

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

Carolina Peres Terra

**TRÂNSITO DOS SUJEITOS, TRÂNSITO NOS SUJEITOS QUE
COMPÕEM A RESPOSTA À AIDS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS:**

**Um estudo sobre pertencimentos religiosos e
outras disposições no espaço de atenção à epidemia**

Porto Alegre, Julho de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

Carolina Peres Terra

**TRÂNSITO DOS SUJEITOS, TRÂNSITO NOS SUJEITOS QUE
COMPÕEM A RESPOSTA À AIDS NO MUNICÍPIO DE PELOTAS:
Um estudo sobre pertencimentos religiosos e
outras disposições no espaço de atenção à epidemia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientador:
Prof. Dr. Bernardo Lewgoy

Co-orientador:
Prof. Dr. Fernando Seffner

Porto Alegre, Julho de 2011

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos deste trabalho são a todos que colaboraram de alguma forma para a produção da monografia, entre instituições, professores e amigos. Minha formação em pesquisa teve apoio financeiro com uma bolsa de iniciação científica da Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FAURGS; bem como o apoio de uma bolsa subsidiada pelo projeto Respostas Religiosas à Epidemia de HIV/Aids no Brasil (coordenado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA e financiado pelo U.S. National Institute of Child Health and Human Development), auxílios que permitiram o aperfeiçoamento de meus estudos. Ainda é preciso agradecer ao Observatório Interdisciplinar de Direitos Humanos do Instituto Latino-Americano de Estudos Avançados da UFRGS, cuja infra-estrutura proporcionou um espaço de estudos e produção.

Sou profundamente grata aos pesquisadores do projeto citado pelas oportunidades de debate e aprendizado, das quais percebo que meus interesses são frutos – alimentados generosamente. Assim, agradeço a Richard Parker, Veriano Terto Jr., Vera Paiva, Luís Felipe Rios, Ívia Maksud, Miguel Muñoz-Laboy, Jonathan Garcia e Fernando Seffner. A este, sobretudo, sou grata por me ‘encaminhar’ por este trajeto, e pelos ensinamentos e orientações ao longo do curso. Agradeço também ao Bernardo Lewgoy, pelas importantes indicações de leitura e por aceitar orientar este trabalho. Pela troca constante e companheirismo, agradeço aos colegas de pesquisa Luana Emil e Marcello Múscari, este que, durante a maior parte da graduação, foi meu parceiro em turno integral.

Pela amizade, pela ajuda, pelos comentários a esse trabalho e por todas as discussões acaloradas nos encontros para relaxar e por todas as descontrações que invadem os debates, agradeço à Gabriela Giovannini, à Gabrielle Araújo, ao Guilherme Stein e a um Mário Pogliã distante. Sou grata às nossas cervejinhas, cantorias, comilanças e encontros sempre frutíferos, em diversos sentidos.

Agradeço aos meus queridos, pelos deliciosos encontros e pelos ouvidos e ombros ao longo da bagunça que foi este último ano, TCC incluso. E pela bagunça também, em certos casos. À Luíza, por todas as caminhadas desopilantes e pela sua santa paciência, posta à prova nos últimos tempos.

Aos meus pais, Gilce e Eugênio e aos meus Gus, Ju e Du, agradeço pelo apoio, pelo carinho, pela amizade e pelos momentos de silêncio que propiciaram a confecção desta monografia – que não são muito abundantes, nós sabemos, numa família tão calorosa, divertida e musical (ainda bem!). Durante o período de escrita, me foram muito importantes os debates de almoço, as conversas de cafezinho, os programinhas pra relaxar. O clube do picadinho cuida dos seus, e sou grata por fazer parte dele.

Agradeço, enfim, ao pessoal da resposta à aids em Pelotas, por terem participado deste trabalho, dividindo uma parte de suas vidas e me permitindo conhecer parte de suas preocupações, das quais sou herdeira. Meu envolvimento com a epidemia é, em grande medida, consequência dos seus envolvimento, que me apresentaram a este espaço e a esta realidade.

