja na educação sexual e o abandono de suas posições sobre contraceptivos e atividades sexuais fora do contexto conjugal. Em outras palavras, como principal fornecedor de cuidados ao problema do HIV, o Magisterium continua falando

contra o que muitos consideram o elemento-chave das estratégias abrangentes de prevenção ao HIV: a camisinha. Eles criticam a Igreja por exortar os países desenvolvidos a financiarem o aumento da distribuição de medicamentos contra o HIV enquanto “lamentam o método mais efetivo de travar a disseminação do HIV: educação, uso e distribuição de preservativos”³²⁹. Outros questionam se as estratégias de prevenção da Igreja apenas utilizam a epidemia como uma oportunidade para reforçar os ensinamentos morais tradicionais sobre sexualidade e casamento³³⁰.

Apesar dessas críticas e dissensões entre o Magisterium, a Igreja Católica continua a ser um importante fornecedor de cuidados e serviços para a aids em todo o mundo. A Catholic Relief Services, por exemplo, a principal agência católica que reúne uma rede de organizações da igreja, oferece serviços de prevenção e tratamento ao HIV/aids em cinquenta e dois países sem distribuir preservativos³³¹.

Reflexões da Igreja Católica Angolana

As igrejas africanas, por estarem no continente que foi mais afetado pelo vírus, se viram numa posição central nesse debate. Em língua inglesa, a África do Sul protagonizou os debates teológicos acerca da aids, e influenciou muitos países da região, incluindo Angola, onde a Igreja Católica, que pouco tinha feito pelos soropositivos até o final do século XX, realiza uma grande inflexão na virada do século, encabeçada pelas Dioceses de Benguela e Uíge. No começo do novo milênio, essas

³²⁹MILLER, The Lesser Evil. Op.cit, 9.

³³⁰Machyo, The Catholic Church and the HIV/AIDS Epidemic in Kenya, p. 47. Essa, inclusive, é parte da premissa que deu origem à presente tese.

³³¹HACKET, Ken. “Perspectives on the Next Phase of the Global Fight Against AIDS, Tuberculosis, and Malaria”. Paper apresentado ao Committee of Foreign Relations, Senado dos EUA, One Hundred Tenth Congress, Washington, D.C., 13 de Dezembro de 2007. p.52

dioceses irão liderar um movimento que se auto intitulava informalmente de “pastoral da sida”. Várias conferências foram realizadas no período de 2000 a 2004 pela Igreja angolana, o que também era um reflexo de algumas mudanças de posição do Vaticano e do crescimento da influência de uma teologia que colocava o homem no centro da ação da Igreja. O grande marco desse movimento foi o Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, realizado em Novembro de 2001, no apagar das luzes da Guerra Civil. Nesses encontros, debates e conferências, padres discutem qual o papel da Igreja na luta contra a aids. Refletem sobre matrimônio, sexualidade, juventude, métodos anticoncepcionais, morte, Cristo crucificado como o espelho do soropositivo à beira da morte, dentre vários outros temas.

A Caritas Internacional de Angola, instituição de caridade da Igreja, já realiza trabalhos na área do HIV desde 1994³³². Comparando com a década anterior, Eusébio Amarante Rosário Guengo, atual líder da organização, afirma que em meados dos anos 90, havia mais informação e financiamento por parte da Igreja para projetos de prevenção. Mas, por outro lado, o tema era um enorme tabu. Segundo ele,

A Igreja durante muitos anos vacilou. Ela abordou o assunto [do HIV] como preocupação, como alerta, como chamada de atenção, mas não abordou o assunto como... doença a tratar, ou como um desafio a enfrentar do ponto de vista teológico (...) A Igreja Católica teve um tempo em que para aceitar o sida (em África, não estou a falar no mundo... em África, fundamentalmente, e mais do que tudo, em Angola), aceitar o sida foi um pouco complexo porque ele ficou muito conotado com promiscuidade³³³.

Em decorrência, a Igreja angolana demorou a compreender qual era o seu papel e o que deveria fazer. Apenas no fim dos anos 90, por volta de 1998, é que as ações da Igreja abandonam uma abordagem alarmista do HIV para uma mais informativa e

³³² Eusébio Rosário Guengo. Entrevista concedida a mim em maio de 2016, Luanda.

³³³ Eusébio. Idem.

acolhedora. Ainda assim, segundo ele, a guerra chamava mais atenção, enquanto os níveis de soroprevalência eram considerados baixos³³⁴.

O padre norte-americano Robert Vitillo, membro da Caritas Internacional, exerceu influência em Angola, sobretudo no movimento da pastoral da sida no fim dos anos 90 e começo dos anos 2000. Sua visão de mundo influenciou os católicos angolanos, sendo que seus textos foram traduzidos e distribuídos pelos membros dessa nova frente pastoral. Dessa forma, creio ser necessário verificarmos o que Vitillo diz e, depois, compararmos com o que escreveram e disseram os padres angolanos daquela época, que procuraram adaptar seu discurso às suas visões e necessidades locais.

Vitillo resumiu seu pensamento numa palestra para o Grupo de estudos teológicos sobre HIV/Aids da Boston College (EUA), em março de 1994, que

Numa Assembleia geral que foi feita em Roma em 1987, as organizações membros de Caritas Internacional, pela primeira vez, surgiram as implicações [do HIV] no nível global numa discussão plenária; as reacções dos participantes pode-se descrever como alarmado e perplexo. Alguns até negaram que SIDA seria um problema, mesmo em países onde o efeito era evidente. Outros testemunharam de encontrar dificuldades com as autoridades da Igreja quando entraram na educação ou assistência de SIDA. Mas outros não compreenderam como que organizações socio-pastorais ligadas à Igreja podiam evitar entrar numa tal obra. No fim daquela discussão, parecia haver um consenso firme – embora preocupado – entre as organizações membros de Caritas que HIV/SIDA devia ser escolhida como um dos temas de prioridade de reflexão e acção para a confederação durante o seu mandato 1987-1988. Esta mesma resolução era reafirmada numa maneira muito mais positiva durante a Assembleia Geral de 1991 da Caritas Internacional³³⁵.

³³⁴ Idem.

³³⁵ VITILLO, Robert. *Desafios teológicos postos pela pandemia global de HIV/sida*. Palestra Grupo de estudos teológicos sobre HIV/Aids da Boston College (EUA), 23 de março de 1994. Disponível em: <http://www.mh2.dds.nl/port/sida/vitillo.htm>. (Acessado em 21/05/2017).

O padre Vitillo entendia que a problemática do HIV numa perspectiva da Igreja, poderia ser dividida em três aspectos: Assuntos de Moral/Ética; Assuntos Fundamentais; Assuntos Eclesiológicos³³⁶.

1) Moral e ética.

Diferente da maioria das pessoas que debateram a questão dentro da igreja angolana, Vitillo fala de ética e moral relacionadas ao HIV sempre do ponto de vista da desigualdade social e global. Ele, portanto, pode ser classificado como pertencente à corrente teológica que enxerga o enfrentamento ao HIV como sendo uma questão prioritariamente de justiça e não de sexo. Ele afirma que o HIV/Aids é um problema que, diferente do que diziam alguns, merece uma atenção específica e sistemática. Trata-se, segundo ele, de um tema que não poderia ser incluído como mais um dos muitos problemas sociais já existentes, mas que demanda atenção, energia e esforço diferenciados³³⁷. Isso porque os números, já naquela época, apontavam para uma grave crise humanitária. Mesmo assim, compara ele, o gasto com a Guerra do Golfo (1990-1), por exemplo, foi imensamente maior do que aquele destinado ao combate ao HIV na mesma época³³⁸. “Eu me lembro”, continua “de muito debate teológico sobre se a Desert Storm³³⁹ estava conforme as directrizes da guerra justa, mas tenho visto muito pouca atenção teológica na justa quantidade de recursos governamentais e privados que deveriam ser dirigidos para a prevenção do HIV”³⁴⁰.

Denunciando a disparidade global, ele afirma que em 1992, 80% dos soropositivos vivem em países em desenvolvimento, mas que 90% dos recursos para o combate ao HIV foram destinados aos países desenvolvidos³⁴¹. Da mesma forma,

³³⁶ Idem.

³³⁷ Idem.

³³⁸ Idem.

³³⁹ Nome da operação de guerra dos EUA no Iraque.

³⁴⁰ Idem.

³⁴¹ Idem.

afirma que os preços dos testes para detecção do vírus, bem como dos medicamentos, eram estabelecidos pensando nas populações dos países ricos e não em países pobres, muito menos os africanos³⁴².

Sobre a discriminação dentro das igrejas, o padre denuncia que presenciou vários casos em que os fiéis foram obrigados pelos sacerdotes a “confessarem” seus “pecados” em público, assumindo seu estado sorológico. Em outras situações, sacerdotes chegavam a cobrar uma taxa especial de fiéis soropositivos para permitirem que eles continuassem membros da casa paroquial e assim tivessem direito a um enterro cristão³⁴³.

O padre ainda exorta os ouvintes a fazerem conexão entre a luta contra a discriminação causada pelo HIV e outras lutas sociais. O argumento por ele utilizado para justificar essa necessidade é que os membros da sociedade mais injustiçados pelas desigualdades estruturais seriam justamente aqueles mais vulneráveis à propagação do vírus da aids³⁴⁴. Como exemplo, ele cita as mulheres:

Sabemos, por exemplo, que mulheres (especificamente mulheres muito jovens) são biologicamente mais vulneráveis para apanhar HIV, e muitas das vezes são acusadas ser “veículos de HIV” mesmo quando a entrada do vírus na família de facto surgiu da infidelidade marital dos seus maridos. Quando me aproximei algumas mulheres teólogas no passado para requerer que elas reflectissem nestes assuntos relacionados com HIV que são tão fundamentais para a sobrevivência das mulheres na sociedade actual, muitas vezes fui repellido com o pretexto que já eram ocupadas demais com a luta pela justiça e igualdade³⁴⁵.

Vitillo insiste para que a teologia moral seja prática, com os pés fincados na realidade. Nada de pensar friamente no direito canônico quando a realidade pede algo mais prático³⁴⁶. Recomendar abstinência para um casal quando um deles é soropositivo, por exemplo, não lhe parece viável, o que sugere que ele não se opõe ao uso do

³⁴² Idem.

³⁴³ Idem.

³⁴⁴ Idem.

³⁴⁵ Idem.

³⁴⁶ Idem.

preservativo. O padre também rechaça os religiosos que, na ânsia de desaconselhar o uso da camisinha, desacreditam a sua eficácia na prevenção ao HIV.

Por último, o religioso afirma que o abuso sexual relacionado ao HIV/aids deve ser denunciado e combatido³⁴⁷. Segundo ele, na África, muitos homens (e algumas mulheres) tem preferido moças (às vezes rapazes) bem jovens para a prática sexual por temerem que pessoas mais velhas estejam infectadas pelo HIV. Isso teria aumentado a violência e o abuso sexual de crianças e adolescentes. Até mesmo dentro da Igreja, denuncia o padre, muito sacerdotes tem molestado meninas e meninos, sem que as autoridades (seculares ou religiosas) tenham feito nada para prevenir ou impedir esses casos. “Quanto tempo”, ele pergunta, “demorará até que esta mesma igreja institucional será sensível para este abuso novo que está a resultar da pandemia?”³⁴⁸.

2) Assuntos Fundamentais

O segundo aspecto relacionado ao tema do HIV na perspectiva da Igreja é o que Vitillo chama de temas ou assuntos fundamentais. A natureza humana e, mais especificamente, a sexualidade, estariam no campo de reflexão da Teologia Fundamental e não da Teologia Moral. Essa afirmação coloca o padre Roberto Vitillo em posição diferente da maioria dos teólogos e religiosos sobre o assunto. Mas o que seria a Teologia Fundamental?

De acordo com o dicionário da Catholic Culture, a Teologia Fundamental seria um

(...) ramo da teologia que estabelece o fato de Deus ter feito uma revelação sobrenatural e estabelecido a Igreja, fundada por Cristo, como seu guarda e intérprete divinamente autorizado. É chamado de teologia porque é uma ciência que lida com Deus; e é fundamental porque seu papel é estabelecer os fundamentos racionais da fé católica. Em alguns círculos, o termo "teologia fundamental" tomou um significado derivado e secundário, a saber, a ciência das doutrinas fundamentais da fé cristã³⁴⁹.

³⁴⁷ Idem.

³⁴⁸ Idem.

³⁴⁹ Disponível em: <http://www.catholicculture.org/culture/library/dictionary/index.cfm?id=33679> (Acessado em 21/05/2017).

Portanto, a Teologia Fundamental é aquela que procura defender os mais básicos e centrais pontos da fé católica do ponto de vista racional. Ou seja, Vitillo entende que a sexualidade humana deve ser compreendida do ponto de vista racional, como ferramenta que auxilia a fundamentar a natureza humana. Nesse sentido, ele entende que

A mim me parece que os teólogos ainda não enfrentaram a tarefa impressionante de elaborar uma teologia substancial da sexualidade humana como criação de Deus onde esta é um elemento forte, dominante e constitutivo da natureza humana. Também não levamos em conta o suficiente como a graça de Deus elevou a totalidade da pessoa humana (incluindo a sua sexualidade) até um nível que é diferente do resto da vida animal ou vegetal³⁵⁰.

Faltaria aos teólogos, portanto, encarar a sexualidade como parte integral da vida humana, trazendo-a à luz das discussões, sem relegar a ela a posição de assunto obscuro, vergonhoso ou escondido. Seria possível, para ele, falar abertamente de sexo dentro da Igreja sem que o celibato sacerdotal e a fidelidade matrimonial fossem comprometidos³⁵¹.

A Teologia Fundamental, portanto, deveria ser uma arma contra quem diz que os soropositivos são pessoas que, através de atos não naturais ou pecaminosos, adquiriram o HIV. Vitillo responde aos padres que citam passagens bíblicas onde doenças são apontadas como castigos divinos, citando outras passagens bíblicas onde Cristo teria trazido uma mensagem de aceitação e perdão³⁵².

3) Assuntos Eclesiológicos

O último assunto concernente ao HIV e a Igreja refere-se à natureza e missão desta última. A pandemia da aids obrigaria a Igreja, segundo Vitillo, a reafirmar sua visão de mundo e seus reais objetivos. O papel da Igreja seria o de acolher a todos. Fazem parte da Igreja não apenas aqueles que aderem de modo ortodoxo aos ensinamentos e à moral

³⁵⁰ VITILLO, Roberto. Op.cit.

³⁵¹ Idem.

³⁵² Idem.

aceita pela sociedade, mas também aqueles que são falhos ou que andam à margem da sociedade. Isso inclui todo tipo de gente, como prostitutas, homossexuais, etc³⁵³. A aids, portanto, não é uma mensagem de Deus aos pecadores, mas uma oportunidade da Igreja reafirmar sua missão acolhedora dos marginais da sociedade.

Apesar da influência dos escritos de Robert Vitillo na pastoral da sida em Angola (e isso é comprovado pelo fato de suas palestras estarem no site da própria pastoral), a leitura e conseqüente aplicação de suas ideias difere substancialmente do conteúdo original. Como contraposição, vamos analisar algumas palestras do Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, realizado em Novembro de 2001, bem como alguns textos teológicos indicados ou produzidos pela pastoral.

O bispo do Uíge Emilio Sumbelelo, discursando sobre a prevenção ao HIV/aids de acordo com a doutrina da Igreja, afirma que a questão deve ser dividida em três aspectos: a vida como valor fundamental; a educação aos valores; e os locais para a educação desses valores³⁵⁴.

A vida, segundo, Sumbelelo, é o valor mais fundamental da criação divina, uma vez que o ser humano é o mais sublime ser criado por Deus. O homem seria a prova da manifestação de Deus, sinal de sua presença e sua glória. A vida, portanto, é sempre um bem, uma vez que é um dom de Deus dado ao homem. O ser humano ainda goza de uma vida especial em relação aos outros seres, pois só ele foi feito à imagem e semelhança do criador.

Sendo assim, a Igreja ensina que, da concepção até a morte natural, o cristão deve respeitar toda forma de vida. A vida deveria ser cuidada contra toda a forma de violência e preservada dos perigos que a ameaçam, tais como o alcoolismo, a droga,

³⁵³ Idem.

³⁵⁴ SUMBELELO, Emilio. *A prevenção do HIV nos pronunciamentos da Igreja*. Palestra apresentada no Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, novembro de 2001. Disponível: <http://www.mh2.dds.nl/port/sida/sumbelelosida.htm> (Acessado em 23/05/2017).

acidentes e também contra o HIV/Aids³⁵⁵. Ou seja, lutar contra o HIV, seria lutar a favor da vida que Deus deu ao homem.

Mas para que essa concepção fosse compreendida em sua profundidade, seria necessária uma educação que elevasse as pessoas aos valores adequados. Em primeiro lugar, essa educação deveria ser centrada nas pessoas em sua humanidade, reforçando nelas a noção de que foram feitas à imagem e semelhança de Deus. Uma educação do homem, de si mesmo e para com os outros. Segundo Sumbelelo, “toda a educação começa no homem e desemboca no homem. Este respeito passa pela estima do próprio corpo, incluindo deste modo uma educação sexual bem direcionada”³⁵⁶.

Em segundo lugar, a educação adequada incluía a santidade de vida, ou seja, o respeito à vocação inerente a todo ser humano de cumprir os mandamentos de Deus. Apenas unindo sua educação humana com sua santidade divina é que se poderia atingir a plenitude da vida.

Todavia, essa educação só poderia ser possível se fosse ministrada em espaços apropriados para tal. O primeiro deles seria a família. A justificativa para isso seria que a destruição da estrutura familiar estaria na base da propagação do vírus do HIV. Dessa forma, a família deveria ser o local ideal de amor para com o soropositivo, onde ele será acompanhado o tempo todo e receberá o apoio no “caminho para a morte”³⁵⁷. O seio familiar, seria, “o ponto forte de luta contra o SIDA, o lugar onde deve partir o contra-ataque, na medida em que se retoma o papel educativo, comunicando os seus valores aos filhos e iniciá-los ao verdadeiro amor”³⁵⁸.

Caberia também à família, ensinar os valores pessoais aos filhos. Cada criança num lar cristão deveria ser vista como única e especial, sendo lá o local onde ela vai

³⁵⁵ Idem.

³⁵⁶ Idem.

³⁵⁷ Idem.

³⁵⁸ Idem.

compreender o significado do verdadeiro amor (familiar e conjugal), da justiça, da austeridade e simplicidade, além do verdadeiro sentido da sexualidade humana³⁵⁹. Também do ponto de vista social, o convívio familiar cotidiano e a comunhão seriam o ambiente perfeito para ensinar às crianças os valores sociais, como companheirismo, caridade, empatia³⁶⁰.

Dessa forma, a família teria um peso central na luta contra a aids, pois ela criaria o modelo de ética comportamental que protegeria os futuros adultos da doença. O autor conclui que

sobre o lugar família, podemos dizer que a mensagem que a Igreja dirige a todos os homens de boa vontade a propósito do SIDA é muito mais ampla que a discussão sobre o uso do preservativo ou sobre o tipo de informação a dar aos jovens: *é um sim à vida, um sim a uma vida vivida com nobreza e humanamente, no respeito do próprio corpo e daqueles dos outros*. À pergunta: "*profilático, sim ou não?*", a Igreja responde: **castidade, auto-controlo, educação ao verdadeiro amor, fidelidade, responsabilidade individual e social**. Não é uma mensagem anacrônica; não é uma mensagem impossível³⁶¹.

Além da família, Sumbelelo destaca também o papel da escola. Entretanto, o bispo ressalta que o espaço escolar não deve ser apenas um local para se falar do que é a aids, como se transmite e como se evita a doença. Para ele, o foco deveriam ser os valores, a maturidade e o sentido da vida. Ele entende que a escola deve ser educadora e não apenas informadora, ou seja, deve estar aliada à família e à sociedade num esforço que ele chama de "comunidade educativa", onde os "valores e a responsabilidade tem plena cidadania"³⁶².

Além da família e da escola, o outro espaço fundamental para uma educação preventiva ao HIV seriam os meios de comunicação. Caberia a eles o papel de mostrar os supostos perigos da sexualidade promíscua, bem como defender a atividade sexual

³⁵⁹ Idem.

³⁶⁰ Idem.

³⁶¹ Idem.

³⁶² Idem.

apenas dentro do matrimônio. Ele compara a questão ao papel da mídia nas campanhas antitabagistas, propondo que sejam feitas campanhas de defesa do casamento e da castidade³⁶³.

Ele conclui que

As campanhas publicitárias, em especial da TV, poderiam e deveriam apresentar uma imagem positiva da vida familiar. Sem transcurar as várias tentações presentes em cada idade, estes programas deveriam iluminar bem as possibilidades de vencer tais tentações, a grande dificuldade psicológica e também física que implica o facto de render-se e a necessidade do perdão, reconciliação e amparo desinteressado no meio das dificuldades. Portanto, estes programas não só deveriam promover a vontade da abstinência, como também a compaixão por aqueles que sofrem desta doença do SIDA³⁶⁴.

No já citado Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, o padre Abel Manuel dos Santos procurou demonstrar a partir de quais perspectivas se dariam a ação da pastoral da aids. O religioso destaca um ponto importante que parece ser a tônica desse movimento católico em torno da aids no começo do século: a ênfase nas situações humanas cotidianas. A Igreja, segundo ele, deveria se preocupar em entender o contexto social dos soropositivos e só então estabelecer sua ação social.

Santos assevera que o ponto de partida que justifica e clarifica para a Igreja o seu modo de agir, considera três momentos interpretativos:

- a) A hermenêutica da situação: ou seja, a capacidade da Igreja de compreender toda a situação social, econômica e cultural que está ao redor do soropositivo;
- b) A hermenêutica da tradição cristã: os alicerces morais e éticos cristãos, expressos na verdade revelada por Deus, devem ser a primeira referência

³⁶³ Idem.

³⁶⁴ Idem.

justificativa antes de qualquer ação. Destaca-se o caráter prático da fé, em oposição à especulação;

- c) A hermenêutica cristã da situação humana: uma espécie de junção dos dois tópicos anteriores.

Santos explica essa última hermenêutica da seguinte forma:

A Igreja actua a partir de uma dupla leitura: **parte da sua fé** - ponto de partida para justificar seu interesse pelo homem – e **interpreta as situações humanas** – a partir de uma leitura atenta da realidade, voltando de novo à fé. Faz, dentro das situações humanas uma confissão de fé testemunhada e comprometida.³⁶⁵

Pode-se entender essa vontade de unir fé e ação social como mais uma das inúmeras tentativas de explicar a tensão que existe na teologia cristã entre um Deus perfeito e uma criação imperfeita, que permite a existência do mal, como as doenças, a aids inclusa.

Alguns encontraram na aids uma oportunidade dada por Deus de vivenciarem a mesma experiência que viveu Cristo na cruz. O próprio Santos apresenta a quem for oferecer conforto pastoral a um doente que se encontra sofrendo ou próximo da morte os seguintes conselhos:

(...)na situação do enfermo de *SIDA* peregrino para a morte, *viver a expectativa da própria morte*, para poder caminhar com quem vive diariamente a certeza da proximidade da morte; (...) *propôr a figura de Jesus como modelo* diante da realidade eminente da morte (*Cf Lc 22,42: Pai Faça-se a Tua vontade e não a Minha*)³⁶⁶

A mesma recomendação é dada por outro palestrante da mesma conferência, segundo o qual, não cabia a Deus e à Igreja explicar o mistério do sofrimento, uma vez que Cristo teria vindo à Terra não para explicar o sofrimento, mas sim para sofrer junto

³⁶⁵ SANTOS, Abel Manuel dos. **HIV/SIDA: Imperativos de ação pastoral, a partir de que perspectiva?** Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, Novembro de 2001.

³⁶⁶ Idem.

com a humanidade.³⁶⁷ Entretanto, parece que a saída mais comum para essa questão, foi desassociar Deus e aids, como se a doença existisse apenas sob a permissão divina, mas sem o objetivo de punir a humanidade pelos seus atos.

O livreto “A Sida mata? A salvação está no seu coração”, do então bispo da Diocese do Uíge (norte de Angola), Dom Francisco de Mata Mourisca, é um dos mais importantes esforços de esclarecer o HIV dentro do movimento da pastoral da aids em Angola neste período da história. Publicado em 2001, a obra tem a ambição de explicar sucintamente o que é a aids sob o ponto de vista da medicina e posicionar o problema do ponto de vista bíblico.

Mourisca afirma que os altos índices de prevalência do HIV no continente africano **não se dão por motivos socioeconômicos**, mas sim devido à liberalização da sociedade em relação à moral, sobretudo ao sexo. Por mais que reconheça outras formas de contágio, Mourisca declara que a grande maioria das infecções se dá pela ato sexual e explica que

...constitui especial ocasião para contrair esta doença a prática da prostituição (com especial difusão em tempo de guerra), o chamado amor livre, a homossexualidade e toda a sorte de hedonismo sexual que o laxismo permissivo da nossa sociedade vai difundindo, com especial incidência no comportamento da juventude. Assim se explica que mais de 70% dos casos de sida conhecidos tenham a sua origem em relações sexuais.³⁶⁸

Percebemos aqui a supracitada ênfase na situação cotidiana do cristão com realce na Teologia Moral. O enfoque desse movimento pastoral se dá na vida comum dos cristãos, onde se enxerga que reside o mal por onde a aids se instala. A aids, portanto, é vista como uma importante oportunidade para se refletir acerca dos princípios éticos e morais contidos nas doutrinas e verdades reveladas por Deus. Seria

³⁶⁷ FARIA, Ezequiel. *Cristo não veio explicar o mistério do sofrimento, mas veio sofrer conosco*. Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, Novembro de 2001.

³⁶⁸ MOURISCA, Dom Francisco de Mata. *A sida mata? Depende do seu coração*. Uíge, 2001.

através desses princípios que o crente deveria seguir se quisesse viver de acordo com a moral divina.

O autor reflete que sua oposição à camisinha se dá porque esse método de prevenção ao HIV se pretendia sanitário e ético simultaneamente, quando na verdade seria apenas sanitário. A ausência de ética, segundo o bispo, estaria no fato de que a utilização da camisinha liberaria o cristão da oportunidade de refletir sobre o autodomínio. Segundo ele, a perspectiva de perder de vista o debate sobre autocontrole levaria os crentes, sobretudo os jovens, a se entregarem aos seus instintos sexuais. Em decorrência “tais pessoas, em vez de serem senhoras do seu instinto, acabam por ser escravas dele, seguindo cegamente os seus ditames”. Portanto, o preservativo seria um empecilho para que o sujeito refletisse sobre as consequências éticas dos seus atos.

Ao ponderar sobre sorodiscordantes³⁶⁹ dentro do matrimônio cristão, Mourisca admite que se encontra diante de um dilema. Os casais devem estar, segundo ele, sempre abertos à procriação, mas o não-uso do preservativo colocaria a vida do cônjuge soronegativo em risco:

E aqui é onde surge uma dificuldade. Se um dos cônjuges, **culpável ou inculpavelmente**, acaso por meio de uma seringa infectada, contraiu a sida, como pode o casal proceder para evitar a transmissão da doença ao cônjuge são? Poderá recorrer ao uso do preservativo? Se recorre, o acto deixa de estar aberto à vida; se não recorre, o acto fica aberto ao contágio do outro cônjuge. Como proceder? Um dilema.³⁷⁰

A conclusão do bispo é que entre uma vida que ainda não existe (a do possível bebê) e a vida de alguém que já nasceu, deve-se optar pela última. Nesse caso de exceção, ele recomenda que os casais nessa situação não sejam impedidos de viverem sua vida conjugal de modo que o cônjuge são não seja infectado.

³⁶⁹ Pessoas que não possuem o mesmo estado sorológico, uma sendo soropositiva e outra soronegativa. O termo é usado principalmente para casais.

³⁷⁰ Idem. Grifos meus. Nota-se que o autor faz uma distinção entre infectados culpáveis e não-culpáveis.

Voltando-se para os solteiros, Mourisca exorta a juventude a manter a virgindade antes do casamento, afirmando que o método mais seguro contra a infecção pelo HIV já foi inventado há 3000 anos atrás, quando Moisés divulgou os 10 mandamentos, onde há instruções sobre a relação sexual entre um homem e uma mulher estranha. Derrotar o HIV, para ele, só seria possível se a juventude tivesse “consciência da responsabilidade” para com a vida dos outros e da sua própria vida. Como a doença ainda era muito associada à morte no início do século, o bispo compara a contração e a transmissão do vírus a, respectivamente, suicídio e assassinato.

O autor finaliza o seu texto citando um provérbio: “Deus perdoa sempre, o homem perdoa às vezes, e a natureza não perdoa nunca”. A exortação subjacente a essa afirmação reitera o amor e misericórdia de Deus para com o soropositivo; insiste na falibilidade humana em se compadecer com o infectado; e atribui a existência do HIV à natureza. Esse ponto é importante, pois se estabelece aqui toda uma teologia que organiza uma espécie de cosmologia, onde a natureza e a humanidade aparecem separadas de Deus, o Criador. A aids não seria um castigo divino, mas sim uma manifestação da natureza. Assim como a Bíblia cita inúmeros sinais divinos manifestos na natureza (como o arco-íris, por exemplo, que seria uma lembrança dado por Deus aos homens de que nunca mais destruiria o mundo por um dilúvio), a aids também seria um sinal de Deus à humanidade:

Por isso, desrespeitar as leis naturais que lhe são próprias, mormente abusando do sexo que é o princípio da vida, significa incorrer na sentença da natureza que não perdoa. Não temos o direito de chamar a sida um castigo de Deus. Mas devemos considerá-la, isso sim, como um aviso providencial do Criador sobre o comportamento que devemos ter para com o nosso corpo. Este aviso de Deus vem dizer-nos, principalmente, que o homem não deve procurar no culto do sexo a sua razão de existir.³⁷¹

³⁷¹ Idem.

A aids, portanto é resultado da ignorância humana em relação a Deus e à natureza. Quem ignorasse o sinal, teria o mesmo destino de tantos homens e mulheres que, como na Bíblia, se afastaram de Deus. Essa afirmação vai ao encontro da posição oficial da Conferência dos Bispos de Angola e São Tomé, a CEAST, que em 2002 divulgaria uma mensagem pastoral com declaração similar e que resume muito bem a posição oficial da Igreja Católica angolana sobre a questão:

(...)Aos negociantes de preservativos interessa sobremaneira que a juventude se afunde no pântano degradante do sensualismo, pois dessa forma poderão incrementar os seus lucros com a propaganda e a venda de camisinhas. Não parece ser outro o objectivo daqueles que, para evitar a SIDA entre jovens, se limitam a recomendar-lhes o preservativo, sem qualquer apelo à sua principal defesa que é a educação da vontade, do autodomínio, da consciência e da responsabilidade. (...)Não queremos partilhar a opinião daqueles que vêem na SIDA um castigo de Deus pela escalada de hedonismo e devassidão sexual, de que muita gente faz hoje o ideal da vida e um negócio lucrativo, de modo particular através da mídia. **Mas partilhamos a certeza de que esta doença deve ser vista como um sério aviso da divina providência para respeitarmos as leis da natureza, não somente a nível ambiental ou ecológico, mas também, e de modo particularíssimo, a nível do nosso corpo, que é a casa sagrada em que todos nós habitamos.** Precisamos de inverter, numa verdadeira curva de cento e oitenta graus, certos comportamentos da nossa sociedade com relação ao sexo.³⁷²

O que podemos concluir a respeito do debate teológico desse movimento católico do início do século XX, é que ele foi pautado pelo reconhecimento de que a Igreja deveria estar atenta aos aspectos sociais do HIV. Essa ênfase no social, sem dúvida, é influência estrangeira de padres e teólogos progressistas como Robert Vitillo. **Entretanto, enfoque no social é diferente de enfoque em justiça social.** A defesa desta última ficou a cargo de vozes quase solitárias, como a do próprio Vitillo. A Igreja angolana fez uma leitura bastante particular daquelas ideias.

³⁷² A Igreja perante a SIDA – CEAST. *Mh2*. Disponível em: <http://www.mh2.dds.nl/port/sida/ceastsida.htm>. Acesso em 27 jul. 2016. Grifos meus.

De modo geral, predomina o entendimento de que o aspecto social deve fazer parte da reflexão e da ação da Igreja, mas sem que a luta contra a aids seja encarada como uma oportunidade de enfrentamento das desigualdades estruturais. Fala-se no social como pano de fundo, como um contexto que possibilita uma melhor compreensão do problema. É importante compreender, para a Igreja, o local social de onde vem o possível soropositivo, ou seja, se ele vem de uma família e escola onde se ensinam valores morais ou se recebe informações desse tipo da mídia a qual ele tem acesso. Não há aqui, preocupação em eliminar injustiças, sejam de classe social, gênero ou orientação sexual. Ou seja, é um enfoque no social, não na ideia de justiça ou direitos humanos.

O “social”, para os padres e teólogos angolanos do início do século, é o ambiente ao redor do indivíduo que o influencia na sua tomada de decisões éticas: a família, a escola e a mídia, principalmente. A questão, portanto, permanece no nível individual e comportamental. A melhor forma de prevenção seria a constituição de um ambiente em que cada indivíduo tivesse a oportunidade de fazer a escolha ética mais apropriada. Por causa disso, não são mencionados importantes atores sociais como o Estado e as organizações civis.

Dessa forma, a Igreja se viu numa posição incômoda: precisava afirmar a ideia de que a aids tinha relação com o comportamento (pecado), mas não queria ter que afirmar categoricamente que a doença era um castigo divino, o que se chocaria com a posição mais inclusive e aberta que ela desejava cultivar com o público. A saída foi aceitar, pelo menos em parte, o discurso científico: a aids era uma enfermidade causada por vírus, seres vivos da Natureza. A infecção, portanto, se daria pelas pessoas não estarem atentas às “leis naturais” estabelecidas por Deus para com o corpo. Da mesma forma que pega-se gripe, por exemplo, ao não se cuidar e tomar banho gelado; adquiria-

se o vírus da aids ao não respeitar a “lei natural” da monogamia. Deus não poderia ser culpado pelo que acontece com quem toma banho gelado ou com quem é infiel ao seu cônjuge.

Protestantes: o caso do CICA

Assim como os católicos, os protestantes angolanos também se envolveram na luta contra o HIV e também elaboraram um pensamento teológico acerca do problema. A África do Sul, sendo um país de maioria protestante e bastante afetado pelo vírus, foi o grande centro produtor, no continente africano, de reflexões teológicas a respeito da aids na esfera do protestantismo. Muitas instituições com sede em outros países também foram muito influentes, caso da Ecumenical HIV/AIDS Initiatives in Africa³⁷³ (EHAIA), uma instituição ligada ao Conselho Mundial de Igrejas, a maior irmandade de igrejas cristãs (principalmente protestantes) do mundo; e também da MAP International, ONG cristã sediada nos EUA. Por último, a Norwegian Church Aid³⁷⁴, além de ser a maior financiadora da resposta protestante ao HIV em Angola, também forneceu material teológico e devocional para as igrejas angolanas.

O material produzido por estas e outras instituições estrangeiras foi traduzido e distribuído em Angola pelas igrejas locais. Mas, da mesma forma como os católicos do país filtraram e adaptaram a ênfase social aplicada pelos teólogos progressistas estrangeiros, as igrejas protestantes angolanas fizeram algo similar na sua leitura dos manuais e textos de aconselhamento pastoral estrangeiros.

³⁷³ Atualmente a instituição se chama Ecumenical HIV and AIDS Initiatives and Advocacy, já que seu raio de ação engloba países fora do continente africano.

³⁷⁴ Instituição ligada à Igreja Luterana da Noruega e que se notabiliza por realizar trabalhos sociais em todo o mundo. Geralmente age através de igrejas locais.

A principal instituição protestante que atuou e ainda atua na luta contra o HIV em Angola é o Conselho de Igrejas Cristãs de Angola, o CICA. Ele surgiu em 1992, durante a abertura política proporcionada pelos acordos de Bicesse, apesar de ter raízes numa instituição mais antiga, o Conselho Angolano de Igrejas Evangélicas, fundado em 1977³⁷⁵. O CICA é uma das pouquíssimas instituições angolanas que foi capaz de preservar documentação antiga (apesar de não estar organizada), o que me possibilitou encontrar material teológico acerca do HIV produzido nos últimos anos por diversas igrejas protestantes angolanas e de outros países da África. As fontes que analiso a seguir são todas do arquivo da instituição. Uma vez que o arquivo não estava organizado, tive que pesquisar por algumas semanas até encontrar o tipo de material necessário. Priorizei os cursos de formação sobre HIV para pastores e líderes religiosos produzidos sobretudo a partir do fim da Guerra Civil. Nesses cursos, encontramos um discurso teologicamente fundamentado a respeito do HIV, explicando suas origens, seu significado e, mais importante, qual a melhor forma de prevenção ao vírus.

A pessoa responsável por guardar esses documentos é Berta Chipita, a responsável pela área de Saúde do CICA. Sua história de vida se confunde com os trabalhos de saúde ministrados pela instituição nas últimas décadas, sendo que seu testemunho é uma rica fonte de informação sobre a ação das igrejas evangélicas em Angola no tocante ao HIV.

Berta Chipita, popularmente conhecida como Dona Berta ou Irmã Berta, entrou para o CICA em 3 de janeiro de 1995³⁷⁶. Proveniente do sul do país, ela formou-se como técnica de Saúde em Benguela em 1987, e se mudou depois para Luanda para trabalhar num centro de saúde do governo. Entretanto, em 1992, depois que o resultado das eleições trouxe o reinício da guerra civil, ela decidiu deixar a capital e retornar ao

³⁷⁵Council of Christian Churches in Angola. Disponível em: <https://www.oikoumene.org/en/member-churches/africa/angola/cica> (Acessado em 25/05/2017).

³⁷⁶ Berta Chipita. Entrevista concedida a mim em 12 de setembro de 2017. Luanda.

sul de Angola para junto de seus familiares. Sendo ela do sul, teve medo de sofrer represálias políticas³⁷⁷.

Dona Berta eventualmente retornaria a Luanda e o acaso a levaria ao CICA. O secretário geral da instituição estava procurando alguém de confiança para trabalhar com ele e pediu que os pastores da sua denominação religiosa fossem a procura de alguém. Ela acabaria sendo indicada para o cargo de secretária administrativa do Gabinete do Secretário Geral³⁷⁸ do CICA. Todavia, irmã Berta diz que sempre preferiu trabalhar com doentes do que com papéis. Dessa forma, acabaria aceita na instituição, mas não na secretaria do Gabinete e sim no Departamento da Mulher. Já em 1996, ela consegue a transferência para o Departamento da Saúde, mas ainda assim como secretária administrativa³⁷⁹.

Casou-se em 30 de novembro de 2002 e se mudou para a província da Huíla. Como lá não havia o CICA, ela pede um afastamento temporário. Mas em 2003, Berta recebe uma doação de um missionário e abre uma filial da instituição na província da Huíla³⁸⁰. Mas já em 2005, o casamento chegou ao fim. Foi vítima de violência doméstica e, em seguida, foi abandonada pelo marido que foi viver com uma outra mulher. Ela retorna para Luanda e para o Departamento de Saúde do CICA em 2005. O fim do casamento abalou sua saúde e ela ficou doente por meses no ano de 2006. Em 2007, já recuperada, assumiria a coordenação do Departamento de Saúde do CICA, cargo que ocupa desde então.

Quando retorna da Huíla em 2005, ela organiza um grupo para pessoas vivendo com HIV. Um tempo depois, um evento ajudaria a catapultar esse grupo, um festival de música organizado em parceria com uma ativista soropositiva chamada Olga Miguel,

³⁷⁷ Pessoas do interior que eram suspeitas de apoiar a UNITA ou a FNLA nas eleições de 92 foram perseguidas pelo MPLA.

³⁷⁸ Idem.

³⁷⁹ Idem.

³⁸⁰ Idem.

que liderava um grupo de apoio a pessoas vivendo com o HIV chamado Charity. O evento teve um culto ecumênico e músicas em homenagem às pessoas vivendo com o HIV. Dona Berta conta que com a realização do Festival, muita gente conheceu o CICA e começou a aderir às atividades da organização³⁸¹.

Esse grupo era formado por pessoas convertidas ao cristianismo e que se encontravam para receberem apoio espiritual e psicossocial de Dona Berta e dos técnicos de saúde do CICA. Mas a principal atividade pela qual ficaram conhecidos foram os testemunhos orais nas igrejas. Dona Berta ia com o grupo de soropositivos para as igrejas e elas contavam sobre suas vidas e dificuldades, com o objetivo de informar as pessoas sobre a doença e sensibilizá-las sobre o preconceito contra soropositivos. Irmã Berta narrou como eram esses encontros:

(...) nós levávamos como estratégia pessoas vivendo com o VIH, não é? Dávamos a palestra sobre o VIH, falávamos da temática... sua aparição, o que que significava, a prevenção, o tratamento, tudo isso. Mas as pessoas ficavam a pairar, não sabiam o que era, como é que isso poderia ser. Então, no final, chamávamos duas, três pessoas e dizíamos: vem falar de si. A pessoa vinha... todo mundo ficava... ‘Não é possível! Nunca tínhamos visto!’. Mas eles diziam: ‘Não!’. Uns diziam: ‘Não! O Sida não existe!’ (...) Líderes, pastores [diziam]: ‘O Sida não existe! Vocês foram pagos pelo CICA pra nos convencer. (...) Então, elas [as pessoas soropositivas] tinham que pegar os seus cartões de tratamento... apresentavam... Ainda assim, diziam: ‘Não! Vocês foram pagos!’. Tinham que pegar a medicação para apresentar (...) E no final de cada palestra havia alguém a dizer: ‘Olha, eu tenho alguém [soropositivo]’, ‘Eu sou [soropositivo]’. Então, nós dizíamos: ‘Ok, você é? Depois procura por nós’³⁸².

Depois, com o apoio da Rádio Nacional, começaram a difundir as atividades do CICA num programa religioso chamado Ecos do Evangelho³⁸³. A partir daí, o CICA consegue contato com pessoas do país todo e passa a oferecer cursos sobre HIV para pastores e lideranças religiosas de todo o país, com o intuito de preparar os líderes da igreja a lidarem com a situação da aids dentro de suas congregações. Esses cursos

³⁸¹ Idem.

³⁸² Idem.

³⁸³ Idem.

representam um excelente resumo do discurso protestante angolano sobre o HIV e iremos nos debruçar sobre eles no próximo item deste capítulo.

O currículo africano de HIV para as igrejas

Os protestantes, mais ainda do que os católicos, se esforçaram em produzir cursos e formações sobre o HIV para os seus líderes religiosos. A MAP International, com apoio do Conselho Mundial de Igrejas e da UNAIDS, começou a elaborar um currículo teológico que servisse de base para as igrejas africanas em junho de 2000³⁸⁴. Nessa data, foi realizado um encontro de reitores, professores e representantes de vinte instituições teológicas das Áfricas Oriental e Austral, pertencentes a várias denominações³⁸⁵. No ano seguinte, dois seminários foram organizados com o intuito de preparar um currículo sobre HIV/aids a fim de institucionalizar sua prevenção, tratamento e cuidado pastoral. O primeiro ocorreu na África do Sul entre 26 e 30 de agosto de 2001. O segundo, em Botsuana, entre 9 e 14 de setembro do mesmo ano³⁸⁶. O CICA esteve presente nestes encontros.

Uma versão do currículo foi lançada em dezembro de 2001 e acabaria por incorporar cinco eixos temáticos: Sexualidade humana e HIV, Estudos Bíblicos e HIV, Teologia e HIV, Aconselhamento e HIV, Desenvolvimento de programa (gestão)³⁸⁷. Essa estrutura temática foi amplamente adotada por cursos de formação na área do HIV em igrejas protestantes por todo o continente africano. No caso particular de Angola, o CICA seria a instituição responsável por disseminar cursos tendo por base esse currículo.

³⁸⁴ Currículo sobre HIV e Aids/Sida para instituições teológicas na África. Arquivo do CICA.p.2.

³⁸⁵ Idem.

³⁸⁶ Idem.

³⁸⁷ Idem.

Em 2005, a Igreja Evangélica de Angola (IEA), em parceria com o CICA, liderou uma série de cursos de formação para pastores e demais líderes religiosos, estabelecendo o modelo de curso adotado desde então em Angola pelas igrejas protestantes. No fascículo do curso de formação sobre HIV para ativistas cristãos intitulado “IEA diz não ao HIV-Sida”, está resumida a abordagem cristã protestante mais comum encontrada em Angola³⁸⁸. O curso está dividido em seis partes. Na primeira, recupera-se a história da aids. A seguir, fala-se sobre a transmissão e sobre doenças sexualmente transmissíveis. A quarta parte foca na prevenção, enquanto as duas últimas versam sobre a visão bíblica sobre as doenças e o papel da igreja na luta contra a discriminação.

Segundo o curso, a aids estaria relacionada a diversas causas, em especial “pobreza ou miséria, promiscuidade, analfabetismo, drogas, alcoolismo, guerras, catástrofes naturais, doenças crónicas, turismo, comércio, etc...”³⁸⁹. Consequentemente, os grupos associados a estas condições seriam o público alvo da doença. A lista incluiria “pobres, alcoólatras, drogueiros³⁹⁰, refugiados, sinistrados³⁹¹, doentes crónicos, prostitutas, polígamos ou poliandras, turistas, comerciantes e militares”³⁹².

A estratégia de prevenção adotada é a ABC, adaptada em português como os três métodos para estancar a propagação do HIV. O primeiro deles, a abstinência, é justificado porque “as relações sexuais além de serem de carácter natural ou biológico, estão sob o controlo da pessoa. O ser humano difere dos outros animais porque pode controlar os seus instintos sexuais”³⁹³.

³⁸⁸ Fascículo dos activistas de HIV-Sida “IEA diz não ao HIV-Sida”. Secretaria Geral da Igreja Evangélica de Angola. Departamento de DAMS. Luanda, 2005.

³⁸⁹ Idem.p.3.

³⁹⁰ Termo depreciativo equivalente ao “drogado” do português brasileiro.

³⁹¹ Pessoas vítimas de acidentes.

³⁹² Idem.

³⁹³ Idem. p.4.

O curso enfatiza o ponto de vista masculino, onde a infidelidade conjugal está associada a uma mulher promíscua que tenta o homem cristão para que ele cometa o pecado. No trecho sobre a fidelidade, por exemplo, exalta-se o sexo apenas dentro do casamento, fazendo referências a versos bíblicos sobre como as investidas sexuais de uma mulher casada podem levar à morte:

Ela [a sabedoria] também o livrará da mulher imoral, da pervertida que seduz com suas palavras, que abandona aquele que desde a juventude foi seu companheiro e ignora a aliança que fez diante de Deus.

Ela se dirige para morte, que é a sua casa, e os seus caminhos levam às sombras. Os que a ela procuram jamais voltarão, nem tornarão a encontrar as veredas da vida. (Provérbios 2:16-19)³⁹⁴.

O preservativo, segundo o curso de formação, seria tolerado em apenas duas ocasiões, e somente entre casados. Em primeiro lugar, com o objetivo de planejamento familiar. Segundo, em caso de um dos cônjuges estar contaminado por uma doença sexualmente transmissível³⁹⁵.

Os três métodos, entretanto, não são vistos como equivalentes. A abstinência e a fidelidade são tidas como defesas superiores ao preservativo. O curso estabelece um quadro comparativo, elencando as vantagens dos dois primeiros métodos em relação à camisinha:

Vantagens da fidelidade e abstinência³⁹⁶	Desvantagens do preservativo
Elas estão sempre com o indivíduo;	Pode romper-se, falta de segurança;
Encontram-se em qualquer lugar e momento;	Custa dinheiro, a pessoa pode não ter recursos no momento que precisa;
São de alcance imediato;	Não se encontra disponível em todo lugar;
Não custam dinheiro;	Pode ser esquecida no momento do sexo;

³⁹⁴ Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/nvi/pv/2> (acessado em 25/05/2017).

³⁹⁵ Fascículo dos activistas de HIV-Sida “IEA diz não ao HIV-Sida”. Op.cit.p.4.

³⁹⁶ Idem.pp.4-5. Adaptado de quadro comparativo do curso.

Garantem a vida do indivíduo;	Torna o corpo vulnerável à libido sexual;
Não tem prazo de validade;	Reduz o prazer sexual;
Garantem harmonia nos lares.	Pode estimular o sexo precoce;
	Pode estimular a infidelidade e trazer discórdia ao lar.

A estratégia ABC aparece aqui de maneira particularmente adaptada. Os protestantes, diferente dos católicos, aceitam o preservativo como opção para o planejamento familiar. Entretanto, assim como aqueles, desincentivam o seu uso em favor da abstinência e da fidelidade conjugal. Mas aqui temos uma elaboração ainda maior das supostas desvantagens do preservativo. O argumento é claro: a camisinha é vista como algo não-natural, como invenção humana que pode ter alguma utilidade em determinados contextos, mas que não superaria a barreira natural que o próprio Deus deu ao homem, mas que necessitaria de cultivo espiritual para florescer: o auto-controle. Ter domínio sobre si mesmo surge aqui como a mais básica faculdade humana, aquilo que nos distingue dos animais.

A camisinha, portanto, é apresentada como um mecanismo hedonista que nos induz a pensarmos e agirmos feito animais, entregues aos prazeres sensuais. É uma postura próxima à do bispo do Uíge, Mourisca, que afirmava, como vimos, que o preservativo retira do ser humano a sua capacidade de escolha ética. Entretanto, nesse caso estamos diante de uma postura ainda mais radical frente ao preservativo. Trata-se de uma visão de mundo que desconfia de tudo que não seja entendido como natural. É a mesma desconfiança, apesar de uma diferença de proporção, que alimenta grupos protestantes como os Amish, que condenam tecnologias modernas, como a televisão ou a internet. A ideia é a de que as invenções humanas afastam a humanidade de Deus e

que, como resposta à essa decadência, o cristão deve ter uma vida mais austera, **sem depender de tecnologias que amenizem o trabalho e aumentem o lazer e o ócio.**

Para a igreja, a camisinha é justamente aquilo que diminui o trabalho (no caso, o trabalho de moldar seu autodomínio) e aumenta a busca do sexo como mero lazer.

Outra diferença importante para o pensamento de Mourisca é que, enquanto ele opera uma separação entre a Natureza e Deus para explicar o fenômeno da aids, aqui temos a associação entre o natural e o divino. A natureza seria obra de Deus, portanto o que se associa a ela é bom e merece ser cultivado. O autodomínio é criação de Deus, é aquilo que, dentre outras coisas, o Criador nos deu para nos diferenciarmos dos animais. O preservativo, pelo contrário, seria um artifício humano constituído para substituir uma dádiva natural divina, a nossa faculdade humana do autocontrole.

A camisinha é, conseqüentemente, vista como um mecanismo que interferiria no plano “natural” de Deus no âmbito do sexo. Se voltarmos ao referido texto bíblico de Provérbios, temos a imagem desse plano divino, onde o homem temente a Deus tem a opção de resistir ou não à mulher promíscua que o tenta. Caso ele vença a tentação, terá a recompensa de Deus. No caso de ceder aos encantos femininos, ambos encontrarão a morte. Uma vez que as doenças podem ser vistas como pragas de Deus contra os pecadores, o preservativo passa a ser, do ponto de vista do conservadorismo cristão, como uma tecnologia humana que quer burlar a morte como a recompensa pelo pecado sexual. Se quem comete um ato sexual pecaminoso merece a morte, seja por aids ou qualquer outra DST, a camisinha é um artifício humano para cometer pecados e sair impune.

Conseqüentemente, a estratégia é desacreditar a eficácia do preservativo, elencando suas desvantagens: pode romper-se, custa caro³⁹⁷, não está sempre

³⁹⁷ A menção ao preço não pode ser desprezada. Até os primeiros anos depois do fim da Guerra Civil, o acesso ao preservativo ainda era restrito e muitas das vezes caro demais para grande parte dos angolanos.

disponível, etc. Enquanto a camisinha é apresentada como uma tecnologia puramente sanitária e cuja disponibilidade e acesso não são universais, a fidelidade e abstinência são valores éticos que estariam sempre à disposição e sem custos. Portanto, enquanto a camisinha seria uma artimanha humana de eficácia duvidosa, a fidelidade e a abstinência seriam atributos infalíveis e naturais do próprio corpo, criação divina.

Para o conservadorismo cristão, a História estaria cheia de situações em que a arrogância humana levou a humanidade a acreditar mais em sua tecnologia do que em Deus, resultando sempre em catástrofes. Seja em histórias bíblicas, como no caso da Torre de Babel³⁹⁸; seja em histórias reais, como no ocorrido naufrágio do Titanic³⁹⁹; a insolência humana de confiar mais na sua própria criação do que em Deus, acaba por terminar numa tragédia de grandes proporções. A crítica ao preservativo encontra ecos nessa antiga noção cristã que enxerga na tecnologia humana e nos conhecimentos a ela associados, o cerne do pecado. Foi a sede de conhecimento que fez Adão e Eva comerem do fruto da Árvore da Ciência do Bem e do Mal. É o mesmo conhecimento que leva a humanidade a criar as tecnologias que procuram interferir na natureza criada por Deus.

A estratégia protestante de crítica ao preservativo ainda avança para outra área que não encontramos entre os católicos, a alegação de que ele diminui o prazer sexual. O sexo, portanto, é reconhecido aqui como legítima fonte de prazer e não somente como instrumento para a procriação. Essa concessão, entretanto, deve ser entendida dentro da teologia protestante, que difere do catolicismo nessa matéria. O prazer encontra mais liberdade dentro do pensamento teológico dessa tradição religiosa, sendo que o planejamento familiar é aceito. Paradoxalmente, a maior abertura ao prazer sexual, possibilita que ele seja usado como argumento contra o preservativo, uma vez que

³⁹⁸ Ver Gênesis 11:1-9.

³⁹⁹ Nesse caso a prepotência estaria na famosa frase “Nem Deus afunda esse navio”.

alega-se que seu uso acarretaria diminuição do prazer. Nenhum estudo científico corrobora com essa tese⁴⁰⁰.

Além da prevenção, o curso de formação para líderes cristãos no combate ao HIV, ainda explica as causas das doenças de acordo com a distinção mencionada no capítulo 1 entre causas primárias e causas secundárias:

(...) o corpo humano foi criado com a capacidade suficiente para não adoecer. O quadro reverteu-se por causa do pecado que trouxe duras consequências para o homem e para a própria natureza, a saber a morte física e espiritual, as enfermidades, catástrofes naturais, etc (Dt. 15:15-27) (...) Portanto, as doenças são consequência do pecado. Entretanto, na Bíblia Sagrada, encontramos doenças sobre as quais ela dá uma informação específica quanto a sua origem. O que implica dizer que há causas secundárias das doenças⁴⁰¹.

A causa primária se trata, portanto, do Pecado Original, ou seja, da queda da humanidade narrada no Gênesis. As causas secundárias, por sua vez, poderiam ser divididas em três tipos:

1. Pecado específico: quando alguém cometia um pecado específico que resultava numa doença;
2. Provação divina: Como no caso do famoso livro de Jó, em que Deus envia várias calamidades e doenças na vida de Jó e ele se mantém fiel mesmo nas adversidades. Nesse caso, a doença é um teste de Deus para com o fiel. Vencido o teste, terá uma recompensa;
3. Operação satânica: obra do diabo na vida dos crentes⁴⁰².

Segundo o Fascículo, as pessoas, tanto no passado quanto no presente, teriam uma tendência a concluir que toda doença seria resultado da primeira causa secundária, sem se darem conta de que existiriam outras duas possibilidades. Da mesma forma, muitas pessoas teriam visto a aids, sobretudo nos seus primeiros dias, como resultado de

⁴⁰⁰ Há várias pesquisas sobre essa questão, sendo a mais famosa e recente, o estudo da Universidade de Indiana, que está disponível aqui: <http://www.nationalsexstudy.indiana.edu/> (Acessado em 21/12/2017).

⁴⁰¹ Fascículo dos activistas de HIV-Sida “IEA diz não ao HIV-Sida”. Op.cit.p.5.

⁴⁰² Idem.p.6.

algum pecado encoberto pelo soropositivo. Tal postura seria um erro. Em primeiro lugar porque a aids, como qualquer outra doença, só existiria devido ao Pecado Original, do qual toda a humanidade é responsável e não apenas o indivíduo soropositivo. Segundo, porque a aids talvez fosse uma provação divina, um teste de fé. Aquele que foi contaminado porventura não fosse um pecador ou um amaldiçoado, mas alguém que está recebendo de Deus a oportunidade de vencer um desafio e ser engrandecido com as recompensas divinas. Por último, caso a doença fosse uma artimanha do diabo, ainda assim poderia se converter em uma ocasião favorável para se aproximar mais de Deus.

Há um esforço de lembrar que a via sexual não é a única para se contrair o vírus do HIV, no sentido de alertar as pessoas de que “todos nós, incluindo a Igreja, estamos expostos aos riscos de contaminação” e não apenas “aqueles que levam uma vida desregrada sob o ponto de vista moral (adúlteros, fornicadores, prostitutas, etc)”⁴⁰³.

Também é rejeitada a teoria de que a aids é uma maldição divina:

É sabido por muitos que a Região Subsahariana (habitada maioritariamente por negros) é a que possui índices mais elevados de HIV-SIDA. Ao ser verdade que Sida é uma doença resultante da maldição divina, confirmaríamos o pensamento de alguns que Deus abençoou os brancos e amaldiçoou os negros. Por outras palavras, induziríamos as pessoas a pensarem que os piores pecados são cometidos na Região da África Sub-Sahariana⁴⁰⁴.

Há um empenho aqui em salvaguardar o continente africano de críticas comportamentais. Ao ser verdade que as doenças têm uma relação com o pecado, a conclusão óbvia é a de que onde mais se peca, mais doenças há. É verdade que o próprio curso afirma que há outras variantes nessa equação, como a pobreza, que é citada como uma das vulnerabilidades que aumentam a chance de uma pessoa ser infectada. Mas tal assunto não é desenvolvido, enquanto a relação entre comportamento individual e doenças recebe toda a atenção. Dessa forma, por mais que se procure negar

⁴⁰³ Idem.

⁴⁰⁴ Idem.pp.6-7.

a tese racista de que a aids é mais grave na África devido aos comportamentos inapropriados dos negros africanos, tal relação ainda se mantém, uma vez que a associação entre aids e injustiças estruturais não é desenvolvida no decorrer do curso. Nada se fala sobre desigualdades de gênero, exploração sexual de meninas, relação entre pobreza, migração e doenças, etc. O vácuo será, ocasionalmente, preenchido pelo paradigma comportamental⁴⁰⁵.

O contato com OBFs brasileiras trouxe para o protestantismo angolano a possibilidade de introduzir uma prevenção ao HIV focada nas justiça estruturais e no uso do preservativo. Em maio de 2004, foi realizada a Conferência Lusófona sobre o HIV/Sida, onde participaram igrejas cristãs de Brasil, Angola, Moçambique, Cabo Verde, Portugal, Guiné Bissau e São Tomé e Príncipe⁴⁰⁶. Chegou a ser criada o que foi denominada de Rede Ecumênica dos Países Lusófonos no Combate ao Hiv/Sida, que seria uma organização de cooperação das igrejas e Organizações Baseadas na Fé dos países de língua portuguesa. A iniciativa teve curta duração e um dos motivos foi a discordância a respeito da melhor estratégia de prevenção. A Koinonia, organização representante do Brasil, insistiu na necessidade de enfatizar o preservativo em detrimento da monogamia, o que causou resistência por parte da maioria dos representantes das igrejas africanas⁴⁰⁷.

Consolidou-se entre as igrejas evangélicas de Angola, a estratégia ABC adaptada ao gosto local, ou seja, a aceitação do preservativo apenas para casados sorodiscordantes e em casos de planejamento familiar. A abstinência e a fidelidade deveriam ser os focos principais da prevenção, com ênfase no autodomínio. A aids, por

⁴⁰⁵ Se formos levar em conta as causas secundárias das doenças, vemos que seria possível a constituição de narrativas alternativas. A aids poderia ser, por exemplo, um teste de fé, uma forma de Deus provar a resiliência religiosa dos fiéis africanos. As narrativas religiosas tem enorme capacidade de adaptação a qualquer contexto.

⁴⁰⁶ Organizações cristãs da CPLP reforçam combate ao Sida. Disponível em: http://m.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2007/11/50/Organizacoes-cristas-CPLP-reforcam-combate-Sida,10292099-0aee-4001-af1a-5447f2eee478.html (Acessado em 25/05/2017).

⁴⁰⁷ Ester Lisboa. Entrevista concedida em julho de 2014. São Paulo.

sua vez, seria vista como causada pelo pecado, mas não necessariamente como resultado de um pecado específico e individual. Todas as doenças seriam causadas pelo Pecado Original do qual toda a humanidade seria responsável. Entretanto, sem que houvesse uma dissociação, de fato, entre pecado, responsabilidade individual e aids. Irmã Berta resume a questão da seguinte forma:

A saúde para mim é o quê? Eu vou associar a definição [de] saúde pela OMS, eu vou associar à definição espiritual (...) Para a definição, segundo a OMS, o conceito saúde é o bem estar físico, social, espiritual, moral (...) ausência da enfermidade! Na saúde espiritual é o quê? É você abster-se do pecado. Você não faz mal a ninguém! (...) Você não é obrigado a rir para todo mundo, a lidar com todo mundo, mas você não faz mal ao próximo. Você tem a mente sadia! E a mente sadia, saudável, vai repercutir-se no físico (...) Isso tem uma simbiose, a saúde física e a espiritual⁴⁰⁸.

E sobre a relação mais direta entre aids e pecado, ela responde com uma pergunta:

E qual é a doença que não é produto do pecado? Qual é? (...) A Bíblia diz que o castigo passou ao homem, a doença, a fome, a miséria, depois do pecado. Então não podemos apontar uma doença como sendo produto do pecado. Todas elas [são]. Toda a desgraça [é]. Porque antes [do pecado] já devíamos confirmar que tudo era bom e perfeito. Por isso eu não vou dizer: ‘Essa tua doença é fruto do teu pecado!’. E a minha [doença]? E maltratar o outro? Não é produto do pecado, não? (...) E por que as pessoas logo dizem: ‘Ah! São elas! São eles! Ele é que procurou!’ Porque interligam logo [o HIV] ao sexo. (...) Por que a diabete que mata, o câncer, a hepatite (...) por que outras doenças – o paludismo que mata tanto – por que também não dizem: ‘Ela é que procurou?’⁴⁰⁹.

Dessa forma, a abordagem protestante é capaz de trazer algum conforto ao infectado, na medida em que a chamada causa primária retira a culpa do plano individual e o lança no plano coletivo. Como diz a Bíblia “todos pecaram e estão destituídos da glória de Deus”⁴¹⁰. Ao generalizar a culpa, o infectado tem o peso de sua carga aliviado. Isso não quer dizer, entretanto, que as ditas causas secundárias sejam

⁴⁰⁸ Berta Chipita. Op.cit.

⁴⁰⁹ Idem.

⁴¹⁰ Romanos 3:23.

descartadas ou esquecidas. Cada cristão será convidado a pesquisar dentro de si, se há ou não relação entre sua vida pessoal e seu estado de saúde. Generalizar a responsabilidade é diferente de socializar a responsabilidade. Quando se generaliza responsabilidades, em outras palavras, afirma-se que todos são responsáveis, mas a resposta ao problema permanece na escala individual. Toda a humanidade foi expulsa do paraíso, mas o retorno a ele é um caminho que cada cristão deve fazer sozinho. Isso é diferente de socializar as responsabilidades, que é quando a sociedade como um todo entende que um problema é estrutural e coletivo e deve responder em conjunto ao desafio imposto. Dessa forma, temas como injustiças estruturais associadas ao avanço do HIV não são abordados pelos cursos de formação para pastores, na mesma intensidade que o tema da responsabilidade individual.

Capítulo 4 – A estratégia ABC em funcionamento: pecado e responsabilidade individual

Michel Foucault afirma que um dispositivo é um

conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, filantrópicas e morais (...) O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos⁴¹¹

, trata-se, portanto, de uma trama formada por vários discursos e práticas que se materializam em saberes e poderes⁴¹². A aids, enquanto fenômeno que produziu saberes e que está relacionada a relações de poder, possui o seu próprio dispositivo de funcionamento. Em outras palavras, a partir do fenômeno histórico do HIV, produziram-se discursos, enunciados, instituições, leis, proposições filosóficas e morais, etc, que formam uma rede de funcionamento. Richard Miskolci e Larissa Pelúcio falando sobre o dispositivo social da aids, afirmam que ele

(...) raramente proíbe ou nega, antes controla e produz verdades moldando subjetividades. No caso da aids, são subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social⁴¹³.

Isso quer dizer, em outras palavras, que as campanhas de prevenção ao HIV tendem a não ser coercitivas. Elas, ao contrário, procuram moldar o indivíduo a ponto de produzir sujeitos que apliquem no seu dia a dia as normas que essas campanhas propõem. No caso do Brasil, isso significou uma “repatologização” de sexualidades e identidades de gênero dissidentes, ou seja, sexualidades e identidades fora do padrão heterossexual da família tradicional burguesa ⁴¹⁴. A homossexualidade e a

⁴¹¹ FOUCAULT, Michel. *Microfísica de Poder*. 16 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.p.244.

⁴¹² PELÚCIO, Larissa; MILKOLCI, Richard. *A prevenção do desvio. O dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes*. In: Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. n.1 - 2009 – p.130.

⁴¹³ Idem.

⁴¹⁴ Idem.

transexualidade, por exemplo, que, através de movimentos políticos, vinham ganhando espaço ao longo dos anos 70, sofrem um duro golpe com a chegada do HIV. Esses grupos são considerados os culpados pela epidemia e sofrem com uma série de discursos e práticas que os enquadram em categorias patológicas.

Em Angola, entretanto, o dispositivo criado em torno do combate ao HIV difere substancialmente do Brasil, uma vez que a epidemia em solo angolano não atinge mais fortemente a comunidade LGBT. Em África, a aids é predominantemente heterossexual e feminina. Consequentemente, as campanhas de prevenção direcionam-se para um público diferente. Se no Brasil os homossexuais estiveram no epicentro da epidemia, principalmente em seus primórdios, em Angola, a doença sempre esteve ligada à ideia do enfraquecimento ou dissolução da monogamia. A aids, portanto, é percebida como a doença de quem está à margem do casamento e de suas regras. É verdade que essa imagem também esteve presente no Brasil, mas em Angola, a monogamia é o firmamento para o qual os esforços de prevenção ao HIV convergem. E isso tem a ver com a forma como a estratégia ABC foi adaptada ao contexto angolano, onde a poligamia, apesar de ilegal, persiste funcionando, a despeito das críticas religiosas.

A complexa sexualidade angolana

O tema de que vou falar agora não é fruto de pesquisas bibliográficas. Na verdade, conversando com pessoas ligadas ao movimento feminista em Angola, foi-me dito que não há estudos acadêmicos e profundos sobre gênero e sexualidade no seio da sociedade angolana e que seria mais fácil saber sobre como funciona a família angolana conversando com as pessoas comuns que eu conheci durante minhas três viagens ao país. Dessa forma, tudo o que falo a seguir é fruto de conversas informais com

angolanos comuns. Não realizei entrevistas formais porque nenhum deles quis falar abertamente sobre seus casos extra-conjugais, mas os relatos dão uma ideia da complexa teia da sexualidade heterossexual do país, principalmente das grandes cidades.

As diferentes sociedades presentes no que hoje é o território angolano, antes da expansão colonial portuguesa de finais do século XIX, eram poligâmicas. Isso significa que o homem poderia ter mais de uma esposa, desde que fosse capaz de sustentar todas. Os colonizadores portugueses, ansiosos por cristianizar as populações africanas sob seu domínio, tentaram de todas as formas impor a monogamia. Esse empreendimento, entretanto, falhou na sua tentativa de suplantiar os costumes tradicionais. É verdade que, hoje em dia, apenas a monogamia tem status legal em Angola e que a poligamia só existe oficialmente em grupos étnicos do interior do país. Entretanto, a multiplicidade de parceiros afetivos e sexuais nunca foi eliminada. O que os portugueses conseguiram fazer foi apenas alterar a forma como essas relações acontecem.

As trocas afetivo-sexuais em Angola atualmente seguem um complexo padrão. Ao homem é socialmente aceito, em variados segmentos sociais, que ele tenha mais de uma mulher. É normal que ele se case e que, para com a esposa, tenha todas as obrigações legais de um casamento. Essa será sua cônjuge oficial perante o Estado e será, em geral, a esposa que ele irá apresentar em ocasiões oficiais, como um jantar no local de trabalho, por exemplo.

Além da esposa, o homem costuma ter namoradas. Uma vez que, nas sociedades tradicionais poligâmicas, o homem precisava ser o provedor, ou seja, aquele que sustenta a casa com o suor do seu trabalho, o mesmo modelo permaneceu na relação entre o homem angolano dos centros urbanos e suas namoradas. Ele precisa, em troca do suporte afetivo-sexual que recebe das namoradas, retribuir materialmente de alguma

forma. Como se trata de uma troca mais ou menos acordada entre as partes, o homem retribui às suas namoradas de acordo com o tipo de relação que ele tem com elas. Isso significa que pode haver níveis diferentes de relacionamento. A esposa, sendo uma espécie de mulher número um, tem privilégios sobre as namoradas e, em geral, recebe mais atenção do homem. Depois dela, cada namorada irá receber retribuição de acordo com a natureza da sua relação com o homem em questão. Digamos que um homem casado tenha mais três namoradas. Cada uma delas estará dentro de uma categoria diferente. Com a namorada número um, ele se encontra duas vezes na semana e contribui financeiramente com um valor x . Com a namorada número dois, ele só se encontra uma vez a cada duas semanas. Nesse caso, ele irá contribuir com um valor menor que a anterior. Por fim, a namorada número três só o vê uma vez por mês. Esta, receberá só uma ajuda de custo, pode ser dinheiro para a gasolina do carro, ou créditos para o celular, ou presentes como roupas.

Esse esquema é apenas uma representação ideal de como as coisas funcionam. Na prática essas posições não são fixas e nem tão bem delimitadas. O homem pode dar mais atenção e suporte material para uma mulher que ele vê menos, talvez por se afeiçoar mais a ela do que às outras. Pode ocorrer dele ter mais de uma mulher na mesma “categoria”, ou seja, duas mulheres que ele encontra duas vezes por semana, por exemplo, e contribui materialmente com o mesmo valor. Pode ocorrer dele se divorciar da esposa para se casar com uma das namoradas e mesmo assim manter o relacionamento com as demais. Há casos também em que as namoradas não estão divididas em categorias e todas recebem um tratamento parecido.

Se as mulheres envolvidas sabem sobre os casos extra-conjugais? Às vezes sim, às vezes, não. Depende muito de como funciona a complexa relação de cada homem com suas namoradas. É comum que algumas mulheres saibam, mas muitas não se

importam porque também estão engajadas em relacionamentos múltiplos. Uma mulher que é a namorada número três de um homem, pode ser a número um de outro homem, ou seja, ela pode ser esposa de um homem, mas namorar outro apenas para receber mais algum suporte material ou afetivo que lhe falte⁴¹⁵.

Os filhos representam um quadro à parte. É sinal de masculinidade e virilidade ter muitos filhos. É orgulho para um homem dizer que tem vários filhos e que é capaz de sustentá-los. Para as mulheres, entretanto, há estigma e discriminação quando elas possuem filhos com muitos homens diferentes. O fato é que os angolanos estão acostumados a terem muitos meio-irmãos. Irmãos só por parte de pai ou só por parte de mãe. O mais comum é que o angolano ou a angolana sejam criados apenas por sua mãe e que a figura paterna (quando há), seja um padrasto, pai de um ou mais de seus meio-irmãos. Isso ocorre porque é recorrente o homem angolano abandonar o lar e procurar outras mulheres para se casar ou para serem suas novas namoradas. As mulheres angolanas que se separam dos seus maridos, por sua vez, não ficam sozinhas e logo iniciam novos relacionamentos. Isso ocorre não apenas por necessidades afetivo-sexuais, mas também por necessidades materiais. Ficar solteiro é ter que criar filhos e pagar contas e despesas sozinho.

Dessa forma, há enorme rotatividade de parceiros e parceiras. Os filhos dessas uniões acabam lidando não apenas com muitos irmãos de pai ou mãe diferentes, mas também estão sempre morando com padrastos e, às vezes, madrastas. É comum que o padrasto ou madrasta se torne como um pai ou mãe dessa criança, o que causa o curioso fenômeno de angolanos que afirmam terem dois pais ou duas mães, além de possuírem também muitos irmãos, que muitas vezes moram em casas diferentes, de acordo com a divisão de filhos na hora da separação dos pais.

⁴¹⁵ É importante, entretanto, lembrar que essas relações não são mera troca material. É comum que haja afeto e sentimentos envolvidos.

Essa espécie de poligamia informal, entretanto, só é parcialmente⁴¹⁶ aceita para os homens. Quando se trata de mulheres tendo múltiplos parceiros, o estigma social é muito mais forte. Nenhuma mulher, portanto, costuma admitir publicamente que tem mais de um parceiro. Uma vez que tradicionalmente é o homem que deve dar algum suporte material para a mulher dentro da relação, qualquer mulher que admita ter mais de um parceiro será chamada de prostituta, pois cairá sobre ela a acusação de se relacionar com mais de um homem apenas para receber dinheiro em troca.

Essa acusação, entretanto, ignora o fato de que, para muitas mulheres, encontrar um homem que ajude a sustentar sua casa e família é uma necessidade. Sendo Angola um país muito pobre e com grandes desigualdades sociais, para muitas meninas jovens e pobres, um homem mais velho e que possui melhores condições financeiras pode ser uma porta de saída da extrema pobreza. Muitas vezes, essas meninas começam a se relacionar com esses homens por incentivo da própria família, que enxerga nesse tipo de relação uma possibilidade de renda extra. Essas garotas jovens que se engajam nestes relacionamentos com homens mais velhos eram chamadas no passado como “catorzinhas”, mas hoje são mais comumente conhecidas como “mangas de dez”.

O termo catorzinha surgiu devido à faixa etária com a qual essas garotas iniciavam suas relações com homens mais velhos, enquanto o termo manga de dez é uma referência às mangas que são vendidas por ambulantes em Angola, ou seja, as meninas em questão são tidas como frutas à venda e à disposição de quem pode pagar.

É importante frisar, entretanto, que nem toda mulher angolana que se encontra envolvida com mais de um homem é uma “manga de dez”, ou seja, uma adolescente explorada sexualmente por adultos. Muitas mulheres conseguem, apesar do machismo, negociarem a relação afetiva e sexual com os homens de modo mais igualitário. Há

⁴¹⁶ Não se pode dizer que a poligamia é totalmente aceita para os homens. As igrejas costumam se opor ferozmente à essa prática e ela sobrevive devido à resiliência do patriarcado.

mulheres de todos os tipos e nem todas estão em posição de vítimas ou são exploradas. Da mesma forma, nem todos os homens estão completamente satisfeitos com o papel que a sociedade espera deles. Devido à obrigação de serem provedores, os homens mais pobres ficam em desvantagem em relação aos que tem melhores condições financeiras na hora de encontrar parceiras. Isso cria uma situação curiosa, onde as mulheres podem ascender socialmente através de uma relação com um homem que possua melhor condição social, mas um homem pobre terá mais dificuldade para fazer o mesmo.

Um fenômeno recente e que demonstra a complexidade das relações afetivo-sexuais em Angola, é a relação conhecida informalmente como “gostoso-gastoso”. Diz-se que uma mulher tem uma relação dessas quando ela tem um namorado de quem gosta, o gostoso, mas tem um namorado mais velho e com recursos, o gastoso. É comum, nesses casos, que o “gostoso” saiba da existência do “gastoso” e até incentive a namorada a continuar com o duplo relacionamento, uma vez que ele também se beneficia do dinheiro que o homem mais velho fornece para sua namorada. Há casos em que a mulher se casa com o “gastoso” e mantém o outro como namorado.

Esse exemplo serve para mostrar que nem sempre as coisas funcionam dentro dos padrões. Nem todas as mulheres são vítimas quando se relacionam com homens mais velhos, da mesma forma que muitos homens sabem que suas namoradas saem com outros homens, mas não se importam com isso.

É comum, entretanto, que os relatórios da ONU sobre o HIV em Angola apontem as relações assimétricas entre homens mais velhos e mulheres jovens como o principal vetor de transmissão do HIV no país. Dessa forma, esse tipo de relacionamento tem sido o foco das campanhas de prevenção angolanas. Uma vez que tais relações são associadas à poligamia, procurou-se desde sempre combater a aids reforçando a monogamia como profilaxia. Isso significa dizer, em termos práticos, que a

estratégia ABC, em Angola, irá focar, acima de tudo, na fidelidade conjugal como a principal forma de prevenção. Como consequência, é a religião e não o discurso médico que assume o papel central na prevenção ao HIV, pois são as igrejas, não a medicina, as guardiãs do casamento.

É importante frisar, entretanto, que a percepção de que o vetor do HIV em Angola (e na África subsaariana de modo geral) se estabelece a partir das relações entre meninas jovens e homens mais velhos não é um consenso entre estudiosos da aids na África. A esse respeito, Cáceres comenta que

La creciente epidemia Africana revivió desde la Epidemiología y La Salud Pública em occidente, la visión colonial de la Antropología de fines del siglo XIX acerca de los exóticos nativos. Comenzó a gestarse un discurso sobre una epidemia galopante debido a prácticas sexuales descontroladas, con gran intercambio de parejas; la inclusión de las mujeres se entendió como resultado de una supuesta práctica generalizada de la prostitución; y se presumió además un papel para ritos sexuales y otras prácticas mágicas. No obstante, las investigaciones no encontraron necesariamente una epidemia vinculada a números exorbitantes de parejas sexuales, ni a prostitución generalizada, ni a ritos oscuros¹¹. Encontraron, em cambio, una epidemia relacionada a otras enfermedades de transmisión sexual, a frecuentes migraciones producidas por situaciones de crisis económica, y a patrones de sexo compensado entre mujeres jóvenes y hombres mayores que no correspondían exactamente a prostitución.⁴¹⁷

Ou seja, para determinados autores, a aids possibilitou o retorno a visões colonialistas sobre a África, onde os nativos são vistos como pessoas de comportamentos sexuais exóticos, principalmente devido à suposta “anarquia sexual” e prostituição. Essa perspectiva ocidental acabou adentrando na África através de agências internacionais como a própria ONUSIDA, que tem destacado em seus relatórios esse tipo de relação como o principal vetor de transmissão do HIV no país e no continente. O perigo deste tipo de abordagem é a condenação arbitrária de qualquer

⁴¹⁷ CÁCERES, Carlos. **La epidemiología, el SIDA y la Sexualidad: Las persistent Brechas entre la Policía Sanitaria y la Promoción de La Ciudadanía em Salud Sexual**. In: Ciudadanía Sexual em America Latina: Abriendo El debate. Aggleton, P. & Cáceres, CF (Orgs.) Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.p.38.

tipo de relação afetiva e sexual que esteja fora do padrão monogâmico instituído pela religião cristã. As igrejas, aproveitando-se desta situação, atacam as relações poligâmicas como sinônimo de prostituição e adultério. A ideia de que o mundo do mercado (relações econômicas) e o mundo das trocas afetivas são excludentes é uma perspectiva ocidental que é tão arbitrária quanto qualquer construção cultural. É importante ter em mente que, numa perspectiva local, é possível se envolver em relacionamentos afetivos onde há trocas de bens materiais, sem que isso seja visto ou entendido como prostituição. Na verdade, a própria noção de prostituição pode ser questionada, uma vez que mesmo as relações monogâmicas que são dominantes no ocidente e que são defendidas pelas igrejas africanas, pressupõem algum tipo de reciprocidade material.

Uma forma mais apropriada para analisar as diferenças entre o que é chamado de prostituição e as relações afetivas comuns em Angola descritas acima poderia ser, como sugere Adriana de Araújo Pinho, dissociar a perspectiva da economia de mercado (“commodity exchange”) das chamadas economias de dádiva ou de presentes (“gift exchange”), baseadas em reciprocidade, solidariedade e obrigações sociais mútuas⁴¹⁸.

Segundo a autora:

A transação baseada na (economia da) dádiva sob uma visão maussiana teria como elementos característicos: a) a obrigatoriedade da transação (de dar, receber e retribuir) que (re)cria expectativas de reciprocidade entre o doador e o receptor; b) os objetos serem inalienáveis, ou seja, são ‘parte’ das pessoas que os trocam, (re)afirmando o vínculo social entre elas, rejeitar um presente seria de alguma forma rejeitar o doador e o relacionamento; c) e as pessoas que fazem a transação são relacionadas e obrigadas mutuamente, e a fazem dentro de um tipo ou estrutura de relacionamento social e pessoal com respectivos significados. Já a transação comercial ou de mercado (“commodity exchange”) não pressupõe a retribuição como reafirmação de um relacionamento social; as

⁴¹⁸ PINHO, Adriana de Araújo Pinho. **Trocas afetivo-sexuais e econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

partes são independentes uma da outra, e uma vez que a compra ou venda se efetue com o (recebimento de) pagamento o relacionamento se dissolve; os objetos sob transação são alienáveis de quem os troca (vende ou compra) ou de quem os possuía originalmente, podem ser adquiridos ou substituídos sem nenhum vínculo com as pessoas neste tipo de relacionamento; as pessoas são relacionadas e obrigadas mutuamente, mas estão posicionadas dentro de um ‘sistema de produção e reprodução’, de impessoalidade que não liga a coisa à pessoa.

A prostituição poderia ser vista, então, como uma forma de “commodity exchange”, como expressão máxima do sexo mercantilizado, onde a identidade social e as características pessoais do ‘comprador’ do serviço geralmente não seriam importantes, o que importa é sua condição e disposição de pagar pelo serviço⁴¹⁹.

Sobre o sexo como acontece prioritariamente em Angola e demais países africanos, ela afirma que

(...) os relacionamentos poderiam ser vistos como mais pessoais e as trocas materiais e/ou financeiras reafirmariam o vínculo entre as partes, consideradas como obrigatórias e recíprocas (a concessão de sexo como ‘retribuição’ ao bem material e/ou financeiro adquirido, por exemplo). Entretanto, expressões de afeto e consideração, identidade social e características dos parceiros importariam, pois representam a possibilidade de aquisição de prestígio e status social, ou ainda, de tais trocas representarem compromissos mútuos com expectativas de vínculos mais duradouros, como no namoro ou casamento⁴²⁰.

É claro que essa divisão corre o risco de supervalorizar os relacionamentos múltiplos descritos acima e rebaixar a prostituição como uma relação inferior. Na prática os dois tipos de relacionamento podem não ser excludentes. É comum haver pessoas engajadas em ambas formas de relação. Entretanto, é importante frisar que, em Angola, existe distinção social entre tais tipos de relacionamento. Também é fundamental compreender que a exploração sexual, sobretudo de meninas menores de idade, pode ocorrer ou não dentro das duas formas de relação.

Não é nosso objetivo realizar um estudo que comprove qual o vetor de propagação do HIV em Angola. Tal estudo, que nunca foi feito pelo governo angolano,

⁴¹⁹ Idem.

⁴²⁰ Idem.

demandaria uma estrutura de Estado complexa. O que é importante para a presente pesquisa é que a teoria de que a poligamia equivale à prostituição e que ela tem sido a principal causa da epidemia da aids em Angola é a mais aceita. A prevenção ao vírus do HIV é construída a partir da percepção da sociedade sobre a doença, ou seja, sobre como as pessoas **acreditam** que a doença se propaga, não importando se essas crenças se baseiam na realidade ou apenas em preconceitos.

O objetivo deste capítulo é demonstrar como as campanhas e propagandas de prevenção ao HIV em Angola transformaram-se em discursos de fundo religioso e individualizante. Nosso foco serão três cartilhas sobre o HIV produzidas pelo PNLS e pelo INLS e o programa específico sobre a aids que é financiado pelo INLS e que vai ao ar na Televisão Pública de Angola (TPA), o Stop Sida. Antes de falarmos no Stop Sida, porém, iremos nos debruçar sobre vídeos católicos de prevenção ao HIV que serviram de inspiração ao programa da TPA.

As cartilhas produzidas pelo governo

O antigo PNLS, atual INLS, produz cartilhas explicativas sobre o HIV. Essas cartilhas são distribuídas, sobretudo, para que os ativistas das organizações da sociedade civil possam conversar com as pessoas na rua e explicar a elas sobre a doença e como se prevenir da contaminação. Esse material evoluiu pouco ao longo do tempo e procura explicar alguns pontos básicos, como o que é a doença, quem a causa, como se transmite, como não se transmite e quais as principais formas de evitar a contaminação.

Figura 10 – Cartilha PNLS
Fonte: INLS



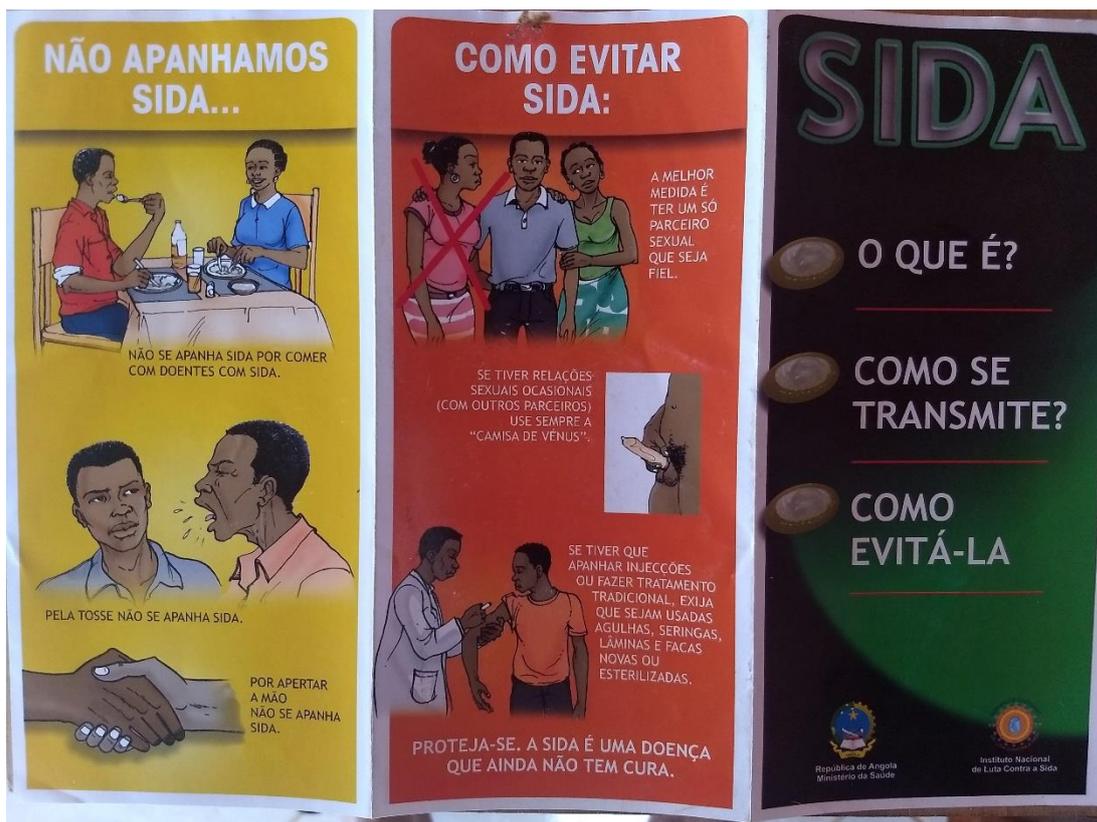
Nesta cartilha encontramos importantes explicações sobre as formas de contágio, onde o foco é desmistificar crenças comuns, como o fato de que é possível ser

contaminado pelo HIV apenas por usar os mesmos objetos que o portador do vírus. Sobre a prevenção, as cartilhas deixam de lado a abstinência e focam em três aspectos: fidelidade conjugal, uso do preservativo e cuidados na hora de receber vacinas ou injeções.

A mesma estrutura é encontrada em outra cartilha, produzida pelo INLS.

Figura 11 - Cartilha INLS
Fonte: INLS





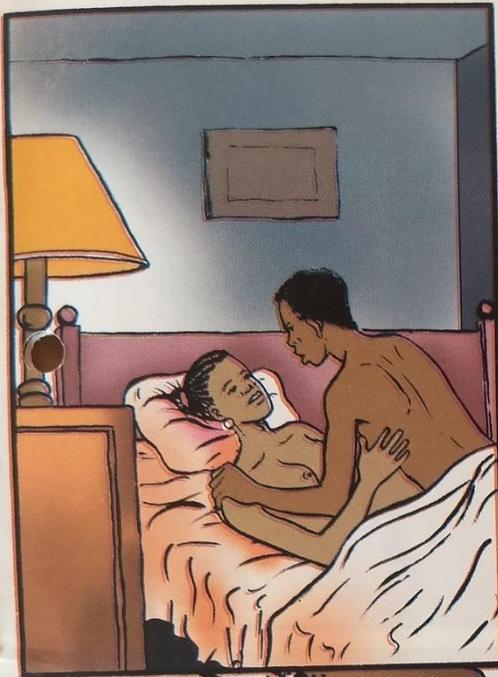
Podemos perceber nas duas cartilhas, que a recomendação sobre se ter apenas um parceiro sexual é apontada como “a melhor medida” para evitar a doença. Devido ao caráter androcêntrico desses cartazes, é o homem que aparece com duas mulheres, sendo que um “X” sobre uma delas indica a orientação contrária a qualquer relação “poligâmica”. A recomendação do uso do preservativo também é feita a partir de uma perspectiva masculina e isso se deve ao fato de Angola não distribuir camisinhas femininas, apenas masculinas.

Numa tentativa de tentar inserir as mulheres nas decisões sobre o uso da camisinha durante as relações sexuais, as campanhas de prevenção ao HIV incentivam que elas expliquem ao parceiro a importância do uso do preservativo. Essa tentativa de empoderar as mulheres é uma das poucas, senão a única, iniciativas de instituições públicas de Angola no sentido de interferir nas relações estruturais desiguais de gênero. Tais campanhas podem ser lidas de outra forma: os homens tendem a ser muito mais intolerantes e resistentes às campanhas de prevenção ao HIV. Mesmo dentre os

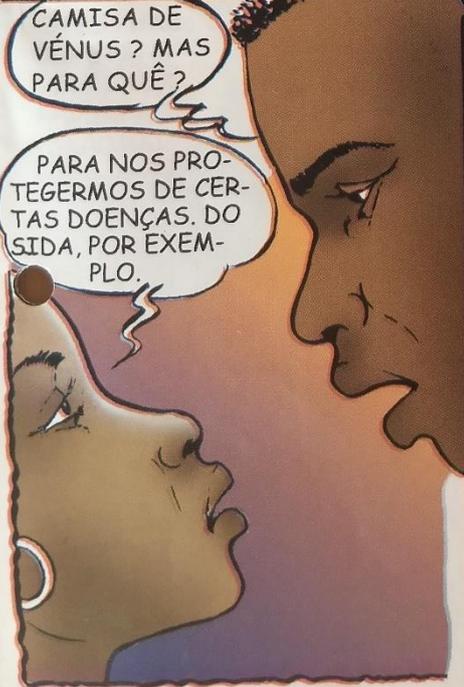
soropositivos, são as mulheres que dominam o ativismo político. Os homens têm mais vergonha de assumirem seu estado sorológico, bem como resistem mais a aderirem ao tratamento. Dessa forma, as campanhas de prevenção, especialmente aquelas focadas no preservativo, dão à mulher o papel daquela que informa ao homem ignorante sobre a aids e sobre prevenção.

Figura 12 - Campanha sobre a camisinha do PNLS
Fonte: INLS





CUIDADO, AMOR.
NÃO TE ESQUEÇAS
DE COLOCAR A
CAMISA DE VÊNUS.



CAMISA DE
VÊNUS ? MAS
PARA QUÊ ?

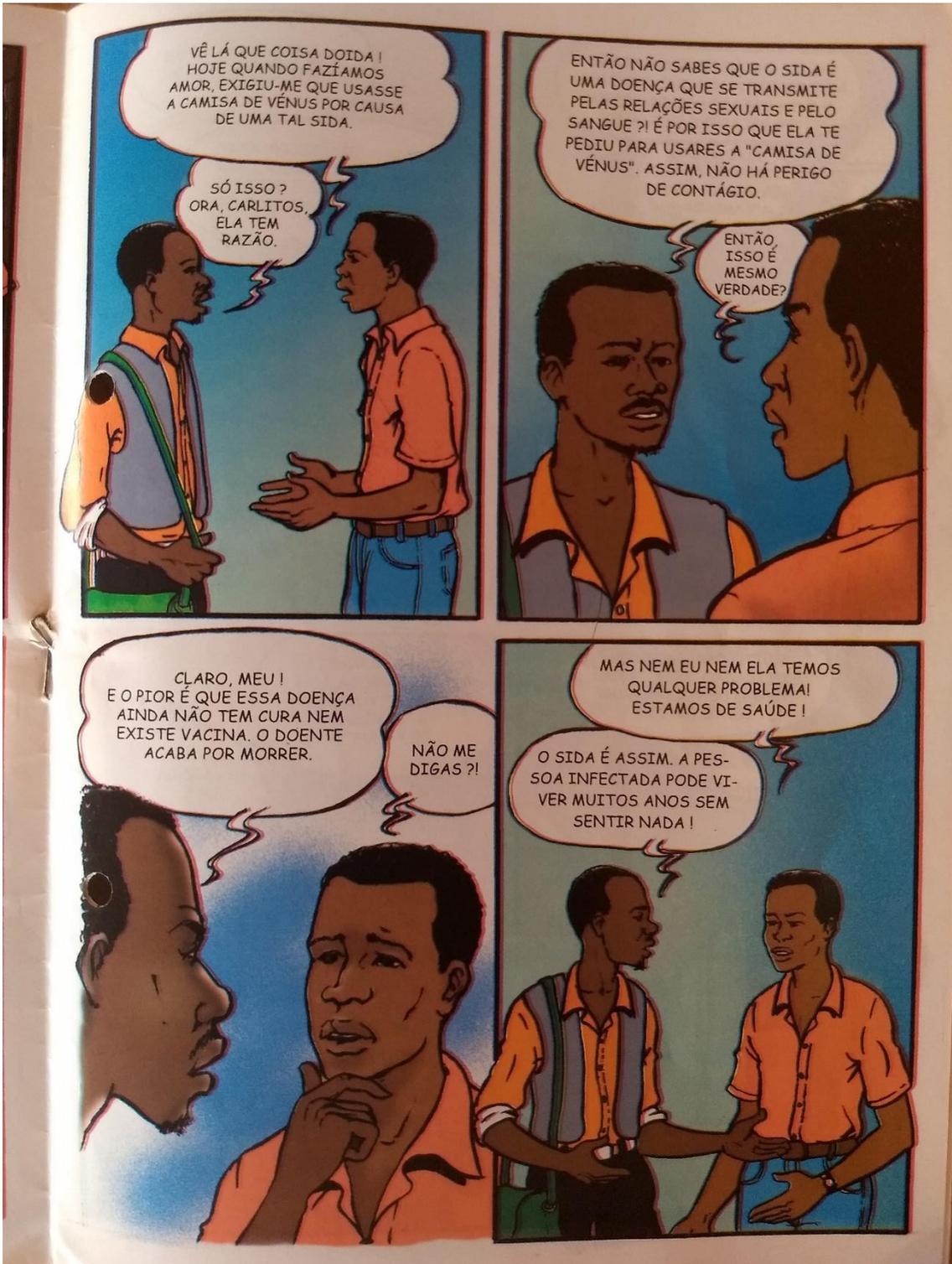
PARA NOS PRO-
TEGERMOS DE CER-
TAS DOENÇAS. DO
SIDA, POR EXEM-
PLO.



PORQUÊ ?
EU NÃO TENHO
SIDA. TU TENS ?

O SIDA NÃO DÁ
PARA VER ASSIM.
NÃO SABEMOS SE TU
OU EU TEMOS SIDA.
POR ISSO, O REMÉ-
DIO É PREVENIR.







Nesta história em quadrinhos produzida por uma agência de publicidade a pedido do PNLs, temos três personagens, sendo um casal de namorados (Carlitos e Manuela) e um amigo de Carlitos. Manuela decide pedir que o parceiro use o preservativo, mas ele é resistente à ideia. Primeiro por ignorar o que é a aids, como ela

se transmite e que a doença tem uma fase assintomática. A irritação do homem faz ele sair de casa e dizer que está decepcionado com a namorada.

Logo a seguir, ele encontra um amigo que o alerta sobre a importância do preservativo e confirma todas as informações que sua namorada havia fornecido. Convencido do erro, Carlitos volta para Manuela e aceita usar a camisinha.

Apesar da aparente vontade em dar voz às mulheres na decisão do uso do preservativo, a história acaba enfraquecendo esse objetivo, uma vez que o homem não é convencido pela mulher, mas precisa da opinião de outro homem para validar o que sua namorada já tinha dito. Os argumentos apresentados por ambos foram exatamente iguais, mas Carlitos só ficou convencido depois de encontrar com o amigo.

Outro aspecto importante dessa história em quadrinhos é que ela ainda associa aids e morte. Por duas vezes, o amigo de Carlitos explica a ele que a doença não tem cura e que o infectado acaba morrendo. Isso se deve ao fato de que esta propaganda foi feita ainda na época do PNLS, quando a associação entre aids e morte era mais recorrente.

Por fim, é importante frisar que as propagandas sobre preservativos não contradizem a estratégia ABC, uma vez que a camisinha está incluída neste método de prevenção. Um dos sucessos das cartilhas apresentadas nas figuras 10 e 11, é justamente que tanto a fidelidade quanto a camisinha aparecem como medidas de prevenção. Cabe ao ativista que for realizar a abordagem junto à população escolher qual forma de prevenção receberá ênfase.

Vídeos católicos africanos

A Igreja Católica tem se orgulhado de estar atrás apenas da ONU no papel de maior instituição do mundo a combater em escala global a pandemia de HIV. Recentemente a Igreja divulgou que 25% das pessoas com aids em todo mundo se trata em alguma instituição católica, números que chegariam a 50% na África⁴²¹. Com tamanha responsabilidade, a Igreja tem procurado se aproveitar da situação propiciada pelo alastramento da doença para reiterar determinados princípios morais.

A African Jesuit AIDS Network (AJAN) está entre as instituições católicas internacionais mais proeminentes nas campanhas de prevenção ao HIV na África Sulsaariana. Ela foi fundada pela Companhia de Jesus com o objetivo exclusivo de fazer campanhas de prevenção ao HIV. A ação da AJAN baseia-se na produção de vídeos, palestras em escolas e organização de acampamentos para jovens, cujo intuito é informar a população sobre as formas de prevenção ao vírus da aids. Os vídeos selecionados para análise pertencem à série “Youth Videos for Life and Love” (YVLL), que é constituída por curtas-metragens com histórias baseadas em fatos reais. A criação desses vídeos começou em 2007 através de um concurso nas escolas jesuítas de vários países africanos. Jovens deveriam contar suas experiências em relação ao HIV e enviá-las para a AJAN. As melhores histórias seriam escolhidas para tornarem-se curtas-metragens roteirizados, produzidos e dirigidos por uma equipe de audiovisual da instituição jesuíta. O objetivo de analisarmos esses vídeos, é entendermos as similaridades e diferenças entre a prevenção ao HIV estritamente religiosa e a estratégia ABC, que combina preceitos religiosos e o uso da camisinha e que é a estratégia de prevenção utilizada pelas instituições laicas e públicas de Angola. Passemos a seguir para uma análise mais pormenorizada dessa série de curtas metragens.

⁴²¹ Igreja Católica é a instituição que mais ajuda os doentes de AIDS no mundo. *Acidigital*. Disponível em: <http://www.acidigital.com/noticia.php?id=20749>. Acesso em: 27 jul 2016.

No curta “True Love”, conhecemos a história de Lambert e Angela. Os dois são namorados há algum tempo e são muito apaixonados. Subitamente, Lambert recebe uma ótima proposta de emprego num lugar distante, o que o obriga a se mudar para outra cidade, mas ele não dispõe de dinheiro suficiente para se casar e levar Angela com ele. Dessa forma, os dois decidem manter o relacionamento e a fidelidade à distância até o momento em que possam contrair matrimônio. Certo dia, o chefe de Lambert o chama para uma reunião em particular. Ele afirma que o rapaz é um excelente funcionário e que adoraria lhe oferecer uma proposta de sociedade, contanto que ele aceite se casar com sua filha. Lambert fica em dúvida e vai pedir conselhos a um amigo que lhe diz para aceitar a proposta imediatamente. O dilema de Lambert, como não poderia deixar de ser, remete à complexa relação nos países da região entre dinheiro, mulheres e sexo. Nesse sistema, onde ao homem é permitido (legalmente ou socialmente, de acordo com o país) ter mais de uma mulher, o que difere uma esposa/namorada da outra, em alguns casos, é o valor dos bens que o homem oferece a ela. A oferta do chefe, portanto, é uma proposta que coloca o corpo da própria filha como moeda de troca num acordo com fins econômicos.

Os vídeos da AJAN parecem se incomodar com esse tipo de transação. Nessa história, assim como em outras, o casamento é sempre defendido como originado no amor e não em interesses materiais. Ao final da trama, vemos Lambert voltando para sua cidade antiga e indo encontrar com Angela. Os dois se abraçam e letreiros em letras brancas num fundo preto informam que eles se casaram, mantiveram-se fiéis um ao outro e, como recompensa (divina), encontraram uma proposta de emprego melhor.

Em outros vídeos, a associação entre as más escolhas e o HIV é mais explícita. Em “Learning to wait”, Raymond e Rama são um casal em crise. Ele está cansado de ter que esperar pelo casamento para fazer sexo com a namorada e decide romper o

relacionamento. Rama fica consternada com a decisão de Raymond e vai pedir conselhos para sua amiga Mounia. Sexualmente ativa e caracterizada com estereótipos negativos (maquiagem forte e roupas curtas), ela aconselha Rama a fazer sexo com Raymond para não perder o namorado. O jeito arrogante e espalhafatoso de Mounia contrasta com o semblante sério e choroso de Rama. Mounia afirma que já fez sexo várias vezes com seu namorado, que vem a ser o melhor amigo de Raymond. Rama, entretanto, se mantém resoluta em sua decisão de não ceder.

Um tempo depois, Rama e Mounia encontram Raymond. Ele conta para as duas que o namorado de Mounia, seu melhor amigo, foi internado e que foi diagnosticado com aids. O casal se abraça, enquanto Mounia chora desesperada e corre para se esconder da vergonha de provavelmente ser soropositiva. Enquanto aparecem imagens de fundo do casamento entre Raymond e Rama, letreiros com a seguinte mensagem surgem na tela: “A fidelidade ao longo da vida é que salva. Jovens, para salvar a sua vida, resistam às pressões negativas e também se abstenham antes do casamento”⁴²².

Outros vídeos reforçam estigmas contra as mulheres sexualmente ativas, retratando-as como vulgares, escandalosas, espalhafatosas e criadoras de confusão. Em “The precious pearl”, as antagonistas Nadia e Joddie são caracterizadas precisamente dessa forma. A protagonista, Alice, é uma estudante universitária sonhadora, estudiosa e batalhadora. Tudo que ela conquista é através do esforço próprio, diferente das suas colegas de classe Nadia e Joddie. Essa última consegue regalias do professor da faculdade por usar roupas curtas e sensuais na sala de aula. Há insinuação de que ela possa ter um caso com o docente. Nadia, enquanto isso, gosta de se gabar por receber dinheiro e créditos no celular dos homens com quem sai. As duas perseguem Alice por ela ser diferente, se manter virgem e usar roupas mais discretas.

⁴²² Original: “(...) lifelong faithfulness that saves (...) Young people, to save one’s life is to resist negative pressure and also to abstain before marriage”. Tradução nossa.

Figura 13 A câmera foca na saia curta de Joddie para contrastar com a roupa discreta de Alice



recusa por acreditar que um casamento tem que ser baseado no amor. Bello, por sua vez, é um jovem agressivo e mau caráter. Aproveitando-se de um momento em que se encontra sozinho com a protagonista, ele tenta estuprá-la, mas ela é salva por uma amiga que chegou ao local a tempo.

Figura 14 Reconciliação entre Nadia e Alice.



separados.

No final da história, Joddie fica grávida do professor, que rejeita assumir o filho. A moça tem que largar a universidade para cuidar da criança e acaba pobre morando

Os antagonistas masculinos da trama são Cheriff e Bello, também colegas de classe de Alice. Ambos tentam se aproveitar dela, cada um de uma maneira. Cheriff é um aluno esforçado e provavelmente terá um futuro brilhante pela frente. Como Alice também é estudiosa e promissora, ele propõe um casamento por interesse entre os dois. A moça

Em contraposição aos vilões, há o personagem Alex, o mocinho. Ele é rapaz responsável e estudioso, o que lhe garantiu uma bolsa de estudos na França por 3 anos, exatamente o tempo que falta para Alice se graduar em Direito. Antes de viajar ele vai até a casa da protagonista e pede a sua mão em casamento para a mãe da moça. Os dois juram compromisso e prometem manter a castidade no tempo em que estiverem

numa favela. Nadia descobre que tem HIV e pede perdão para Alice por tudo que fez contra ela. Na cena da reconciliação, Nadia surge com uma aparência bem diferente. Não usa mais roupas decotadas e nem maquiagem. Ao invés disso, a moça está com o tradicional lenço na cabeça, o que parece indicar arrependimento e o retorno às tradições do passado. No casamento entre Alice e Alex, a mesma alusão à tradição prevalece. As famílias dos noivos aguardam do lado de fora do quarto dos dois, esperando a noite de núpcias ser concluída com o fim de confirmarem o rompimento do hímen de Alice. A confirmação é recebida com júbilos e gritos de alegria.

Chama atenção a ausência de punição aos homens envolvidos. O professor sai ileso da gravidez indesejada, enquanto Bello não teve que se explicar por tentar forçar Alice a fazer sexo com ele. Abandono do filho e tentativa de estupro parecem incomodar menos os roteiristas da história do que a vida sexual ativa de duas mulheres. Ademais, tanto Bello quanto o professor também são sexualmente ativos, mas nenhum dos dois, diferente das mulheres, recebe algum castigo divino por praticarem sexo.

A inexistência de punição para os homens ocorre mesmo quando tanto os protagonistas quanto os antagonistas da história contada são do sexo masculino. Esse é o caso de “Intertwined Destinies”. Frank é um rapaz tímido que respeita as mulheres. Os amigos dele sempre o pressionaram a se envolver com garotas para provar sua masculinidade, mas ele sempre se manteve discreto. Quando uma misteriosa nova funcionária é contratada para trabalhar no mesmo setor que os três amigos, Frank passa a sofrer ainda mais pressão dos colegas para convidá-la para sair. Essa nova funcionária é descrita como uma mulher “fácil”, vulgar. Ela se insinua para Frank e o deixa na difícil situação de ter que aceitá-la para provar sua virilidade para os amigos. O desfecho da história, obviamente, é a contaminação de Frank pelo vírus do HIV. Nenhum dos dois amigos, apesar do papel de antagonistas, recebe punição divina ao

final do filme. A colega de trabalho, por sua vez, reforça estereótipos bastante negativos sobre as mulheres. Primeiro por sugerir que qualquer mulher que não se enquadre no papel de recatada seja uma potencial portadora do HIV. Em segundo lugar, por sugerir que toda mulher que é soropositiva contraiu o vírus por ser promíscua.

Mesmo quando a história é centrada apenas em personagens masculinos, é a mulher a culpada. Frank termina por perdoar os amigos, reservando seu ressentimento apenas para a mulher que o contaminou. Há um ponto bastante importante aqui. Apesar do roteiro colocar a pressão masculina para ser viril como algo negativo, no final da história a fraternidade entre os homens se mantém. É para com a mulher que fica a responsabilidade por ter infectado um homem inocente. Conclui-se, portanto, que o perigo a ser combatido não é o padrão de gênero que impõe aos homens serem viris o tempo todo, mas sim as mulheres promíscuas que andam por aí espalhando o vírus. Frank, sendo assim, é duplamente vítima. Primeiro dos amigos, mas principalmente da colega de trabalho que o infectou.

Quando os filmes propõem desconstruir o estigma contra os soropositivos, o resultado é prejudicado pela insistência em associar pecado e contaminação pelo vírus do HIV. Em “Stigma”, uma adolescente soropositiva que vive num orfanato católico sofre discriminação dos outros internos. Toda vez que chega uma pessoa nova na instituição, os colegas informam ao novato ou novata sobre a condição sorológica da menina e pedem para ninguém se aproximar dela. Um padre, vendo o sofrimento da menina, decide convidá-la para dar uma palestra com o fim de sensibilizar os colegas.

Uma grande assembleia é convocada para que a moça conte a sua história de vida. Na narrativa de Emily, ela aparece como vítima do pai alcoólatra que, devido ao fato de perder a razão quando consumia álcool, contraiu o HIV numa noite em que estava embriagado e posteriormente contaminou a mãe, que seria uma boa cristã. Emily

nasceu com o vírus em sua corrente sanguínea, não sendo, portanto, “culpada” pela sua contaminação. Uma vez que o curta insiste na “inocência” de Emily (o que justificaria sua aceitação pelos colegas), chega-se à conclusão que as demais formas de contágio diferentes da contaminação vertical⁴²³ são culpa dos soropositivos, o que reforça o estigma contra eles, o que esse vídeo supostamente deveria estar combatendo. Só depois desse discurso é que os colegas de Emily passam a aceitá-la.

Uma grande falha no roteiro do filme “Stigma” que contradiz a narrativa construída em outros vídeos é o fato da mãe de Emily ter sido uma boa cristã, monogâmica, mas terminar contaminada e morta do mesmo jeito. Ora, não seria essa uma prova involuntária de que a monogamia tradicional cristã não protege contra o HIV?

O poder pastoral, segundo Foucault, é justamente essa forma de poder mais caucada na norma e no cuidado de si, onde o pastor procura governar de forma individualizada e pessoal cada ovelha do seu rebanho. Vemos claramente esse esforço nos vídeos e palestras da AJAN, pois há o cuidado de reforçar as posições da instituição através de testemunhos e metas pessoais. O sucesso individual de determinados sujeitos é propagandeado como o modelo a ser seguido pelos demais. Por esse motivo a série YVLL é orgulhosamente apresentada como histórias verdadeiras de indivíduos que venceram ou fracassaram devido aos seus méritos ou deméritos pessoais. Aos perdedores, que aceitem carregar a sua cruz, símbolo do seu pecado. A AJAN não só tem o modelo de sucesso a ser seguido, como também tem o modelo de fracasso: o arrependido que usa sua experiência negativa para alertar aos outros sobre os perigos da vida cheia de pecados.

⁴²³ Contaminação vertical é como é chamada a forma de contágio da mãe para o filho na gestação ou no parto.

Esses e outros vídeos da série YVLL, estabelecem a ideia de que a aids é “o salário do pecado”⁴²⁴. Ela é a consequência de maus hábitos, más escolhas. Há o livre arbítrio, mas para cada ato, uma recompensa diferente. Para as mulheres as consequências parecem piores. Em geral, as mulheres representadas nos curtas ou são personificações de Nossa Senhora, ou seja, puras, batalhadoras, virgens; ou de Eva, seduzindo os homens para entregar o fruto do pecado, cuja consequência é a contaminação pelo HIV. O poder pastoral, portanto, tem como consequência a individualização de um problema que deveria ser discutido e problematizado numa perspectiva pública e social. Para a AJAN, a principal forma de prevenção contra o HIV é o próprio indivíduo governar bem a si mesmo através da moral católica tradicional. Não há menções ao papel de instituições como o Estado, organizações da sociedade civil ou mesmo as famílias. Tal perspectiva nos levaria a conclusões problemáticas. Se a aids é uma questão fundamentalmente de autogoverno, então quer dizer que o HIV é um problema maior na África porque os africanos são moralmente mais corrompidos do que o homem branco? Não foi esse justamente um dos argumentos do colonizador ao subjugar o continente? Não estaria, a AJAN, portanto, apenas continuando o discurso racista do imperialismo? E, pior, não estaria esse discurso legitimando o descaso das autoridades públicas de países da África em relação ao HIV? Afinal, se a aids pode ser prioritariamente prevenida pela via individual, o esforço do Estado para combater a pandemia não precisa ser tão sério.

A seguir, ao analisar a penetração do discurso religioso conservador em campanhas laicas de prevenção ao HIV, pretendo refletir sobre a última questão levantada no parágrafo anterior e demonstrar como essas campanhas reforçam papéis de gênero tradicionais e a conseqüente feminização da pandemia do HIV na região.

⁴²⁴ Romanos 6:23.

Stop Sida: a estratégia ABC em ação

O programa Stop Sida existe desde 2007 e vai ao ar semanalmente na Televisão Pública de Angola (TPA) desde então⁴²⁵. Graças ao sucesso de audiência, atualmente foi remanejado para o horário nobre: segunda feira, após o principal telejornal daquele canal de televisão. O objetivo de sua criação foi estabelecer um veículo de informação de abrangência nacional no âmbito da prevenção ao HIV. A estrutura do programa se mantém praticamente inalterada nesses mais de dez anos de existência. A atração principal é o quadro “Estorieta”, simulação de uma história, supostamente baseada em casos verídicos, onde os personagens enfrentam dilemas morais relacionados ao HIV. Completam o programa o quadro “Câmara na rua”, composto de entrevistas nas ruas de Luanda que coletam as opiniões das pessoas sobre as tramas da “Estorieta”; e as entrevistas concedidas pelos especialistas: médicos, psicólogos, pastores, padres, sociólogos, ativistas. Na presente tese irei me focar na estrutura narrativa da “Estorieta” e apenas mencionarei outros quadros do programa quando estiverem diretamente relacionados à construção narrativa que investigo. Os programas aqui analisados são, em parte, concessões feitas por funcionários da Walmires Produções quando estive em Luanda nas três viagens que fiz ao país. O restante foi encontrado no site You Tube.

Há uma certa continuidade que perpassa o Stop Sida em relação aos programas da TPA que anteriormente falavam sobre o HIV. O Nação Coragem, já mencionado anteriormente, que realizou a série de reportagens “Sida, o retracto de uma epidemia”, foi substituído por um programa chamado “Angola em Movimento”. Enquanto o programa anterior ainda estava muito associado à guerra, a nova atração procurou

⁴²⁵ É o único programa público de televisão do gênero em toda a África.

estabelecer uma linha editorial mais próxima da reconstrução nacional, algo que o Nação Coragem já tinha tentado fazer⁴²⁶. O Angola em Movimento tinha uma característica que irá continuar no Stop Sida: a tentativa de ensinar à população hábitos considerados civilizados. Tiveram lugar programas sobre como se comportar no trânsito, sobre não urinar na rua, sobre chegar no horário certo no local de trabalho, dentre outros assuntos. A ideia de reconstrução social, nesse caso, estava associada à noção de que a guerra destruiu não só as estruturas materiais de Angola, mas também os hábitos sociais de gentileza e convivência mútua sadia que existiam na sociedade tradicional.

O atual roteirista do quadro “Estorieta”, do Stop Sida, começou sua carreira no programa “Angola em Movimento”, ou seja, foi lá que ele aprendeu o estilo narrativo que predomina no programa da TPA⁴²⁷. Isso significa que o Stop Sida segue a cartilha de procurar transmitir aos telespectadores hábitos considerados saudáveis e que sua linha editorial acolhe um projeto civilizatório, onde a aids está associada a comportamentos considerados inapropriados para a vida em sociedade.

Há grande similaridade entre a estrutura narrativa das histórias retratadas no programa Stop Sida e a série de curtas metragens católicos “Youth Videos for Life and Love”. Há, entretanto, diferenças importantes. Em primeiro lugar, a camisinha aparece como uma opção possível para a prevenção do HIV, o que está de acordo com a estratégia ABC. Em segundo lugar, na atração televisiva angolana, as personagens femininas demonstram personalidade mais forte e insubmissa em determinadas situações. Em terceiro lugar, por se tratar de um programa de veiculação nacional, laico e que procura atingir o maior número possível de pessoas, o Stop Sida, diferentemente dos curtas da AJAN, leva ao ar abertamente cenas de beijo, consumo de álcool e até

⁴²⁶ Luís Domingos. Entrevista concedida em 7 de outubro de 2017. Luanda.

⁴²⁷ António Longuenda. Entrevista concedida em 13 de fevereiro de 2018.

sexo. Não há aqui, como nos vídeos católicos, insinuações. A sexualidade humana (incluindo a feminina) é mostrada em toda sua exuberância, crueza e prazer. Depois de cada beijo, de cada ato sexual, não há arrependimento ou culpa. Esses, por sua vez, só irão aparecer ao final da trama, quando se dá a punição daqueles que se comportaram de um modo que o programa considera inapropriado.

Camisinha

Uma grande diferença entre os programas do Stop Sida que salientam o uso da camisinha para os outros que realçam a fidelidade, é que a medicina costuma ser acionada para justificar o preservativo, enquanto a religião é quem legitima a abstinência e a fidelidade monogâmica. Num programa que foi ao ar em 2010 e cujo foco era o uso da camisinha, o apresentador Tomás Ferreira afirma que pesquisas comprovariam sua eficácia na prevenção ao HIV. Para comprovar essa fala, foi chamado o médico Milton Veiga, então diretor do Hospital Esperança. Segundo ele, o principal problema referente ao preservativo se encontra

(...) naquelas situações dos relacionamentos curtos e relacionamentos longos, que dizem que já tem confiança no parceiro. Portanto, aquele parceiro ou aquele casal que eventualmente se conhecem agora tem todo cuidado de início de usar o preservativo. (...) Mas aquele casal que já tem um certo tempo de relacionamento (...) a primeira questão que se põe é: 'Já nos relacionamos há muito tempo, então podemos tirar o preservativo'. (...) A confiança passa pelo fato de já se relacionarem há muito tempo para tirar o preservativo ou a confiança passa pela necessidade de saber qual é o estado serológico do indivíduo envolvido na relação (...)?

Portanto, ele diz que uma das condições para que se deixe de usar a camisinha é

“(...) associar o uso do preservativo à fidelidade. Se associarmos o uso do preservativo à fidelidade, estamos conscientes de que em termos de comportamento não

prevaricamos”. Mesmo o discurso médico assenta o uso da camisinha debaixo da fidelidade matrimonial.

Neste mesmo programa foi ao ar a “Estorieta” intitulada “Camisinha”. Nela, conhecemos um homem, Paulo, que encontra uma mulher na rua e decide dar carona a ela. Os dois acabam parando na casa dele, uma grande mansão. Ele pergunta se ela não quer entrar para tomar um suco, insinuando que deseja o ato sexual. Ela responde perguntando se ele é casado. Paulo responde que sim, para a decepção da moça. Mas logo em seguida, ele diz que a mulher viajou e que está fora de Angola. A moça fica muito feliz com a informação e os dois entram na casa. Durante o ato sexual, entretanto, a moça se desespera ao perceber que ocorreu um problema: “Eu acho que a camisinha arrebentou!”, ela diz. A reação do homem é de consternação. Os dois interrompem a relação sexual.

Figura 15 - Cena do rompimento da camisinha



No dia seguinte, Paulo conta a um amigo sobre o ocorrido. Ele diz que não sabia sequer o nome da mulher com quem fez sexo e que só percebeu o rompimento no fim

do ato sexual. Para piorar a situação, Paulo conta ao amigo que sua esposa vai chegar de viagem e que, provavelmente, vai querer fazer sexo com ele. O amigo dele, Rocha, afirma que ele não pode dormir com a esposa sem fazer o teste do HIV, uma vez que “essa miúda pode ter alguma doença, aliás uma mulher que faz o que ela fez, não pode ser flor que se cheire”. O amigo conclui que Paulo só tem uma saída, que seria confessar à mulher sobre a traição. A história termina com esse dilema, sem que o telespectador saiba o desfecho da trama.

O tema central desta “Estorieta” deveria ser a camisinha, mas fica bastante claro que o cerne da questão é a monogamia. Temos aqui o caso de uma moça que se interessa por um rapaz devido aos seus bens materiais e boa aparência. Ela não se importa com o fato dele ser casado e decide ter relações sexuais com ele. Paulo, o marido que trai a esposa, usa o preservativo, mas ele é traído pelo destino quando há o rompimento do objeto. A moral da história é de que a fidelidade é mais eficaz na prevenção ao HIV em comparação com a camisinha. A linha argumentativa apresentada aqui é a mesma que vimos no capítulo três quando observamos as comparações que os cursos sobre HIV das igrejas protestantes fazem entre o preservativo e a fidelidade. A ideia é a mesma: a camisinha, por ser uma invenção humana, é falha, podendo romper-se a qualquer momento. O estouro do preservativo funciona como punição para os atos “pecaminosos” de Paulo e da mulher com quem ele fez sexo. Isso nos remete a outra ideia presente nos manuais protestantes de prevenção ao HIV, a ideia de que a camisinha é um artifício humano para cometer pecados e sair impune. Neste caso, os dois não saíram impunes pelo ato sexual fora do casamento, uma vez que existe a possibilidade de terem contraído o vírus do HIV e, no caso do Paulo, ainda criou as condições para uma possível crise matrimonial.

Mas nem sempre a camisinha é retratada pelo programa Stop Sida de modo tão moralista. Em um outro programa que foi ao ar em 2008, a estrutura narrativa é bastante similar à história em quadrinhos produzida pelo PNLS que vimos acima. Trata-se da ‘Estorieta’ chamada “O seguro morreu de velho”, que conta a estória do casal Vítor e Tabita. A trama começa quando o rapaz fala para a namorada que os dois estão completando seis anos de namoro e que uma prova de confiança seria que ambos parassem de usar a camisinha. Para ele, o uso do preservativo refletiria algum tipo de desconfiança entre o casal. A moça pede conselhos ao pai e ele sugere que os dois façam o teste do HIV. Tabita diz a Vítor que só aceita fazer sexo sem preservativo se os dois fizerem o teste. Vítor fica irritado por entender que ela está desconfiada dele e se afasta dela. Os dois ficam dias sem se falar, até que Vítor tem uma conversa com a mãe, que diz que ele está sendo intransigente e que deveria se arrepender da forma como tratou sua namorada. Vítor responde à sua mãe que não vai fazer o que ela quer, pois se o fizer, ela vai se acostumar a mandar nele. A mãe retruca que o filho está sendo machista e diz para ele engolir o orgulho e reconhecer que estava errado. No final da estória, vemos o casal se reconciliando com seus testes de HIV em mãos e se abraçando.

Figura 16 - Reconciliação



Temos aqui a repetição da estrutura já vista na história em quadrinhos: um homem intolerante às informações científicas sobre a prevenção ao HIV e que, com o tempo, se arrepende e faz o que a namorada pede. A camisinha aqui, aparece como fator positivo de prevenção, uma vez que protegeu o casal por seis anos. O abandono do uso do preservativo só ocorre quando eles decidem falar abertamente sobre o teste do HIV, o que abre uma discussão sobre relacionamentos anteriores e até mesmo de possíveis traições. Em todas essas situações, o programa colocou Tabita e Vítor em pé de igualdade, inclusive criticando a posição machista do rapaz através da conversa que ele teve com sua mãe.

Dessa forma, o Stop Sida se diferencia dos vídeos da AJAN por discutir abertamente o tema da camisinha, mesmo que nem sempre o preservativo apareça no programa de modo positivo ou em pé de igualdade com a fidelidade. Também é preciso considerar que a camisinha só é recomendada em casos como o desta Estorieta, onde o casal está junto há muitos anos. Em nenhum momento veremos a recomendação do uso do preservativo em caso de sexo casual, uma vez que tal comportamento é reprovado pelo programa. Além disso, o Stop Sida também se diferencia dos vídeos da AJAN por construir personagens femininas que são bastante fortes e que protagonizam a luta contra o HIV.

O protagonismo feminino na luta contra o estigma

Em “Amor de Mãe”, temos mais um exemplo de diferenças entre os vídeos da AJAN e o Stop Sida: a força das personagens femininas. A protagonista é Clarice, senhora de meia idade que se vê numa situação difícil quando resolve trazer sua mãe soropositiva para viver com ela em sua casa. Os outros filhos de dona Olga não aceitam a condição da mãe e sua única saída para não parar nas ruas é ficar com a filha Clarice.

Acontece que Melo, o marido da personagem principal, é um homem intolerante, intransigente e preconceituoso. Ele acredita que a filha do casal correria riscos de ser infectada se exposta ao convívio com a avó.

O contraste entre a mulher bem informada sobre as formas de contágio e mais tolerante e aberta; e o homem intransigente e ignorante, marca todo o conflito dessa trama, principalmente a partir do momento em que Melo decide expulsar a sogra de casa. Clarice discute com o marido, mas não consegue manter a mãe em casa. Sem apoio dos irmãos, ela encontra ajuda em sua amiga, que acolhe dona Olga de braços abertos. Entretanto, dias depois, o marido dessa mulher descobre o estado sorológico da mãe de Clarice e também a expulsa de casa.

Em um diálogo revelador, Clarice conversa com a amiga sobre a situação da mãe. A colega da protagonista se diz surpresa com a atitude do marido e afirma que pensa em se divorciar devido à sua intransigência e preconceito. Temos aqui, uma clara insubmissão feminina diante do autoritarismo masculino. A ameaça do divórcio jamais apareceria num vídeo da AJAN. Clarice, por continuar apoiando a mãe, decide ir morar na rua com ela e abandonar o marido e a filha. Ela é seguida por sua amiga, que cumpre a promessa de deixar seu cônjuge pela forma como ele tratou dona Olga.

Na cena final, as três mulheres, dona Olga, Clarice e sua amiga estão na floresta, sentadas no chão, vivendo como nômades. Os dois maridos as encontram enquanto elas se preparavam para acender uma fogueira. Melo pede perdão de joelhos pelo seu erro e diz que fez pesquisas com pessoas entendidas e finalmente compreende que a aids não é transmitida pelo simples convívio entre soropositivos e soronegativos, como ele pensava. O pedido de desculpas é aceito e há o final feliz, quando elas aceitam voltar para casa. A rebeldia feminina vence a intransigência masculina. Do ponto de vista informativo, essa história contribui muito para o conhecimento do telespectador

angolano, principalmente do interior, onde a informação é mais deficiente do que na capital. Ao longo dos dois dias em que a Estorieta “Amor de mãe” foi ao ar, o apresentador do programa, Tomás Ferreira, juntamente com médicos convidados, fez questão de frisar que o contágio pelo HIV não se dá pelo toque ou compartilhamento de copos e talheres. É uma informação importante e crucial para a luta contra a discriminação dos soropositivos e um dos grandes feitos do Stop Sida.

Assim como Clarice, a personagem Jóia, da Estorieta “Auto discriminação”, é uma mulher que não aceita um “não” como resposta. O namorado dela, Pitó, resolve terminar subitamente o relacionamento sem dar muitas explicações. Jóia percebe que há algo de errado, algum segredo que ele não deseja que ela saiba. Bebeco, um amigo do casal, resolve investigar e acaba descobrindo que o motivo da separação é que Pitó é soropositivo e acredita que sua condição impede que ele tenha uma vida normal ao lado da mulher que ama. O ato dele, portanto, é uma tentativa de libertar Jóia de um relacionamento que a faria sofrer.

Assim como na Estorieta anterior, repete-se aqui o padrão do homem como aquele que é mal informado sobre a aids. Ele desconhece que, mesmo sendo soropositivo, pode ter uma vida normal ao lado de uma mulher soronegativa, podendo inclusive ter filhos. Cabe à Jóia insistir no relacionamento, procurando demonstrar para Pitó que uma vida conjugal entre eles é possível desde que sejam tomadas devidas precauções.

O conteúdo dessa Estorieta enfatiza o tema da procriação. Jóia salienta em diversas ocasiões tanto para Pitó quanto para outros personagens envolvidos na trama, que o vírus do HIV está presente no sêmem, mas não nos espermatozóides, o que viabilizaria a gestação de filhos soronegativos. A médica Ana Lúcia Sangongo, convidada para comentar no programa daquela noite, afirma em entrevista que

sorodiscordantes poderiam ter um relacionamento normal, uma vez que ter filhos saudáveis era possível. Segundo ela, “todo relacionamento conjugal tem como fim a procriação”, mas a aids não era capaz de tolher de nenhum casal, o desejo de serem pais.

Depois de várias idas e vindas, Pitó finalmente cede às investidas de Jóia e aceita reatar o relacionamento. Semelhantemente à Estorieta “Amor de mãe”, uma mulher mais bem informada com relação à aids dissuade um homem indouto e intransigente. Não se trata de mera coincidência. As entrevistas realizadas com ativistas da luta contra o HIV em Angola atestam que as mulheres são mais ativas na militância preventiva à aids. Elas também se comportam de maneira mais centrada quando descobrem que são soropositivas. Alguns homens angolanos tendem a se considerarem super homens, imunes às doenças. É comum que muitos deles não aceitem que estão infectados e se recusem a fazer tratamento. Assim sendo, a maioria dos sobreviventes angolanos que foram infectados há mais de dez anos são mulheres. Paradoxalmente, o machismo torna os homens mais vulneráveis à morte, pois eles são mais propensos a negar para si mesmos sua infecção, bem como a negligenciar o tratamento por se considerarem mais fortes que o vírus.

As duas Estorietas previamente exploradas podem ser lidas como uma ode à força da mulher angolana e ao seu protagonismo na luta contra o HIV no país. Jóia e Clarice são mulheres que enfrentam a arrogância e empáfia de homens que creditam valores a si mesmos unicamente por serem homens, o que, para eles, já é suficiente para que estejam certos. São as mulheres da história que estão atentas às descobertas da ciência. São elas que são mais sensíveis ao problema da discriminação e aos Direitos Humanos. São elas, mais uma vez, que precisam educar e sensibilizar uma sociedade brutalizada por anos de guerra civil.

Todavia, ressalvas importantes precisam ser feitas. Nos dois casos, o tema debatido pelos programas é a discriminação e não a prevenção. Veremos a seguir que o Stop Sida aborda esses dois assuntos de maneira bastante desigual. Em relação à prevenção, as tramas do quadro Estorieta são críticas às mulheres que vivem sua sexualidade livremente. Ademais, é significativo frisar que tanto Jóia quanto Clarice lutam contra seus companheiros por motivos familiares. Clarice batalha pela sua mãe, enquanto Jóia batalha para casar e ter um filho. Nos dois casos, é a maternidade que está em questão. Ou seja, o programa encoraja mulheres rebeldes e insubmissas quando elas estão engajadas na manutenção e unidade da família e no direito (sagrado) de serem mães. Quando a rudeza masculina ameaça destruir a sensibilidade que nutre e alimenta o seio familiar, a mulher não deve ter medo de enfrentar o despotismo e a ignorância dos homens. Trata-se, em suma, de uma reafirmação de um papel tradicional da mulher.

Abstinência

Na “Estorieta” intitulada “A História da Pupa”, dedicada à discussão da abstinência sexual, conhecemos a trama de uma família formada por mãe e filha. Pupa, a personagem que dá nome ao título da história, é a filha única e mimada de uma viúva que nada fez na vida exceto se dedicar à educação da garota. Pupa tem 23 anos, mas nunca teve namorado, ela pratica a abstinência sexual. É a filha que todos os pais angolanos gostariam de ter, pois é estudiosa e recatada. A jovem sempre foi a melhor aluna da faculdade e acabou de terminar seu curso universitário. Sua mãe, dona Maria, tem muito orgulho da filha.

A história propriamente dita começa na noite de formatura de Pupa e suas amigas, Morena e Quina. Dona Maria e as mães das duas melhores amigas da moça estão todas na mesma casa, ansiosas pela festa de formatura. É comum, nas histórias do

Stop Sida, que uma noite que antecede uma festa seja apontada como o momento em que as coisas começam a dar errado. Nesse caso não é diferente. As moças se arrumam para a festa de formatura no quarto e depois vão embora, enquanto suas mães ficam em casa e conversam entre si sobre suas filhas. Dona Maria enfatiza o quanto sua vida foi sofrida após a morte do marido na guerra civil e como foi difícil criar a única filha sozinha.

Na sequência, Quina e Morena dizem a Pupa que ela havia prometido arranjar um namorado até o fim do curso e que deveria cumprir sua promessa nesta noite. Quina diz que haverá uma surpresa para Pupa nessa festa. A surpresa seria o primo dela que estava vindo para conhecer Pupa. O narrador da história interrompe para dizer que ninguém sabia (nem mesmo o próprio rapaz), mas ele era portador do vírus do HIV.

Quando o rapaz, Mena, chega à festa, Pupa logo se interessa por ele. Na sequência, vemos Mena e Pupa sozinhos andando em direção a um lugar mais reservado, debaixo de árvores e longe da festa. O rapaz pede um beijo à moça e ela diz que não pode beijar um homem que não conhece. Mena fala sobre sua vida, elencando suas qualidades, como o fato de falar outros idiomas e de estudar pós-graduação na África do Sul.

Figura 17 - Mena e Pupa vão para lugar afastado



A seguir, ocorre a cena mais controversa desse episódio do Stop Sida. Vemos Mena tentando fazer sexo com Pupa, pressionando-a contra uma parede branca. O lugar é escuro e não há pessoas por perto que possam socorrê-la. A moça reage e grita diversas vezes que não quer fazer sexo. Mesmo assim, Mena continua, dizendo que não vai doer e que ela, enfim, vai gostar do ato sexual.

A história termina neste ponto e o narrador da história conclui:

Aconteceu! Aconteceu sem camisinha. Pupa acaba de ser infectada no seu primeiro envolvimento sexual. O que vai ser de Dona Maria? Esta filha é a sua vida! Pense na história dessa moça. E pense principalmente na sua atitude, nos cuidados a ter com o VIH. Quem diria que o jovem Mena, aparentemente saudável, era portador do VIH-Sida? Pense nisso! Sida não se vê na cara, mas no sangue.

O apresentador do programa, Tomás Ferreira, toma a palavra neste momento para dar suas conclusões sobre a história:

Foi a história da jovem que se absteve sexualmente durante uma parte da sua vida, até que se formou e por um pequeno deslize, contraiu o vírus da Sida. Exatamente numa altura em que estaria verdadeiramente a despontar para a vida. Por isso mesmo, não esqueça daquele nosso antigo slogan, bastante elucidativo: a pessoa infectada pelo vírus da sida, não se vê pelo rosto, mas no sangue. Em hipótese alguma a nossa jovem deveria entregar-se como se entregou.

Apesar da representação da “Estorieta” claramente encenar um estupro, uma vez que Pupa grita e chora, suplicando para que Mena não faça sexo com ela, tanto o narrador da história quanto o apresentador Tomás Ferreira, culpam a moça, dizendo que ela consentiu com o ato sexual. Para eles, o simples fato dela ter aceitado ir com Mena para um local escuro e longe da festa, já configura intenção clara de fazer sexo. Portanto, ela abdicou da abstinência sexual que vinha praticando no momento em que deixou a festa e saiu sozinha com Mena. Não há nenhuma crítica por parte do programa contra a atitude de Mena. Ele, aparentemente, fez o que qualquer homem faria no seu lugar.

Figura 18 - Mena estupra Pupa



Essa chocante “Estorieta” tem um significado bastante simples e objetivo: as mulheres podem ser responsabilizadas pela violência sexual que sofrem. Na medida em que elas não fazem a sua parte, ou seja, não se comportam recatadamente, os homens acabam por lhes fazer mal.

O Stop Sida não consegue conceber a ideia de que as mulheres possam ter desejo sexual sem serem tratadas como tolas (enganadas por homens inescrupulosos) ou vilãs (mulheres gananciosas que querem dinheiro fácil através do sexo). Isso fica claro quando analisamos os programas que realçam o papel da fidelidade como medida preventiva contra o HIV.

Entre Jezabel e Virgem Maria

Quando o assunto é o prazer e a liberdade de escolha das mulheres, as “Estorietas” inclinam-se para uma postura conservadora. Enquanto Clarice e Jóia, personagens que vimos anteriormente, são mulheres cuja independência e insubordinação são louvadas como exemplos a serem seguidos, nos programas focados na fidelidade como prevenção ao HIV, as personagens femininas ou são caracterizadas como a vilã bíblica Jezabel⁴²⁸ ou como a personificação de Virgem Maria. Via de regra, há um embate entre esses dois arquétipos ao longo da trama, cujo desfecho costuma ser a punição da primeira e a vitória (mesmo que seja apenas uma vitória moral) da última. Pode ocorrer de um enredo focar unicamente em um desses dois arquétipos, com desfechos similares. Tal esquema narrativo adapta-se à mensagem que se quer passar para o público. Há no “Stop Sida” uma inconfundível ânsia de concluir cada história com uma “moral da história”. A narrativa segue um fio condutor que desemboca numa lição de moral ao espectador. Tudo é pensado a partir desse prisma apostolar e moralizador. Em termos foucaultianos, o programa funciona como o pastor e os telespectadores como as ovelhas. O objetivo do programa é, nada menos, que salvar os telespectadores. Para tanto, como qualquer poder pastoral, estabelecem-se metas coletivas e que abarquem o individual, de modo que a salvação é obtida se cada meta coletiva e individual for cumprida. No caso, a meta é estabelecer as práticas sexuais e performances de gênero saudáveis. O resultado esperado é a não contaminação pelo

⁴²⁸ Jezabel é uma personagem bastante célebre do Antigo Testamento. Ela foi esposa do rei Acabe e ficou conhecida por manter, mesmo após o casamento, a religião politeísta fenícia e não se curvar ao monoteísmo da família e do país do marido. Graças ao fato dela não aceitar o papel tradicional e submisso que uma mulher deveria ter e por ter lutado para manter sua cultura em um meio hostil, a personagem foi, ao longo do tempo, demonizada como “megera”, “promíscua” e “idólatra” por certa tradição cristã. Com o tempo, o nome Jezabel passou a ser associado a uma mulher pagã, apóstata, que usa a manipulação e a sedução para enganar os santos de Deus (homens cristãos) em pecados de imoralidade, idolatria e sexualidade. Tornou-se o símbolo do suposto perigo que representa a independência ou liderança das mulheres sobre os homens. É comum os religiosos conservadores usarem a expressão “espírito de Jezabel” para se referirem à insubordinação feminina. A forte influência das igrejas brasileiras em Angola levou a expressão para o país africano.

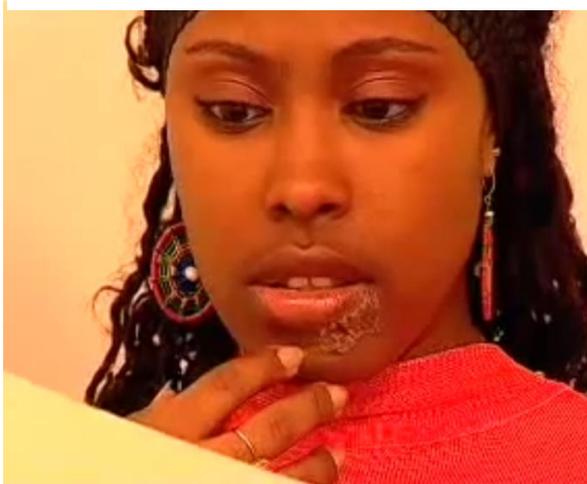
vírus da aids e, quando não for possível, uma vitória moral sobre a doença e sobre a promiscuidade da sociedade.

Podemos ver esse intuito claramente, por exemplo, na Estorieta “Os perigos do sexo oral”. Antes da apresentação da história, o apresentador Tomás Ferreira lança a seguinte pergunta:

Como deve se proteger contra as doenças da transmissão sexual? a) usando a pílula do controlo da natalidade? b) Não tendo relações sexuais? c) Fazendo o coito interrompido/ejaculando fora? d) utilizando o preservativo? e) ou fazer sexo oral apenas?

A história de duas amigas cuja atitude diante do sexo foi completamente diferente pretende responder essa questão. Domingas e Rosa vão se encontrar na casa de amigos com quem estão se relacionando. Ao chegarem lá, os dois insistem em fazer sexo com elas. Domingas se recusa terminantemente a realizar o ato sexual e vai embora. Rosa, por sua vez, aceita praticar sexo oral. Meses se passam e o espectador reencontra as personagens em um consultório médico. Rosa parece abatida e é amparada por Domingas. O clínico geral pergunta se ela já fez sexo oral alguma vez

Figura 19 - Doença como punição para a conduta sexual da personagem



sem preservativos. Rosa questiona se é necessário usar camisinha também no sexo oral. Ele diz que sim e afirma a seguir: “Pois é, minha jovem, você contraiu herpes labial”. Pausa para a cara séria do médico. “O HPV é uma infecção provocada por um vírus oportunista. (...) E tal como a Sida, também ainda não tem cura”. Outra

pausa dramática. “Mas vai seguir as minhas orientações e tome os medicamentos. Vai correr tudo bem”. A câmera foca no rosto consternado de Rosa, que leva a mão aos

lábios que estão cheios de feridas, enquanto observa desolada a receita médica que está em sua outra mão. O apresentador do programa, Tomás Ferreira, complementa: “A Domingas escolheu a resposta da linha B. Não teve relações sexuais porque não estava preparada. Já a Rosa, escolheu a linha E e fez sexo oral, e contraiu uma doença de transmissão sexual. E a tua resposta, qual será?”

Na terceira seção da introdução de seu *O uso dos Prazeres*⁴²⁹, Foucault aponta que a moral seria constituída tanto pelo código moral vigente quanto pelas ações

Figura 20 – Tininha doente



concretas dos sujeitos morais. A primeira seria constituída pelos valores e regras formulados e recomendados aos sujeitos pelas **agências prescritivas** (família, igreja, trabalho, instituições educativas, etc) da qual eles fazem parte. O programa “Stop Sida”, enquanto encarregado de

pastorear os telespectadores, funciona como um veiculador de códigos morais de diversas agências prescritivas da sociedade angolana. Os interesses da família monogâmica, das igrejas, da medicina e do próprio Estado angolano, estão todos representados no programa, como veremos a seguir.

A personagem Rosa assemelha-se com Tininha, a protagonista da Estorieta “A infecção”. O argumento utilizado nessa história é um dos mais interessantes de todos os programas com o qual tivemos contato. A trama se inicia com Tininha apresentando os sintomas da aids: dores, febre, fraqueza e diarreia. A personagem liga para sua amiga Luana pedindo ajuda e é levada para o hospital. Após uma bateria de testes que resultam sempre negativos, a médica decide realizar o teste do HIV. Depois de um tempo, as

⁴²⁹ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: vol.2 – o uso dos prazeres. 11ª ed. São Paulo: Graal, 2006.pp.26-27.

duas amigas retornam ao consultório para receberem o resultado do exame. O apresentador do programa, Tomás Ferreira, interrompe a história para fazer um suspense e entram os comerciais. Quando a atração retorna ao ar, Ferreira prossegue:

Tinha já recebeu o resultado do VIH e parece que as notícias não são boas. Mas vamos fazer o seguinte. Ao invés de acompanharmos a vida da Tinha no presente, que tal recuarmos um pouquinho no passado. (...) Ver como é que Tinha se comportava. Os cuidados que ela tinha em relação à prevenção do VIH. Fidelidade, sexo, etc. (...) É que depois disso já vamos ter uma idéia sobre o diagnóstico do teste de VIH que ela acabou de fazer.

O recurso narrativo aqui adotado é diferente de outros programas do Stop Sida.

Parte-se já da conclusão da história. Tinha tem HIV no presente e não há muito que

Figura 21 - O consultório médico como o local da "confissão".



possa ser feito sobre isso.

Uma vez que aconteceu a infecção, é preciso perscrutar qual comportamento de risco o infectado possuía para que se possa culpá-lo do pecado apropriado e fazê-

lo confessar seus atos. A confissão não é arrancada no confessionário de uma igreja, mas no consultório médico. Não apenas Tinha como várias outras personagens de outras Estorietas, defrontam-se com a derradeira cena onde são confrontadas pelo médico sobre sua vida sexual pregressa. É comum que, nessa situação, a mulher promíscua e infectada seja amparada por uma amiga ou familiar de vida sexual monogâmica ou casta. O contraste entre os dois protótipos incita o telespectador a escolher qual dos dois caminhos apresentados ele quer seguir, quem ele prefere ser: o soropositivo inconsolável ou o consolador saudável? É como se as narrativas do Stop

Sida nos dissessem que, uma hora ou outra, todos nós iremos obrigatoriamente parar no consultório médico para prestar contas dos nossos atos. Mas enquanto alguns terão de explicar o porquê de terem contraído aids ou outra DST, outros serão, por sua conduta moral supostamente superior, aqueles que poderão vangloriar-se de serem saudáveis e puros.

Foucault⁴³⁰ afirma que a ciência do sexo (aquilo que a o ocidente criou para regular o sexo, separando o normal do patológico) precisa da confissão como técnica terapêutica para ser eficiente. O confessor busca rastrear não só os atos, mas os pensamentos, desejos e intenções. A reconstituição do passado de Tininha, conseqüentemente, não se satisfaz em mostrar as ações que ela praticava, mas também em revelar os seus **desejos** e pensamentos mundanos que estariam por trás dessas ações.

Figura 22 - Tininha em dança sensual com um homem numa boate.



Tininha, em oposição à Luana, deseja melhorar sua condição social, é ambiciosa e usa o sexo para isso. A ambição material, portanto, seria a **origem ontológica do mal** e a diferença dela para Luana.

O antagonismo entre Tininha e Luana é, a seguir, evidenciado nos *flashbacks* que reconstituem o passado de ambas. A simulação reproduz vários encontros amorosos de Tininha, sempre fazendo questão de associar cada encontro com irresponsabilidade, materialismo e falta de valores espirituais. Uma sequência de cenas a coloca em boates, dançando com homens sob as luzes coloridas de casas noturnas. Ela faz sexo com vários parceiros, ora por prazer, ora em troca de bens materiais e o enredo insiste em condenar tais atitudes. Luana censura

⁴³⁰ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*: vol.1 – A vontade de saber. 17ªed. São Paulo: Graal, 2006.pp.72-80.

os atos da amiga o tempo todo. Numa cena em que ambas conversam em um quarto, Tininha explica seu estilo de vida: “Eu saio com homens diferentes porque eu gosto. Porque eu me sinto bem. Me sinto mais mulher. Entendeu?”. Luana, depois de repreender a amiga pela falta de valores morais, complementa: “Tu é quem sabes. Só não digas que não te avisei. Depois não te arrependas”. O apresentador Tomás Ferreira interrompe a simulação da história para dizer: “Deu para ter uma idéia da vidinha da Tininha? Nesse andar, até eu sei qual foi o diagnóstico, afinal, a infidelidade com parceiros múltiplos é o caminho certo e rápido para se ter um encontro casual com o vírus da sida”.

Mais à frente, ele complementa que o sexo oral também é um fator de risco para o HIV e que deve-se usar o preservativo, principalmente no sexo ocasional. “Esse termo ocasional”, emenda, “é meio polêmico na luta contra o VIH. Na verdade nunca devia acontecer sexo ocasional”.

Antes de a atração retornar para a história de Tininha, é veiculada a entrevista do médico Antônio Feijó, do Hospital Esperança⁴³¹. Ele afirma que os comportamentos corretos para se defender do HIV seriam a abstinência, a fidelidade conjugal e o uso de preservativos. Fora dessas três opções qualquer comportamento seria de risco. Ferreira arremata: “(...) constatamos comportamentos de risco bastante graves. A Tininha, entre outras coisas, fez uma combinação considerada mortal em termos de comportamento de risco: infidelidade mais sexo sem preservativo”.

A história no tempo presente finalmente prossegue com a confirmação do que todos já sabiam: o resultado de Tininha deu positivo. A personagem é vista chorando copiosamente enquanto Luana a consola. Ferreira volta a interromper o arco do tempo

⁴³¹ Hospital referência no tratamento ao HIV em Angola.

presente e afirma que o resultado do exame era óbvio, pois isso é o que acontece com indivíduos infiéis que não usam o preservativo.

Voltamos mais uma vez para o passado de Tininha. Dessa vez as duas amigas discutem no ambiente de trabalho. Luana vai até a sala de Tininha para saber se é verdade o rumor de que ela teria um caso com o diretor dos recursos humanos da empresa. Tininha confirma e Luana diz que ela deve ter cuidado, pois ele teria fama de sair com mulheres e depois descartá-las quando delas se cansava. Tininha diz que não está apaixonada e que não quer casar-se com ele. O que os dois tinham seria uma consentida relação de permuta com prazo predeterminado. O acordo estabelecia dois meses de relacionamento em troca de um carro. Luana se choca com a sinceridade de Tininha e a acusa de estar se vendendo por um carro e diz que ela deveria valer mais do que isso. Tininha responde que está naquela relação por prazer sexual e porque quer o carro. Para ela, esses motivos bastam. Tomás Ferreira conclui o programa: “Dinheiro nenhum comprará a honra. Na verdade, há coisas que tem que ser preservadas. Sem elas a vida deixa de ter sentido. E a honra é uma delas”.

Apesar de vilipendiada pelo roteiro, Tininha é uma personagem bastante rica. Ela ousa dizer que faz sexo por prazer e que escolhe os parceiros que deseja, relacionando-se com eles de igual para igual. O envolvimento de Tininha com o diretor dos Recursos Humanos da empresa não deve ser visto simplesmente como mera prostituição e exploração de um homem sobre uma mulher. Tininha se coloca de igual para igual nessa relação. Ela entende perfeitamente bem as implicações e condições da ligação com seu colega de trabalho. É verdade que muitas mulheres em Angola se prostituem para fugirem da fome e ajudarem suas famílias⁴³², mas não é esse o caso da personagem. Ela foi caracterizada como uma mulher de classe média com ambições e

⁴³² Ver: PINHO, Adriana de Araújo. **Trocas afetivo-sexuais e econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

que usa o sexo com diferentes fins, desde o prazer até a obtenção de bens materiais. A extração da confissão no consultório médico, ao revelar a origem ontológica do “pecado” de Tininha, que seria a ambição por dinheiro e prazer, pretende não apenas mudar o comportamento das pessoas, mas demonstrar que as ações não serão transformadas se o **desejo pecaminoso** (a origem do mal) permanecer. Portanto, não é simplesmente o comportamento do público que o programa pretende pastorear, mas sim os seus desejos mais profundos.

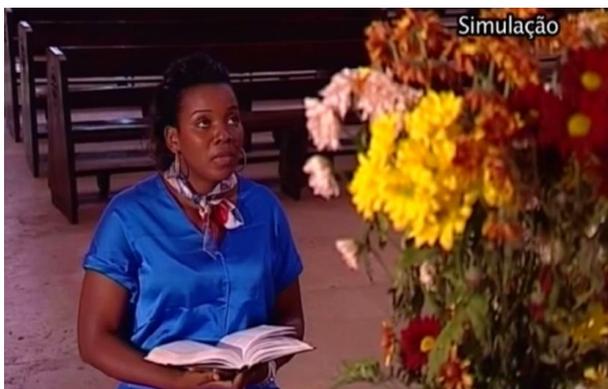
Uma vez que o poder pastoral é um mecanismo individualizador, ou seja, que procura governar o todo de forma capilar e individualizada, quando o problema da aids é enfrentado sob suas técnicas, a resposta para o dilema passa a ser enxergada como uma questão privada. Cada um é responsável única e exclusivamente por si só. O Estado e o governo acabam absolvidos por não proporem políticas públicas que enfrentem a pandemia nos seus aspectos sócio-econômicos. Não se fala, por exemplo, sobre a contribuição do patriarcado para a disseminação do vírus. Diferente de Tininha, muitas meninas em Angola não tem a opção de recusarem a prostituição. Mas nenhuma Estorieta com a qual tive contato tocou na questão da relação entre prostituição, fome e disseminação do HIV. E isso acontece porque não haveria como responsabilizar individualmente uma criança de 12 anos que é obrigada a se prostituir para se alimentar de ser culpada por ser soropositiva. É mais fácil e cômodo para o programa colocar como protagonistas mulheres de classe média de Luanda, que possuem maior poder de escolha. Isso nos leva de volta à questão das agências prescritivas por trás do Stop Sida. O programa, nada mais é, do que um catalisador das ações de certas agências prescritivas, notadamente as igrejas, a família patriarcal, a medicina e o Estado.

O casamento como medicina preventiva

O casamento está no centro da maioria das Estorietas e a sua falta de solidez abriria a brecha necessária para o HIV penetrar no seio familiar e fazê-lo ruir definitivamente. Em “Infidelidade Extrema”, temos o exemplo máximo dessa situação. O casal Ricardo e Natasha tinha uma vida conjugal feliz e perfeita até o aparecimento de Vani, a mulher que se torna amante de Ricardo. Tal qual Tininha, Vani é descrita como uma alpinista social. Ela finge ser uma moça jovem e estudiosa, mas na verdade está apenas interessada no dinheiro de Ricardo. Eventualmente, ela pede que ele a leve para a universidade de carro. Toda vez que Ricardo vai embora, ela sai da universidade e vai se encontrar com outro homem. Ela tem uma amiga, sua comparsa, com quem planeja a melhor forma de manipular Ricardo. Graças às maquinações de Vani, Ricardo decide se divorciar de Natasha para se casar com ela.

Em contraste ao perfil “jezabélico” de Vani, Natasha é praticamente uma santa.

Figura 23 - Natasha reza por seu casamento na igreja.



Vai à igreja todos os domingos, é compreensiva, amorosa, misericordiosa e nunca desiste da família. A partir do momento que sabe que o marido deseja a separação, Natasha chora o tempo todo e não esboça raiva, apenas tristeza. Ricardo, por sua vez, é o arquétipo do

homem fraco que, tal qual o rei Acabe da Bíblia, sucumbe às vontades de uma mulher mandona e promíscua. Também como a rainha fenícia, Vani tem um final triste. Em uma das ocasiões em que se encontra com o amante com quem trai Ricardo, ela encontra um recipiente com comprimidos antirretrovirais e decide confrontar o namorado: “É impressão minha ou estes são antiretrovirais? (...) porque tu tens isso na

sua casa?”. O amante dá um sorriso e diz que agora ela já sabe da verdade: “Foram bandidas como tu que me infectaram. Pensas que eu não sei que o teu interesse por mim era apenas pelo meu dinheiro? (...) Agora estamos quites. Quer o dinheiro? Mas leva a minha sida também!”.

A aids assume aqui quase um status de entidade metafísica que se aproveita de alguma fragilidade no matrimônio para penetrar no seio dos lares. Não é como se a doença fosse só um castigo de Deus, mas também um ente maligno independente que invade a vida de quem lhe dá uma oportunidade. Graças às brechas abertas por Ricardo, devido à sua infidelidade e por se submeter aos caprichos da amante, uma mulher mundana e ambiciosa, a aids entranhou-se para dentro de mais uma família, infectando tanto Vani, quanto Ricardo e Natasha. O objetivo dessa aids enquanto entidade era, na verdade, contaminar todos, incluindo a moralmente superior Natasha.

Figura 24 - Vani termina punida pelos seus atos pecaminosos.



Na cena final, vemos os três personagens no hospital esperando seus resultados do teste de HIV. Natasha decide ignorar Ricardo e se dirige à Vani, dizendo que vai rezar por ela e que espera que Deus a perdoe por tudo que ela fez.

Vani está seriamente machucada por ter sido espancada por Ricardo depois que confessou que tinha um amante de quem contraiu o HIV. Natasha vai embora do hospital de queixo erguido como que dizendo que o amor e o perdão que ela carrega dentro de si representam a vitória moral sobre os pecados do ex-marido e da amante dele.

Esta peculiar Estorieta tem alguns pontos a serem explorados. A trama parece reforçar a ideia de que os homens precisam ser fortes e dominadores para que a sociedade funcione perfeitamente. A personalidade submissa de Ricardo é crucial para que a aids termine por infectar a todos. Ele apenas recupera seu status de macho dominante quando descobre a verdade e espanca Vani, crime que fica impune, como se a personagem merecesse sofrer violência. O amante de Vani, como é comum acontecer com os homens nas Estorietas, não recebe nenhuma punição pela prática de contaminação dolosa, um crime grave contra os Direitos Humanos. Sua função na história é simplesmente servir como o instrumento de surpresa narrativa e enviar a mensagem de que não importa o quanto você seja esperto, a aids será mais esperta que você. Ela vai encontrar um modo de te contaminar. Só existiria, portanto, uma forma eficaz de se proteger: um casamento sólido, firme como uma rocha, sem nenhuma brecha por onde o vírus possa entrar. Tamanha solidez exige condutas éticas tais quais: homens fortes e dominantes, mulheres recatadas, monogamia estrita e valores espirituais (em contraste aos valores materiais de Vani), como amor, compaixão, perdão, união em família e fidelidade.

Para reforçar esse último ponto, o Stop Sida convidou diversas vezes padres e pastores para concederem entrevistas. No mesmo programa em que foi ao ar a história de Natasha, Vani e Ricardo, o pastor Adilson de Almeida, da Igreja Metodista Unida de Luanda, deu a seguinte declaração:

(...) Falar de fidelidade e infidelidade é sempre voltar àquilo que nós consideraríamos uma **medicina preventiva** e não necessariamente uma medicina curativa, pois sabemos que é com base na fidelidade que temos em relação ao parceiro ou à parceira com quem vivemos que podemos **prevenir determinadas conseqüências como o HIV/sida e todas as outras DSTs** que nós conhecemos. (...) E a palavra em si também está um pouco relacionada com aquilo que nós chamaríamos tanto uma vida casta, uma vida separada, uma vida de

verdade, em relação a viver uma vida de prostituição (...) E prostituição é qualquer ação que leva muitas vezes, até por causa do ciúme, à morte, à violência, e outras práticas. (...) Deixa-me dizer que **a fidelidade não é um ato para que o rei veja. É uma ação do indivíduo.** Você sozinho que tem que ter consciência da necessidade de ser fiel. (...) **E quanto mais fiéis aos patrões, mais fiéis às esposas, mais fiéis aos filhos, mais fiéis e mais verdadeiros naquilo que fazemos, teremos um futuro garantido.**⁴³³.

Nessa declaração encontram-se resumidos os principais tópicos referentes ao discurso moral sustentado pelo Stop Sida e que correspondem às agências prescritivas citadas anteriormente: família, igrejas, medicina e Estado. Primeiramente, a defesa incondicional do matrimônio monogâmico como profilaxia contra a aids. Em segundo lugar, a argumentação de que a prevenção é, acima de tudo, um ato individual de cada pessoa e não um problema a ser discutido socialmente e no nível de Estado e governo. É interessante notar que o pastor Almeida frisa que a fidelidade não é algo que apenas se demonstra publicamente (“não é um ato para que o rei veja”), mas sim “uma ação do indivíduo”, ou seja, é um regra moral, acima de tudo, de si para consigo mesmo. Foucault chama a isso de “tecnologias de si”⁴³⁴. Poderíamos entender as tecnologias de si como a prática (interior e exterior) da nossa ética (interna). Sendo a ética o conjunto de normas para produzir um tipo particular de pessoa; as tecnologias de si seriam como o sujeito pensa e age para alcançar o objetivo almejado. “Você sozinho que tem que ter consciência da necessidade de ser fiel”, ou seja, a técnica pastoral almeja que o próprio sujeito vigie a si mesmo. O dever de se proteger da aids fica, portanto, à cargo do autogoverno e do governo dos sujeitos sobre os entes próximos.

Por último, a fala do pastor vai ao encontro da proposta do programa de fundir a prevenção ao HIV com a obediência civil (“fiéis aos patrões... às esposas... aos filhos”).

⁴³³ Grifos meus.

⁴³⁴ FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.p.264.

Financiada pelo governo, a atração sempre se esquivava de criticar as falhas deste último no combate ao HIV. A exploração sexual infantil⁴³⁵, uma das principais causas do alastramento do vírus, bem como a ineficiência e/ou falta de vontade do governo em combatê-la, não são abordadas pelo programa.

A narrativa individualizadora do programa ajuda a manter a população sem reivindicar medidas eficazes de prevenção por parte do governo e com a atenção voltada para a desconfiança moral em relação a si mesma. Se a contínua ameaça do HIV é uma questão ética pessoal e familiar, a saída para ela envolve uma vigilância de si mesmo, dos parentes e dos vizinhos. Como qualquer pessoa pode estar infectada, é necessário cuidado redobrado com os perigos que os outros representam. Em “Nem tudo que parece é...”, por exemplo, exorta-se o espectador a desconfiar da aparência das pessoas. A trama tem como protagonista a jovem Naiol. A primeira cena da personagem é na porta de uma igreja, no que parece ser o fim de uma grande missa. Naiol deixa o templo andando com uma Bíblia colada ao peito. Chegando à praça, ela se encontra com Zito, rapaz que a espera. Ele é um homem gago, tímido e espera por Naiol todos os dias após a missa. A cena se repete várias vezes, com Zito insistindo em cortejar Naiol à moda antiga. Ela resiste várias vezes, mas pensa nele na hora de rezar todos os dias antes de dormir.

Aos poucos, Naiol vai cedendo aos encantos de Zito. Ele é extremamente romântico, paciente com a resistência da moça e parece muito bem intencionado. Quando finalmente o rapaz consegue o primeiro beijo, a trama passa por um ponto de giro. Enquanto Naiol está apaixonada e confiante em ter encontrado o amor dos seus sonhos, uma conversa entre Zito e seus amigos revela ao espectador que ele apenas

⁴³⁵Fenómeno "Prostituição infantil" aumenta no país - diz INAC. *Angop – Agência Angola Press*. Disponível em: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sociedade/2011/5/26/Fenomeno-Prostituicao-infantil-aumenta-pais-diz-INAC,274bc58c-9b9d-4545-95e3-ef178a9d1122.html. Acesso em 7 nov. 2016.

deseja ter relações sexuais com ela para depois descartá-la. O homem romântico e gago não passa de uma farsa que ele criou para enganá-la.

Dias depois ele convence Naiol a passear com ele de moto. O rapaz a leva para o mato, onde tenta estuprá-la. Ela consegue fugir, mas ao tentar cruzar uma estrada, acaba atropelada por um carro. Zito foge sem prestar socorro à vítima. A simulação da Estorieta se encerra aqui. Letreiros informam o desfecho da história. Zito aparentemente se arrepende do que fez e vai visitar Naiol no hospital. Pesa sob ele uma acusação de estupro, mas não ficamos informados se ele foi preso. Naiol fica quinze dias internada antes de receber alta. Um tempo depois, Zito faz um teste de HIV e descobre ser soropositivo.

A conclusão dessa Estorieta é curiosa sob vários aspectos. Há aqui um raro caso de punição a um personagem masculino. Zito é infectado pelo HIV e ainda é acusado de estupro. Temos, de um lado, o castigo divino (a doença) e de outro o castigo terreno (o poder judiciário). Porém, não é uma eventualidade que só o primeiro seja concreto. No segundo caso há apenas uma acusação, cuja conclusão é incerta. Em um país onde o poder judiciário é tão ineficiente, clamar e esperar em primeiro lugar pela justiça divina parece ser a única solução. Mas ao concluir a trama dessa forma, a narrativa conduz o espectador a contentar-se com a punição divina e a não reivindicar a condenação no nível do Estado. Outrossim, estar infectado pelo HIV não vai impedir Zito de continuar fazendo as mesmas coisas que fazia, com a diferença de que ele pode infectar mulheres sabendo de sua condição sorológica, circunstância que muitos homens angolanos usam até mesmo como reafirmação de sua masculinidade. Para homens de classe média (e todos os personagens das Estorietas são dessa camada social), o HIV não tem nem de longe o mesmo impacto que tem nas mulheres. É principalmente sobre elas que recai o estigma da promiscuidade, da vida devassa e da culpabilização. Naiol, apesar de ser a

vítima da história, também foi punida por não se comportar como uma boa cristã. Ao sair da igreja todos os dias e ir se encontrar com Zito, ela desvirtuou o sentido cristão de frequentar a missa. A tentativa de estupro, o atropelamento e os dias de internação são a consequência de sua negligência espiritual. Até mesmo uma boa cristã e pessoa de bem não está imune ao perigo da aids, pois a doença, assim como o diabo, assume diversas formas, inclusive a aparência de um homem bonito e gentil.

Naiol, assim como a personagem Natasha de “Infidelidade ao extremo”, são exemplos de cristãs que tiveram suas vidas abaladas pela aids. Naiol escapou por pouco, mas Natasha não teve a mesma sorte. As histórias de ambas, principalmente da última, assemelham-se com a vida da mãe de Emily, protagonista do curta metragem “Stigma”. São mulheres que, a despeito de possuírem conduta cristã irrepreensível, acabaram tocadas pelo vírus da aids. No caso de Natasha, há certo cinismo dos roteiristas. A monogamia e a devoção religiosa, tão defendidas pelo programa, não foram capazes de impedir a sua contaminação. A saída encontrada foi colocá-la como uma mulher moralmente superior que vai saber carregar a sua cruz. É uma mensagem de resignação para com as pessoas religiosas e monogâmicas que são cada vez mais infectadas no país. Mais uma vez, o programa reitera a passividade diante da realidade que não conseguem explicar ou modificar. Todos devem seguir a conduta sexual prescrita pela atração e caso essa medida não funcione para se proteger do HIV, que cada um carregue sua cruz sem questionar os motivos do insucesso. Sem questionar Deus, sem questionar o Estado, sem questionar a Igreja. O indivíduo só deve questionar a si próprio.

Considerações finais

Em cada país, a aids constitui um dispositivo social diferente, ou seja, estabelece uma rede de práticas, discursos, instituições, leis, reflexões que são próprios da localidade. A Estratégia ABC, o principal modelo de prevenção ao HIV na África, ajuda a estruturar as formas como a problemática da aids é compreendida em Angola. Portanto, não se pode pensar neste tema sem enfrentar a questão da monogamia. Falar de aids em Angola é, acima de tudo, falar de como a percepção local entende que a fidelidade conjugal é a principal medida de prevenção e como essa conclusão dá poder ao discurso religioso.

Em Angola, a aids se constituiu, num primeiro momento, como a doença da morte iminente, sobretudo nos anos 80 e 90. Nesta época, o HIV era um problema menor, sufocado pela Guerra Civil. As palavras de ordem eram “O Sida Mata!”, mas a guerra matava muito mais e era o principal foco de atenção, seja do governo, seja das pessoas comuns.

No fim dos anos 90, a situação muda de figura graças à chegada, em 1998, da ONUSIDA e ao surgimento do ativismo liderado pelos próprios soropositivos, sendo a Luta pela Vida (LPV) a organização símbolo desse processo. Esse novo ativismo possibilitará a ascensão ao nível da esfera pública de pessoas portadoras do HIV que se tornarão o rosto da luta contra a aids em Angola. O protagonismo feminino pode ser constatado pelo fato de que são as mulheres, em sua maioria, que assumem a liderança neste processo. Nomes como Henda, Soraya e Kaina, são símbolos da predominância feminina na luta contra a aids no país.

Graças à luta dessas mulheres, juntamente com homens que estiveram ao seu lado, muitas conquistas foram possíveis entre 2002 e 2008, fase que representa o auge da luta contra o HIV em Angola. O Hospital Esperança, o tratamento com

antirretrovirais, a lei do VIH e a criação do INLS são resultados concretos desse período. O fim da Guerra Civil possibilitou um pacto institucional entre o governo, atores internacionais e organizações da sociedade civil em torno da luta contra o HIV. Esse pacto foi possível, em primeiro lugar, porque as projeções da ONUSIDA a respeito do crescimento da taxa de prevalência do HIV em Angola eram preocupantes demais para serem ignoradas. Em segundo lugar, porque o desfecho da guerra civil trouxe o fim dos onerosos gastos militares com o conflito, o que acarretou pressão da sociedade civil, que queria ver esse dinheiro aplicado na saúde pública. Em terceiro lugar, a aids pôde ser incluída nos esforços de reconstrução nacional após a guerra, sendo utilizada, inclusive pelo governo, como uma substituta do conflito armado como inimigo público número um. Para o governo, portanto, lutar contra a aids (ou pelo menos vender para o público essa ideia) foi um investimento político com fins eleitorais.

A partir de 2008, entramos na atual fase da história que pesquisei do combate ao HIV em Angola. Essa fase é marcada pelo declínio da ajuda internacional, uma vez que o país, impulsionado pela indústria do petróleo, obteve um grande aumento de renda. Pelos critérios da ONU, Angola deixou de ser um país que precisaria de ajuda humanitária internacional. As ONGs foram duramente atingidas, uma vez que perderam recursos estrangeiros e o Estado, que prometeu suprir essa lacuna, não o fez. Isso tornou-as ainda mais dependentes do governo e temerosas de criticá-lo. Contribuiu para esse declínio, o fato de que as previsões feitas sobre o crescimento da taxa de prevalência no país não se confirmaram. Isso se nós pudermos confiar nas novas estatísticas sobre o assunto. Com isso, os organismos internacionais passam a acreditar que os objetivos em Angola estão cumpridos, o que constitui mais um motivo para que eles cessem o envio de recursos aos país.

Enquanto as campanhas de prevenção nos anos 80 e 90 enfatizavam a morte e no pós-guerra relacionavam a luta contra o HIV à reconstrução do país, nessa última fase que se inicia no fim dos anos 2000, a aids deixa de ser uma prioridade e torna-se parte do cotidiano dos angolanos. Com isso, é reforçado o foco da prevenção centrado no incentivo ao autogoverno da população, com especial ênfase na defesa da monogamia. No período anterior, as campanhas de prevenção já possuíam tais características, mas a luta contra o HIV era vista anteriormente como uma empreitada que só seria possível através da união entre governo e organizações da sociedade civil, unidas num esforço para reconstruir o país devastado pela guerra. Nesta nova fase, subentende-se que o governo já cumpriu sua parte ao estabilizar a taxa de prevalência em 2,2% e que, portanto, o novo enfoque deve ser a ética individual.

Para o MPLA, portanto, a aids é um instrumento de, nos termos de Foucault, biopolítica e de tanatopolítica⁴³⁶. A política pública angolana para o HIV finge ser uma política **para** a vida, mas é uma política **da** vida, ou seja a vida humana torna-se não um fim em si mesma, mas apenas um meio para se atingir o fim, que é a permanência do partido no controle do Estado. Trata-se, em resumo, de “fazer viver e deixar morrer”. Para a elite da sociedade, ser soropositivo não é um fardo tão grande. Há a opção de viver no anonimato e se tratar no exterior. Para os mais pobres, que representam a esmagadora maioria, pode-se prolongar a vida quando se tem acesso aos antiretrovirais, mas não há mecanismos que apoiem outras demandas importantes, como a boa alimentação, por exemplo. Isso leva muitas pessoas a prolongarem uma vida não-saudável e sofridora. Para quem não tem acesso aos antiretrovirais (e se Kamara estiver certo, esses são a maioria), o Estado simplesmente os deixa morrer, diluindo as causas das mortes nas estatísticas dentro de outras doenças.

⁴³⁶ FOUCAULT, Michel. “Direito de morte e poder sobre a vida” in: História da Sexualidade, Vol. I. Graal: São Paulo, 2006.pp. 145-175.

Em 2013, o portal Voz da América entrevistou um ex-representante da Onusida em Angola, Bilali Kamara, que se encontrava residindo na África do Sul. Ele afirmou que o governo mentia sobre os dados do HIV no país, e que a taxa de 2,5% de infectados poderia representar apenas 5% dos casos reais⁴³⁷. E mais: diferente do que diz o INLS, apenas 30% dos soropositivos receberiam o tratamento com antiretrovirais. Os outros 70% estariam morrendo à própria sorte, muitas das vezes sem ao menos saber a causa da morte, visto que as doenças oportunistas ocultam do doente e da família a infecção pelo vírus do HIV. As estatísticas oficiais sequer colocam a aids entre as cinco doenças que mais matam em Angola, o que, segundo Kamara, é uma falsificação com fins políticos.

Não sabemos até que ponto as acusações de Kamara são verdadeiras, uma vez que não há estudos que comprovem a verdadeira taxa de prevalência do país. Mas é inequívoco que o governo tem condições de fazer mais do que faz. O Hospital Esperança deixou de realizar exames de CD4 há meses e medicamentos de segunda linha estão em falta. Até hoje não foram implementados medicamentos de terceira linha. O governo tem justificado cortes na saúde devido à crise financeira dos últimos anos, mas mesmo durante este período muitas empresas dos governantes e de seus parentes não pararam de lucrar e a elite do país sofreu muito menos com a crise do que os mais pobres. Mesmo medidas que não trariam grandes custos aos cofres públicos não são concretizadas por falta de interesse. Esse é o caso da regulamentação da lei do VIH.

O aprofundamento da ênfase da prevenção via enfoque individual se encaixa perfeitamente neste momento histórico em que Angola atravessa. Para o governo, esse tipo de abordagem tira de suas mãos a responsabilidade da luta contra o HIV, deixando-a a cargo dos cidadãos. Para as igrejas, por sua vez, a individualização facilita a

⁴³⁷Disponível em:< <http://www.voaportugues.com/a/angola-mente-sobre-numeros-da-sida-diz-ex-trabalhador-da-onusida/1702230.html>>. Acessado em 12 de julho de 2016.

narrativa religiosa que separa os culpáveis dos inocentes, bem como fornece excelente oportunidade de reforçar os dogmas religiosos acerca da família, monogamia e sexualidade.

A série de vídeos produzida pela AJAN, Youth Videos for Life and Love, se adequa perfeitamente a essa conjuntura. Ela constrói um discurso relativamente homogêneo: a mulher recatada é recompensada por Deus com um casamento, enquanto a mulher sexualmente ativa se torna soropositiva; o álcool e determinadas drogas ilegais são tidos como um veículo de distúrbio social que leva as pessoas a abandonarem a monogamia; só o sexo dentro do casamento pode prevenir o contágio; a aids é um castigo divino pelo pecado individual das pessoas; as crianças soropositivas que foram infectadas no parto são as únicas “vítimas inocentes” da aids; não há menção alguma, positiva ou negativa, ao uso de preservativos, como se essa possibilidade simplesmente não existisse.

O quadro “Estorieta”, do programa financiado pelo governo angolano Stop Sida, segue premissa bastante similar. Com exceção do uso do preservativo, medida apoiada em parte pelo programa, todos os outros pontos defendidos pelos curtas metragens da AJAN reaparecem na atração televisiva angolana. O programa, entretanto, avança para outras frentes. Ele foca convenientemente em personagens femininas de classe média da capital angolana, ignorando a situação de mulheres que não tem a possibilidade de escolha. Entretanto, ao demonizar a liberdade de escolha sexual das mulheres de classe média, contribui para aumentar o preconceito contra todas as mulheres (de qualquer classe social), uma vez que as narrativas as colocam como pessoas cuja cobiça por bens materiais foi a responsável pela sua contaminação. Isso ajuda a construir uma narrativa popular em que as mulheres que são soropositivas foram contaminadas devido à ganância, ao materialismo e à promiscuidade.

O discurso religioso conservador se mantém intacto, apenas com terminologias secularizadas. Ao invés da palavra pecado, fala-se em imoralidade ou irresponsabilidade. Ao invés do castigo divino, o “destino” (expressão usada pelo apresentador Tomás Ferreira) trata de “corrigir” o personagem que tem “a vida torta”. Quando o personagem é religioso, ou ele recebe algum tipo de recompensa por ter mantido a fé ou é retratado como vítima de uma sociedade imoral e corrupta. Entretanto, mesmo com uma terminologia secularizada, o Stop Sida funciona no mesmo esquema pastoral apontado por Foucault: ele estabelece metas individuais para a salvação, separa o comportamento esperado do desviante e instaura o confessionário (o consultório médico) como o local de extração da verdade, onde a fonte ontológica do pecado será descoberta e exposta e o **caráter** do pecador revelado.

Confirmando a tese de Foucault de que as práticas da medicina são herdeiras do poder pastoral e que, portanto, os hospitais têm como modelo de funcionamento os antigos mosteiros, percebemos em quase todos os vídeos que o consultório médico opera como o local de extração da verdade. É onde o personagem de conduta duvidosa deve confessar **a verdade do seu eu**, reconhecer sua culpa diante do médico e diante do amigo ou parente que o acompanha. Esse acompanhante tem uma dupla função. Primeiramente ele é a prova de que o comportamento do infectado é a causa da sua sina, uma vez que essa pessoa está saudável e, em geral, tem um estilo de vida oposto à do indivíduo contaminado. Em segundo lugar, o acompanhante serve como testemunha da confissão do soropositivo. É diante dele e do médico (que assume também papel de juiz e de pastor) que o infectado deve admitir seu comportamento de risco: “Não usei camisinha”, “Não fui fiel”, “Não fui cuidadoso”, etc.

A presença dos pastores e padres convidados para entrevistas no programa se adequa perfeitamente ao comparecimento de outros profissionais convocados. Médicos,

sociólogos, psicólogos, dentre outros, convergem com as opiniões dos clérigos. A médica Ana Lúcia Sangongo, por exemplo, afirmou no programa em que foi veiculada a Estorieta “Auto discriminação” que o casamento serve basicamente para procriação, enquanto o pastor Adilson de Almeida, no programa que levou ao ar a Estorieta “Infidelidade extrema”, chamou a fidelidade conjugal de “medicina preventiva”. Medicina e religião aqui se complementam na tentativa de produzirem sujeitos culpados e domesticados. Reforçam o papel do indivíduo na luta contra o HIV e silenciam sobre a ação do Estado, do governo e da sociedade como um todo. Silenciam sobre as normas de gênero que impõem virilidade aos homens e colocam sob algumas mulheres o peso de terem que usar seu corpo e o sexo como forma de sobrevivência. Também silenciam sobre a contaminação dolosa, ou seja, quando se infecta outra pessoa propositadamente. A Lei 8/04, chamada de Lei do VIH, estabelece a punição para esse tipo de crime, mas nunca foi regulamentada⁴³⁸. Nenhum padre, pastor, médico, ou qualquer entrevistado, nem mesmo o apresentador do programa, fizeram qualquer crítica contundente a esses fatos. Preferem se preocupar com a quantidade de parceiros sexuais dos telespectadores.

A individualização das campanhas de prevenção ao HIV em Angola, alinha-se a uma individualização mais geral, a do sistema capitalista. O neoliberalismo, através de um discurso que costumeiramente é chamado de “empreendedorismo”, afirma que o sucesso profissional advém do esforço do indivíduo, do quanto ele consegue ser empreendedor e encontrar formas criativas de ganhar dinheiro. De acordo com tal narrativa, o sucesso é resultado da meritocracia, ou seja, dos méritos que cada pessoa acumula individualmente. Isso significa que quanto mais empreendedor e esforçado você for, mais longe você chegará. A estratégia é a mesma que encontramos no Stop

⁴³⁸ **Statment sobre a situação dos defensores de Direitos Humanos da AJPD submetida na 51ª sessão ordinária da Comissão Africana.** *Club-K*. Disponível em: http://www.club-k.net/index.php?option=com_content&view=article&id=11125:posicao-da-ajpd-sobre-os-direitos-sobre-hivsida&catid=2:sociedade&Itemid=88&lang=pt. Acesso em: 7 nov. 2016.

Sida. Parte-se da premissa que são as escolhas individuais que determinam os destinos das pessoas, ignorando que temas como a aids ou a desigualdade social englobam estruturas culturais, econômicas, sociais, de gênero, etc, que não podem ser superadas com simples voluntarismo individual. Entretanto, para os poderes constituídos, basta que as pessoas acreditem nisso para manter o status quo.

Engana-se, porém, quem acredita que a realidade angolana é tão distante da brasileira. Aqui há grupos conservadores que aprovariam entusiasticamente uma abordagem preventiva ao HIV nos moldes do Stop Sida. A grande diferença entre Angola e o Brasil neste quesito, é que este último tem uma sociedade civil e movimentos políticos mais fortes e independentes do governo. As tradicionais organizações civis de Angola no âmbito da luta contra a aids estão muito debilitadas. Além disso, não há em Angola, por exemplo, um movimento feminista ou LGBT com força e capacidade de pressão social como há no Brasil⁴³⁹. Aqui, propagandas como a do Stop Sida, que culpabilizam os infectados, sofrem críticas contundentes de organizações sociais e movimentos políticos, o que força a constante mudança das abordagens na área de prevenção. É verdade que as campanhas de prevenção ao HIV no Brasil também apresentam problemas, mas os movimentos sociais e ativistas conseguem se fazer ouvir em diversas situações. Em Angola, as organizações civis, sobretudo depois de 2008, não conseguem influenciar as decisões referentes ao HIV como antes. Durante a era de ouro da luta contra o HIV em Angola (2002-2008), a LPV, por exemplo, chegou a ser muito mais influente do que é agora. Prova disso é que foi capaz de marcar uma reunião com os responsáveis pelo programa “Nação Coragem” e conseguiram deles uma mudança na linha editorial da série “Sida, o retracto de uma

⁴³⁹ O primeiro grupo LGBT, a Associação Íris, foi criado apenas em 2013. Hoje há mais dois grupos, o Movimento H Maiúsculo e o Arquivo de Identidade Angolano. Recentemente foi criado o primeiro coletivo feminista (2015), o Ondjango. Esses grupos são muito recentes e não possuem, ainda, força suficiente para fazerem críticas ao machismo das propagandas de prevenção ao HIV do país.

epidemia”. Foi justamente o acordo que ocorreu neste encontro que resultou na entrevista concedida por Soraya em novembro de 2002.

Dessa forma, uma mudança nas campanhas de prevenção em Angola, teria que vir de pressão da sociedade civil. Para isso, novos atores sociais precisariam emergir e ocupar o vácuo deixado pela decadência das tradicionais organizações civis de outrora. Nesse sentido, movimentos como o LGBT e o feminista são importantes porque eles tradicionalmente têm cumprido o papel de questionarem o patriarcado e a família tradicional, os pilares da prevenção ao HIV em Angola. Da mesma forma como a LPV foi importante no fim dos anos 90 e começo dos anos 2000 por propor uma nova forma de ativismo, seria preciso emergir um outro tipo de ativismo que desse ênfase à crítica ao patriarcado no contexto da propagação e prevenção ao HIV. Movimentos como a Associação Íris, o H Maiúsculo, o Arquivo de Identidade Angolano e o Ondjango parecem interessados em cumprir esse papel, mas não sabemos ainda se terão fôlego para essa difícil missão.

A ignorância e/ou silenciamento sobre a conexão entre o sexismo e práticas sexuais misóginas e a etiologia da aids compromete seriamente a eficácia das estratégias de prevenção que enfatizam, acima de tudo, a medicação, a camisinha ou a ética individual. As atitudes masculinas relacionadas à virilidade e aos seus privilégios patriarcais, como o direito de dominar suas parceiras sexuais, não são influenciadas pela medicação e nem sempre estão vinculadas ao uso do preservativo. Torna-se imperioso educar as pessoas sobre o papel do sexismo e da dominação masculina na propagação da aids na África Sulsariana e erradicar essas manifestações do patriarcado. Não basta realizar campanhas educacionais que se concentram preferencialmente ou exclusivamente na necessidade de evitar comportamentos de risco, tais como a incapacidade de usar preservativo, a necessidade de investigar a história sexual de um

potencial parceiro sexual, o perigo de ter relações sexuais com muitos parceiros diferentes, e a natureza particularmente elevada de risco no sexo anal desprotegido em comparação com o sexo oral ou vaginal. Quando se coloca o foco da prevenção nesses elementos, reforça-se o dispositivo que vincula aids e responsabilidade individual, isentando os governos, igrejas e sociedade civil organizada de lutarem contra a aids pelo que ela de fato é: um problema social fortemente enraizado na misoginia e no colonialismo, alimentado por concepções teológicas de culpa e expiação.

ANEXOS

LEI DO VIH

ASSEMBLEIA NACIONAL LEI Nº 8/04, DE 1 DE NOVEMBRO (D.R. Nº 88/04, 1ª SÉRIE) Lei nº 8/04 de 1 de Novembro.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA – é, actualmente, uma doença incurável e mortal que tem vindo a dizimar milhares de pessoas em todo o mundo, com tendência ao crescimento acelerado, constituindo deste modo uma ameaça ao desenvolvimento sócio-económico da humanidade. O combate à epidemia da SIDA requer a adopção de medidas urgentes e eficazes, estabelecendo-se normas que visam por um lado o controlo e prevenção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – VIH e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida –SIDA – e por outro promover a protecção das pessoas infectadas. Nestes termos, ao abrigo da alínea b) do artigo 88º, da Lei Constitucional, a Assembleia Nacional aprova a seguinte:

LEI SOBRE O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – VIH E A SÍNDROMA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

ARTIGO 1º

(Objecto)

A presente lei visa: a) garantir a protecção e promoção integral da saúde das pessoas mediante a adopção de medidas necessárias para a prevenção, controlo, tratamento e investigação do VIH/SIDA; b) estabelecer os direitos e deveres das pessoas infectadas pelo VIH ou doente da SIDA, do pessoal da saúde e outro em situação de risco ou contágio, bem como da população em geral.

ARTIGO 2º

(Definições)

Para efeitos da presente lei, entende-se por:

- a) Anti-retroviral (ARV) – medicamento que diminui a capacidade de agressão do vírus – VIH – retardando a progressão da imunodeficiência e/ou restaurando, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada;
- b) Anticorpos – substâncias que se formam no organismo para reconhecer/detectar os agentes estranhos (antigénios) que penetrem no organismo;
- c) Biossegurança – conjunto de medidas preventivas destinadas a manter o controlo de factores de risco laboral procedentes de agentes biológicos, físicos ou químicos que podem pôr em risco a segurança dos trabalhadores, pacientes, visitantes ou do meio ambiente;
- d) Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLS) – organismo multisectorial e pluridisciplinar, criado para coordenar e orientar a luta contra o VIH/SIDA e as grandes endemias, bem como estabelecer a necessária articulação a nível internacional;
- e) Diagnóstico – determinação de uma doença através de sintomas e sinais sugestivos que o individuo apresenta, assegurado pela confirmação laboratorial e/ ou de imagem;
- f) Evolução crónica – conjunto de transformações de carácter progressivo que demoram muito tempo no decorrer de uma doença;
- g) Condição serológica – condição em que se encontra o plasma/sangue de um indivíduo são ou doente;
- h) Evolução da doença – sequência de transformações lentas ou rápidas que ocorrem numa doença;
- i) Infectado – indivíduo que se encontra contagiado por um agente infeccioso e que apresenta ou não sinais da doença;
- j) Infeccioso – que produz infecção(contagiosa/transmissível);
- k) Infecção – acção originada por agentes patogénicos dentro de um organismo vivo;
- l) Infecções de transmissão Sexual (ITS) – infecções/doença que se transmitem fundamentalmente através de relações sexuais desprotegidas, isto é, sem uso de preservativo;
- m) VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana;
- n) Infecções Oportunistas (IO) – infecções que se aproveitam da presença de doenças debilitantes do organismo para se acomodarem a eles e se manifestarem;
- o) Seropositividade – condições do indivíduo com diagnóstico do plasma/sangue positivo, nomeadamente em relação ao VIH;
- p) Seropositivo – indivíduo infectado com o vírus da SIDA/VIH – que não está doente, também chamado de portador do VIH;

- q) Material perfuro-cortante – conjunto de objectos utilizados para cortar e furar algo.
Ex: lâminas, agulhas, bisturis, etc;
- r) Material biológico – qualquer produto proveniente de um ser vivo que pode ser manuseado ou manipulado e que pode conter material contaminante, susceptível de causar infecção ou doença;
- s) Prescrição – receita médica;
- t) Terapêutica – tratamento;
- u) SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – conjunto de síndromas e sinais que caracterizam a infecção causada pelo vírus VIH;
- v) Vigilância epidemiológica – mecanismo mediante o qual se controla e avalia a evolução de doenças ao longo de um determinado período.

ARTIGO 3º

(Responsabilidade do Estado)

1. Na luta contra o Vírus Imunodeficiência Humana – VIH e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA, incumbe ao Estado nomeadamente o seguinte:

- a) assumir, através do Governo, a luta contra o VIH/SIDA, como de interesse nacional, entendida nos aspectos de prevenção e controlo da propagação do VIH, considerando como áreas fundamentais a informação, educação, o tratamento, a investigação de infecção e protecção da população em geral, o respeito pelos direitos e deveres das pessoas infectadas pelo VIH e doentes da SIDA em qualquer nível de atenção;
- b) prever no orçamento do fundo verbas destinadas a acções de prevenção e controlo das IO, ITS e VIH/SIDA;
- c) formular e executar políticas sócio-económicas que visem a redução dos riscos da infecção e agravos nos infectados e doentes;
- d) melhorar o sistema de saúde garantindo o reforço institucional fundamentalmente dos recursos humanos e financeiros, a compra e distribuição de medicamentos para as Infecções Oportunistas – IO e Ant-retrovirais – ARV para fazer face às necessidades no domínio da prevenção e tratamento das Infecções de Transmissão Sexual – ITS/VIH/SIDA;
- e) garantir serviços públicos de saúde e acções para prevenção, tratamento e controlo das IOTITS/VIH/SIDA, com base no princípio de acesso igualitário e universal para todos;

f) garantir a promoção e a protecção dos direitos das crianças infectadas, doentes ou afectadas pelo VIH/SIDA;

g) garantir sangue seguro, ficando obrigado a indemnizar as pessoas que eventualmente forem contaminadas por sangue e/ou seus derivados não previamente testados.

2. O disposto no número anterior aplica-se igualmente a entidades privadas.

ARTIGO 4º

(Coordenação)

1. Cabe à Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA a coordenação e orientação das acções de luta contra a SIDA.

2. A estrutura e funcionamento da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, bem como outros órgãos afins, rege-se por regulamento próprio.

CAPÍTULO II

Direitos e Deveres das Pessoas Infectadas pelo VIH/SIDA

SECÇÃO I Direitos das Pessoas Infectadas

ARTIGO 5º

(Direitos)

Toda pessoa infectada pelo VIH/SIDA tem direito a: a) assistência sanitária pública gratuita e medicamento anti-retrovirais – ARV; b) informação sobre a evolução da doença e as opções e programas de tratamento, bem como tomar decisão sobre as opções apresentadas; c) informar sobre as redes e programas de apoio psico-social e de aconselhamento existentes; d) inserção na comunidade sem discriminação; e) trabalho, emprego e formação profissional; f) confidencialidade em relação à informação referente ao seu estado de saúde; g) acesso ao sistema de educação sem discriminação; h) privacidade da sua vida; i) livre circulação e permanência em locais públicos; j) protecção pelos organismos competentes quando se encontre em situação que ponha em perigo a sua integridade física.

ARTIGO 6º

(Direitos das pessoas privadas de liberdade)

1. As pessoas privadas de liberdade não devem ser submetidas a testes obrigatórios para detecção da infecção pelo VIH, salvo aquelas cujo processo judicial ou a condição médica o exija, devendo manter-se a confidencialidade das análises e os seus resultados.
2. As pessoas privadas de liberdade, infectadas por VIH ou doentes de SIDA, têm o direito a receber assistência médica e medicamentosa imediatamente requerida em condições que não lesem a sua dignidade ou impossibilitem o tratamento.
3. A violação do disposto no presente artigo é punível nos termos a definir por regulamento.

ARTIGO 7º

(Direitos do trabalhador)

1. Nenhum trabalhador deve ver a sua situação laboral prejudicada devido ao seu estado serológico relativo ao VIH/SIDA. 2. Por decisão médica e em função do seu estado de saúde, o trabalhador pode ver alterada a sua situação laboral, respeitada a igualdade de oportunidades, mérito e capacidade para executar o trabalho mantendo-se o salário e outras regalias sociais. 3. O empregador é obrigado a educar, informar, formar e sensibilizar os seus trabalhadores sobre o VIH/SIDA. 4. A violação do disposto no presente artigo é punível nos termos a definir por regulamento.

ARTIGO 8º

(Ausências justificadas)

1. As ausências do trabalhador infectado pelo VIH/SIDA no local de trabalho para receber assistência médica e medicamentosa por um período não superior a 120 dias, consideram-se justificadas por motivo de doença, nos termos da legislação em vigor. 2. Ao trabalhador que se encontre nas condições previstas no número anterior é garantida a protecção contra o despedimento, redução salarial ou qualquer outra forma de discriminação laboral. 3. O trabalhador doente da SIDA, que se ausentar do local do trabalho por 180 dias seguidos ou interpolados, tem direito a receber o seu salário integral, desde que justificadas as faltas através de documento médico.

ARTIGO 9º

(Apresentação do teste)

A apresentação do teste do VIH/SIDA não constitui requisito para o processo de candidatura ao emprego, para o financiamento bancário e para a manutenção da relação jurídicolaboral, nem para o ingresso nos órgãos de defesa e segurança.

ARTIGO 10º

(Condições serológica)

Os profissionais de saúde que detectem a seropositividade de um cidadão têm o dever de o informar sobre o carácter infeccioso da doença, bem como das vias e formas de transmissão e métodos de prevenção.

ARTIGO 11º

(Exposição ocupacional)

1. A contaminação pelo VIH/SIDA resultante de exercício da actividade profissional devidamente comprovada pelas entidades competentes é considerada doença profissional de evolução crónica grave, nos termos da legislação em vigor. 2. Qualquer trabalhador que no exercício das suas funções se infecte com o VIH, tem direito a uma indemnização a ser fixada nos termos a regulamentar.

ARTIGO 12º

(Confidencialidade)

1. As instituições profissionais de saúde e outros que conheçam ou atendam pessoas infectadas pelo VIH/SIDA são obrigados a guardar sigilo sobre a consulta, diagnóstico e seguimento, excepto quando se trate de menores de idade, caso em que devem ser informados a quem sobre eles exerça autoridade paternal. 2. A confidencialidade não pode ser invocada, quando se tratar de uma informação não nominal dos casos detectados.

ARTIGO 13º

(Violação do segredo profissional)

1. Quem por razões do seu emprego ou profissão revele a situação de seropositividade de um cidadão, excepto naqueles casos previstos na presente lei, é punido nos termos do artigo 290º do Código Penal. 2. A quebra do sigilo só é permitida nos seguintes casos: a) quando houver autorização do paciente ou por dever legal, nomeadamente notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito; b) por justa causa como

protecção à vida de terceiros, nomeadamente cônjuge, parceiro sexual ou membros de grupos toxicodependentes, caso o paciente se recuse em fornecerlhes a informação quanto à condição de infecção.

SECÇÃO II

Deveres das Pessoas Infectadas

ARTIGO 14º

(Deveres)

As pessoas infectadas pelo VIH/SIDA devem: a) praticar a sua sexualidade com responsabilidade; b) adoptar hábitos e comportamentos que limitem a possibilidade de contágio de outrem; c) usar o preservativo quando mantiver relações sexuais; d) informar às pessoas com quem têm ou pretendam ter relações sexuais, sobre o seu estado serológico; e) informar sobre a sua situação ao pessoal de saúde que o atende, para que os serviços se administrem adequadamente e sejam tomadas as competentes medidas de biossegurança; f) informar ao seu cônjuge ou parceiro sexual sobre a sua condição serológica.

ARTIGO 15º

(Transmissão)

1. A transmissão do VIH de forma dolosa constitui crime e é punido nos termos do artigo 353º do Código Penal. 2. Aquele que por negligência, inconsideração ou falta de observância de regulamentos infectar outrem, é punido nos termos do artigo 368º do Código Penal.

CAPÍTULO III

Informação, Educação e Investigação

ARTIGO 16º

(órgãos de comunicação social)

Os órgãos de comunicação social públicos e privados devem assegurar a emissão de informação sobre as ITS/VIH/SIDA de forma gratuita.

ARTIGO 17º

(Informação)

A população deve: a) ser informada e educada sobre os aspectos relativos às ITS/VIH/SIDA em conformidade com as directrizes formuladas pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e Grandes Endemias; b) ser informada e educada contra a discriminação e estigmatização das pessoas com o VIH/ SIDA.

ARTIGO 18º

(Educação)

1. O Ministério da Educação deve proceder à introdução de conteúdos referentes à sexualidade e ITS/VIH/SIDA em todos os currículos escolares. 2. As instituições de ensino e os locais de trabalho devem acatar as normas vigentes em matéria de informação e educação sobre o VIH/SIDA. 3. Os órgãos de inspecção e fiscalização do Estado devem velar pelo cumprimento do disposto no número anterior. 4. O não cumprimento do disposto no nº 3 é punível com multa a definir por regulamento próprio. 5. O valor resultante das multas destina-se ao Fundo da Luta Conta a SIDA.

ARTIGO 19º

(Noção de investigação)

Entende-se por investigação ou pesquisa a classe de actividade que visa a produção de conhecimentos e de tecnologias no campo aplicado, operacional e da ciência básica, reconhecidos cientificamente por seus métodos de observação, técnicas e interferências.

ARTIGO 20º

(Investigação em seres humanos)

Toda a investigação que envolva seres humanos, seja individual ou colectiva, deve ser submetida em protocolos específicos de pesquisa, em língua portuguesa, à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

ARTIGO 21º

(Comissão Nacional de Ética e Pesquisa)

O Ministério da Saúde deve, no prazo de 90 dias após à entrada em vigor da presente lei, criar a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa que deve estabelecer em dispositivo especial as normas que devem ser observadas em relação à investigação, testes em

vacinas, uso de placebo, consentimento informado, entre outros aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos.

CAPÍTULO IV

Prevenção, Controlo e Tratamento

SECÇÃO I Prevenção e Controlo

ARTIGO 22º

(Testes de detecção dos anticorpos anti-VIH)

1. É proibida a realização de testes para o diagnóstico de infecção por VIH/SIDA de forma obrigatória, salvo nos seguintes casos: a) quando, por orientação do médico, o qual consta no expediente clínico, exista necessidade de se efectuar o teste para fins exclusivamente relacionados com a saúde do paciente, a fim de contar com um melhor diagnóstico para o seu tratamento; b) quando se trate de doação de sangue e hemoderivados, leite materno, sémen, órgão e tecidos humanos; c) quando se requeira para fins processuais penais e com prévia ordem da autoridade judicial competente. 2. Os exames serológicos do VIH/SIDA a menores de idade só são realizados mediante a permissão dos pais ou responsáveis legais do menor que, para o efeito, devem ser informados da necessidade do teste e prestam o seu consentimento escrito para a realização do exame, salvo as excepções previstas na presente lei e na legislação em vigor, respeitando-se sempre o interesse superior da criança.

SECÇÃO II

Tratamento e bio-segurança

ARTIGO 23º

(Sangue seguro)

1. É dever do Estado garantir sangue seguro, ficando obrigado a indemnizar as pessoas que eventualmente forem contaminadas por sangue e/ou seus derivados não previamente testado nas unidades hospitalares públicas. 2. Os produtos sanguíneos para transfusão devem obedecer as normas do Centro Nacional de Sangue. 3. A transfusão de sangue em inobservância do disposto no número anterior é punível nos termos do nº 2 do artigo 15º da presente lei.

ARTIGO 24º

(doação de sangue e órgãos)

1. As pessoas infectadas pelo VIH/SIDA não devem doar sangue e/ou seus derivados, leite materno, órgãos ou tecidos para uso terapêutico, salvo no âmbito de investigações científicas. 2. A violação ao disposto no número anterior é punível nos termos do nº 1 do artigo 15º da presente lei.

ARTIGO 25º

(Mecanismos de monitorização e controlo)

O Ministério da Saúde deve estabelecer mecanismos uniformes de controlo e registo apropriados para vigilância epidemiológica que garantam o anonimato e todas as outras situações excepcionais previstas por lei e/ou a definir segundo orientações da Organização Mundial da Saúde.

ARTIGO 26º

(Laboratórios)

Os laboratórios ou bancos de sangue onde se realizem exames para diagnósticos de VIH devem estar devidamente registados na Direcção Nacional de Saúde Pública e estarem obrigados a manter um sistema actualizado de registo e informação para as autoridades sanitárias.

ARTIGO 27º

(Medicamentos)

1. Cabe ao Ministério da Saúde padronizar os anti-retrovirais a serem utilizados em cada estágio da infecção e da doença, assim como regulamentar a sua comercialização. 2. Os medicamentos anti-retrovirais – ARV são financiados pelo Estado. 3. A propaganda de medicamentos ou tratamento para a SIDA deve obedecer às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

ARTIGO 28º

(Lixo hospitalar)

O Estado deve criar mecanismos para tratamento do lixo hospitalar e material biológico de acordo com as normas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde.

ARTIGO 29º

(Isenções)

Os reagentes, medicamentos anti-retrovirais – ARV, medicamentos de doenças oportunistas, assim como outros materiais adquiridos pelo Estado, directa e exclusivamente utilizados no âmbito da luta contra o VIH/SIDA, ficam isentos de quaisquer impostos ou taxas aduaneiras.

CAPÍTULO V

Disposições Finais

ARTIGO 30º

(Sanções)

A violação ao disposto na presente lei implica sanções disciplinares, civis e criminais, nos termos da legislação aplicável.

ARTIGO 31º

(Dúvidas e omissões)

As dúvidas e omissões suscitadas pela interpretação e aplicação da presente lei são resolvidas pela Assembleia Nacional.

ARTIGO 32º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor 120 dias após a sua publicação. Vista e aprovada pela Assembleia Nacional, em Luanda, aos 24 de Junho de 2004. Publique-se. O Presidente da Assembleia nacional, Roberto António Victor Francisco de Almeida.

Promulgado aos 11 de Outubro de 2004.

O Presidente da república, JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS.

Linha do tempo

BRASIL

1980

Boletim Epidemiológico reporta o primeiro caso de aids no Brasil.

1982

Ano no qual, segundo a mídia brasileira diria em 1983, ocorreram os primeiros casos de infecção pelo HIV ocorridos no Brasil. Antes falava-se apenas em brasileiros contaminados no exterior.

1983

Estado de São Paulo cria o primeiro programa de aids do país.

O Grupo Gay “Outra Coisa” realiza uma das primeiras campanhas de informação, distribuindo folhetos.

1985

Portaria do Min. da Saúde divulga as diretrizes para o programa de controle da aids.

É fundada a GAPA, primeira ONG voltada exclusivamente para o combate ao HIV.

1986

Fundada a Comissão de Assessoramento em AIDS (CNAIDS).

Fundada a ABIA, primeira ONG liderada por um soropositivo assumido, o sociólogo Betinho.

Aids passa a ser doença de notificação compulsória.

1988

Criação do Programa Nacional de Aids no âmbito do Min. da Saúde.

Início da distribuição de medicamentos para as doenças oportunistas pelo sistema público de saúde.

Primeira Campanha do Programa Nacional de Aids é lançada para o Carnaval.

1989

Realizado o primeiro encontro de ONGs voltadas para a aids em Belo Horizonte.

1993

Assinado o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o “Projeto de Controle da Aids e DSTs”, conhecido como AIDS I.

1996

Início da implementação nacional da distribuição gratuita e universal de antirretrovirais.

1997

Morre o sociólogo Betinho.

2000

Acontece, de 06 a 11 de novembro, no Rio de Janeiro o Fórum 2000 – 1º Fórum e 2ª Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST.

2001

No Brasil, é implantado a Rede Nacional de Laboratórios para Genotipagem. Organizações médicas e ativistas denunciam o alto preço dos medicamentos nos países em desenvolvimento. Algumas patentes começam a ser quebradas pelo governo brasileiro.

2004

Duas importantes lideranças transexuais, a advogada e militante Janaína Dutra e a ativista Marcela Prado, que colaboraram com o Programa Nacional de DST e Aids, morrem. Foi lançado o algoritmo brasileiro para testes de genotipagem. Em Recife, ocorre três congressos simultâneos: o V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/Aids, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids e o I Congresso Brasileiro de Aids.

2005

O tema do Dia Mundial de Luta Contra a Aids no Brasil aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra.

2008

É concluído o processo de nacionalização de um teste que permite detectar a presença do HIV em apenas 15 minutos. Fiocruz pode fabricar o teste, ao custo de US\$ 2,60 cada.

ANGOLA

1985

Primeiros casos da doença são notificados no Hospital Américo Boavida em Luanda.

1987

Criado o Programa Nacional de Luta contra a Sida (PNLS), que lança uma campanha de prevenção conhecida como “O Sida Mata!”.

1988

O Jornal de Angola lança a primeira série de reportagens de cunho científico sobre a aids, “O que é o SIDA?”, publicada em quatro partes.

1991

Com a abertura política, funda-se a Associação Angolana de Luta contra a SIDA (AALSIDA), a primeira organização civil de luta contra a aids em Angola.

1994

A proliferação de ONGs contra o HIV dá origem à necessidade de criação de uma rede que possa articular essas organizações. É fundada a Anaso.

1997

O médico venezuelano Alberto Stella chega a Angola com uma missão de saúde italiana.

1998

ONUSIDA abre escritório em Luanda.

ONG Luta pela Vida (LPV) inicia suas atividades.

1999

É criada a Junta Nacional de Saúde, conhecida popularmente como Junta Médica, órgão responsável por enviar para o exterior pessoas que necessitam de tratamento contra o HIV e outras doenças.

Alberto Stella funda um consultório de atendimento aos soropositivos nas dependências da ONG Luta pela Vida (LPV).

2000

É lançada a campanha ‘Dar poder às mulheres para o sexo seguro’, que visava explicar às trabalhadoras de sexo informações sobre o HIV e as formas de prevenção, com ênfase no preservativo. Várias ONGs participaram, como LPV e Acção Humana, dentre outras.

2002

Fim da Guerra Civil

Criado o Comité Nacional de Luta contra o HIV/Sida e Grandes Endemias, dirigido pessoalmente pelo Presidente da República, José Eduardo dos Santos.

Em outubro o programa de TV ‘Nação Coragem’ inicia a série de reportagens ‘Sida, o retrato de uma epidemia’. A entrevista de Maria Geovety de Brito, a Soraya, vai ao ar em novembro.

Marchas de reivindicação pelo tratamento aos soropositivos.

2004

Fundação do Hospital Esperança, o primeiro especializado em HIV no país.

Assinada pelo presidente da República a Lei 08/04, a lei do VIH.

2005

O Programa Nacional de Luta contra a Sida transforma-se no Instituto Nacional de Luta contra a Sida.
Morre o ativista Audy Domingos.

2007

Morre Maria Geovety de Brito, a Soraya.

Ano de Aceleração na Luta contra a Aids. Mudanças na metodologia de estatísticas de soroprevalência.

O mandato de Alberto Stella na ONUSIDA termina e ele deixa o país.

O Stop Sida vai ao ar pela primeira vez.

2015

Ducelina Serrano deixa o cargo de Diretora do INLS. Dra. Lúcia Furtado assume o posto.

BIBLIOGRAFIA

Referências (Livros):

- ALLEN, Tim. **Why don't HIV/AIDS policies work?** Journal of International development 16, pp.1123-7, 2004.
- ALMEIDA, Eugénio da Costa. **Angola: potência regional em emergência.** Lisboa: Edições Colibri, 2011.
- BAINES, Gary. **South Africa's' Border War': Contested Narratives and Conflicting Memories.** Bloomsbury Publishing, 2015.
- BALDWIN, Peter. **Disease and Democracy: The industrialized world faces AIDS.** Berkeley: University of California Press, 2005.p.3
- BATES, Robert H. **When things fell apart: state failure in late-century Africa.** New York: Cambridge University Press, 2008.
- BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, vol. 1, no. 1, 1991. p. 7-11.
- BITTENCOURT, Marcelo. **As eleições angolanas de 1992.** In: TEL, Irati, v. 7, n.2, pp. 170-192, jul. /dez. 2016.
- BITTENCOURT, Marcelo. **Nacionalismo, Estado e guerra em Angola.** In: A questão nacional e as tradições nacional-estatistas no Brasil, América Latina e África. FGV, 2015
- BONGAARTS, John. **Late Marriage and the HIV Epidemic in Sub-Saharan Africa.** Population Studies 61:73-83, 2007.
- CAHILL, Lisa Sowle. "AIDS, Justice, and the Common Good" in **Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention**, ed. James F. Keenan. New York: Continuum, 2000.
- CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico.** 4ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CARNEIRO, Henrique Figueiredo. **AIDS: a nova desrazão da humanidade.** São Paulo: Escuta, 2000.
- CHABAL, Patrick & VIDAL, Nuno. **Southern Africa: civil society, politics and donor strategies. Angola and its neighbours – South Africa, Namibia, Mozambique, Democratic Republic of Congo and Zimbabwe.** Luanda/Lisbon: Media XXI & Firmamento, 2009.
- DE COCK, Kevin; MARUM, E; MBORI-NGACHA. **A serostatus-based approach to HIV-Prevention and Care in Africa.** The Lancet 362, pp.1847-9, 2002.
- DIAZ, Ricardo Sobhie. **A história de uma doença. Os primeiros 30 anos da epidemia pelo HIV e a ciência por detrás da história.** São Paulo: Permanyer Brasil, 2012.
- ENGEL, Jonathan. **The epidemic: A global history of aids.** HarperCollins e-books, 2007.
- FOSTER, George. **Disease etiologies in non-western medical systems.** In: American Anthropologist 78:773-82, 1976
- FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: **Ditos e Escritos.** Forense Universitária: 2003.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade:** vol.1 – A vontade de saber. 17ªed. São Paulo: Graal, 2006.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade:** vol.2 – o uso dos prazeres. 11ª ed. São Paulo: Graal, 2006b.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica de Poder.** 16 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

- FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder In: DREYFUS, Hubert., RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel. O Uso dos Prazeres e as Técnicas de si. In: **Ditos e Escritos.** Forense Universitária: 2003.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel. Técnicas de Si. In: _____. **Estética, Ética y Hermenêutica.** Trad. Angel Gabilondo. Obras esenciales, v.III Paidós: Barcelona, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir.** 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999. Disponível em: http://escolanomade.org/wp-content/downloads/foucault_vigiar_punir.pdf .
- FRANCIS, Richard C. **Causes, proximate and ultimate.** Biology and Philosophy. Outubro 1990, Vol. 5, artigo 4, pp. 401–415.
- GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- GAO, *Foreign Assistance: Combating HIV/AIDS in Developing Countries*, GAO/NSI-AD 92-244.
- GIANNECHINI, Letícia Goldenberg. **In(ter)venções da prevenção a aids: Produzindo éticas e sujeitos.** Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2005.
- GILL, Peter. **Body Count: How they turned AIDS into a catastrophe.** Profile Books, 2006
- GLOBAL WITNESS. **Os homens dos presidentes.** Março de 2002. p.12. Disponível em: <https://www.globalwitness.org/en/archive/all-presidents-men/> (Acessado em 28/12/2017).
- GRAY, Peter. **HIV and Islam: Is HIV Prevalence Lower Among Muslims?** In: *Social Science and medicine* 58: 1751-56, 2004.
- GRAY, Ronald H., Maria J. Wawer, Rob Brookmeyer, Nelson K. Sewankambo, David Serwadda, Fred Wabwire-Mangen, Tom Lutalo. **Probability of HIV-1 Transmission per Coital Act in Monogamous, Heterosexual, HIV-1 Discordant Couples in Rakai, Uganda.** *Lancet* 357:1149–5, 2001.
- GREEN, Edward C. **Rethinking AIDS prevention: learning from successes in developing countries.** Westport: Praeger Publishers, 2003.
- GUNN, Albert, HANSEL, Nancy. **AIDS in Africa.** Washington, D.C.: Foundation for Africa's Future, 1988. pp. 31-32.
- HALPERIN, Daniel; EPSTEIN, Helen. **Concurrent Sexual Partnerships Help to Explain Africa's High HIV Prevalence: Implications for Prevention,** in *Lancet* 364, 2004.
- HEYWOOD, Linda. **Unita and ethnic nationalism in Angola.** *The Journal of African Studies.* Volume 27.
- HEYWOOD, Mark. **HIV and AIDS: from the perspective of human rights and legal protection.** In: SISASK, A. (ed.) *One step further: response to HIV/Aids.* Stockholm: Sida, 2000.
- HSU, Lee-Nah. **Building Dynamic Democratic Governance and HIV-Resilient Societies,** Bangkok:UNDP, 2004.pp. 3-4.
- HYDEN G; COURT, J.; MEASE, K. **Making sense of governance: empirical evidence from 16 devolving countries.** Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2004

- INGSTAD, Benedicte. **The cultural construction of AIDS and its consequences for prevention in Botswana.** In: *Medical Anthropology Quarterly* 4:28-40, 1990
- KAMWI, Richard, KENYON, Thomas; NEWTON, Gary. "PEPFAR and HIV Prevention in Africa." *Lancet* 367:1978-79.
- KOWALEWSKI, Mark R. **All Things to All People: The Catholic Church Confronts the AIDS Crisis** Albany: State University of New York Press, 1994.
- KUPER, Jenny. **Law as a tool: the challenge of HIV/AIDS.** Londres: Crises States Research Center, London School of Economics and Political Science, 2004
- LANCETTI, Antônio. **Saúdeloucura** v.1. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LOURO, Guacira L. Teoria Queer – uma política pós-identitária para a educação. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, ano 9, jul./dez. 2001, p. 541-553.
- MAIER, Karl. **Angola: promises and lies.** London: Serif, 2007
- MANN, Jonathan, "Global AIDS: Epidemic at a Crossroads," 11/1/89, NC AIDS papers, AIDS Hearings, Box 1: "Testimony and Statements," 8/30/89-1/25/90.
- MARTIN, James W. **Historical dictionary of Angola.** Rowman & Littlefield, 2018
- MEREDITH, Martin. **The Fate of Africa: From the Hopes of Freedom to the Heart of Despair, a History of Fifty Years of Independence.** PublicAffairs, 2005
- MILLER, Patricia. **The Lesser Evil: The Catholic Church and the AIDS Epidemic.** Conscience. 2001.
- MORAN, Sarah. **Scrutinizing the Signs of Times: the Catholic Church, Moral theology, and the Hiv/Aids Crisis.** *All Regis University Theses.* Paper 546, 2009.
- MOURISCA, Dom Francisco de Mata. **A sida mata? Depende do seu coração.** Uíge, 2001.
- MURPHY, Elaine; GREENE, Margaret; MIHAILOVIC, Alexandra; OLUPOT-OLUPOT, Peter. **Was the ABC Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV?** In: *PLoS Medicine* 3:e379, 2006.
- NARDI, H. **Trabalho e Ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)** [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- NASCIMENTO. Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX. Tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- OLTRAMARI, Leandro Castro. **A Biopolítica da AIDS: Formas de Prevenção ou Controle?** Florianópolis: Percursos, 2003.
- ORTEGA, Francisco. **Amizade e Estética da existência em Foucault.** Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- POKU, Nana K; SANDKJAER, Bjorg. **HIV/AIDS and the african state.** In: POKU, Nana K; WHITESIDE, Alan; SANDKJAER, Bjorg. *AIDS and governance.* Hampshire: Ashgate, 2007
- PAIVA, Vera (org). **Em Tempos de AIDS.** São Paulo: Summus, 1992.
- PEREIRA, José Maria Nunes. **O paradoxo angolano. Uma política externa em contexto de crise (1975-1994).** Luanda: Kilombelombe, 2015
- PINHO, Adriana de Araújo. **Trocas afetivo-sexuais e econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- PRADO FILHO, Kleber. A política das identidades. In: **Foucault e o cristianismo.** Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

- PARKER, Richard. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- PELESSIER, Rene. **Angola: Physical and Social Geography, Africa South of the Sahara 1983-1984**. Londres: Europa Publications London, 1983
- PERLONGHER, Néstor. **O que é a Aids**. Ed. Brasiliense. São Paulo: 1987.p.10.
- RADFORD, Jill; RUSSELL, Diana E. H. (orgs). **Femicide: The politics of woman killing**. New York: Macmillan Publishing Company: 1992.
- Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA. REPÚBLICA DE ANGOLA. (GARPR, 2014).
- Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS, 2012.
- ROBERTS, Janine. **Glitter & Greed: The Secret World of the Diamond Empire**. Disinformation Books, 2007
- ROCHA, Solange. **O Jeito de Levar a Vida: trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 1995.
- SANTOS, Abel Manuel dos. **HIV/SIDA: Imperativos de ação pastoral, a partir de que perspectiva?** Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, Novembro de 2001.
- SOGGE, David. **Sustainable Peace: Angola's Recovery**. SARDC Southern African Research and Documentation Centre, Zimbabwe, 1992
- STONEBURNER, Rand L.; LOW-BEER, Daniel. **Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda**. In: Science 304:714-18, 2004.
- STRAND, Per. **“Comparing AIDS governance: A research agenda on responses to the AIDS epidemic”** In: POKU, Nana K; WHITESIDE, Alan; SANDKJAER, Bjorg. AIDS and governance. Hampshire: Ashgate, 2007
- SUMBELELO, Emilio. **A prevenção do HIV nos pronunciamentos da Igreja**. Palestra apresentada no Congresso Pastoral sobre HIV/Sida em Benguela, novembro de 2001. Disponível: <http://www.mh2.dds.nl/port/sida/sumbelelosida.htm>
- SWIDLER, Susan Cott; WATKINS, Ann. **Hearsay Ethnography: Conversational Journals as a Method for studying Culture in action**. Poetics 37:162-84, 2009.
- TRINITAPOLI, Jenny; WEINREB, Alexander. **Religion and aids in Africa**. New York: Oxford University Press, 2012.
- VAN DE WALLE, Nicolas. **African economies and the politics of permanent crisis, 1979-1999**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- VIDAL, Nuno. **Angolan civil society activism since the 1990s: reformists, confrontationists and Young revolutionaries of the ‘Arab spring generation’**. Review of African Political Economy, 42: 143.
- VITILLO, Robert. **Desafios teológicos postos pela pandemia global de HIV/sida**. Palestra Grupo de estudos teológicos sobre HIV/Aids da Boston College (EUA), 23 de março de 1994. Disponível em: <http://www.mh2.dds.nl/port/sida/vitillo.htm>
- WAWER, Maria J., Ronald H. Gray, Nelson K. Sewankambo, David Serwadda, Xianbin Li, Oliver Laeyendecker “Rates of HIV-1 Transmission per Coital Act, by Stage of HIV-1 Infection, in Rakai, Uganda. Journal of infectious diseases 191:1403-09, 2005.
- WUTHNOW, Robert. **Meaning and moral order**. Berkeley: University of California Press, 1989.

Videografia:

LEARNING to wait. Direção: Star Media Institute. Ideia Original: Akimana Audrey. Nairóbi, 2010.

INTERTWINED destinies. Roteiro de Fredrick Gakpara. Ideia Original: Muhunga Yave. Nairóbi. 2011.

STIGMA: Direção: Star Media Institute. Roteiro: Alice Muigai. Ideia Original: Tinashe Gwakuka. Nairóbi. 2011.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. A história de Pupa (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2010. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. Amor de mãe (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2013. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. Auto discriminação (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2013. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. Camisinha (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola. 2010. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. O seguro morreu de velho (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2008. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. Os perigos do sexo oral (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2010. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. A infecção (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2013. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. Infidelidade ao extremo (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2013. Programa de TV.

PREVENÇÃO À AIDS. **Stop Sida**. Nem tudo que parece é... (Quadro “Estorieta”) Luanda: TV Pública de Angola, 2012. Programa de TV.

THE PRECIOUS pearl: Direção: Star Media Institute. Roteiro: Samuel Muigai. Ideia original: Madjinanem N. Fabbienne. Nairóbi. 2011.

TRUE Love. Direção de Star Media Institute. Ideia original: Kalifa M. Soulama. Nairóbi, 2008.