RESUMO

As respostas institucionais à epidemia de aids na cidade de Pelotas/RS – tanto públicas quanto da sociedade civil – formam o conjunto da resposta local, e os sujeitos que as constituem se percebem como uma rede coesa de atenção à aids. A presente monografia trata das relações que conformam esse conjunto, a partir da percepção do trânsito dos sujeitos entre diferentes instituições. Esses sujeitos atuam no espaço de atenção à epidemia informados por diferentes pertencimentos englobantes, que definem valores através dos quais se situam no mundo – entretanto, esses pertencimentos não excluem a possibilidade de disposições diferentes e até contrárias por parte dos sujeitos, em termos de contradições sociais mais amplas. Apresento quatro desses sujeitos envolvidos na oferta de serviços de atenção à epidemia, e a maneira pela qual seus pertencimentos religiosos informam sua atuação em aids, em relação com outras disposições, a partir do conceito de ethos privado não-confessional, proposto por Luiz Fernando Dias Duarte. Assim, o trabalho visa tratar das relações dos sujeitos que conformam essa coesão da resposta municipal, baseado em sua dinamicidade; bem como do espaço que os pertencimentos religiosos de alguns desses sujeitos têm ocupado na constituição dessa resposta.

Palavras-chave: resposta à aids, Pelotas, pertencimento religioso.

CONVENÇÕES

O uso de aspas duplas e grafia em itálico (“*eu repensei isso também, que não é muito diferente o discurso*”; “*rede de atenção à aids*”; “*humanizar*”) marcam as citações das falas dos interlocutores em situações de entrevistas e conversas, de acordo com áudios gravados e anotações no diário de campo. Quando a citação da fala é longa, é reproduzida com recuo, grafada em itálico.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Domínio do poder público	21
Figura 2 - Domínio das ONGs/aids	24
Figura 3 - Domínio das instituições religiosas	27
Figura 4 - Conjunto da resposta local.....	28

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. CONHECENDO O CONJUNTO DA RESPOSTA À AIDS EM PELOTAS.....	12
1.1. A EPIDEMIA E O MUNICÍPIO.....	12
1.2. O CAMINHO PERCORRIDO E OS DOMÍNIOS.....	15
1.2.1. O domínio do poder público.....	19
1.2.2. O domínio das ONGs/aids.....	22
1.2.3. O domínio das instituições religiosas.....	26
2. DO CONJUNTO AOS SUJEITOS: AS INTERSECÇÕES, RELAÇÕES E O TRÂNSITO.....	28
3. DOS PERTENCIMENTOS RELIGIOSOS E OUTROS VALORES ESTRUTURANTES.....	34
3.1. FALAR DE AIDS, FALAR DE RELIGIÃO.....	34
3.2. OS SUJEITOS E O ETHOS PRIVADO NÃO-CONFSSIONAL.....	38
3.2.1. O que é “ <i>ser cristão</i> ”.....	38
3.2.2. Quando os discursos não são tão diferentes.....	41
3.2.3. Questões de ciência e de saúde pública.....	43
3.2.4. O lado físico e o papel social.....	46
3.2.5. O caso contado.....	48
CONCLUINDO.....	51
REFERÊNCIAS.....	54

INTRODUÇÃO

Com um interesse de pesquisa que se metamorfoseia e vai adquirindo novos sentidos ao longo do tempo, o foco deste trabalho parece ganhar um contorno bem fixado somente agora, que a monografia já está pronta. O trabalho, por fim, trata das relações entre os sujeitos envolvidos na oferta de serviços - tanto públicos quanto da sociedade civil - na resposta à aids na cidade de Pelotas, e de como alguns de seus pertencimentos religiosos informam sua atuação nesses espaços. Primeiro, o objeto era outro. O processo de ir e voltar a campo, perceber e apreender outras relações; retomar as entrevistas e então ouvir o que antes passou despercebido; visitar e consultar inúmeras vezes o caderno de campo, reconstituir na memória a situação garante que sempre haja algo de novo pra pensar, mesmo - ou ainda mais - depois de algum tempo e finalizado o trabalho de campo.

No contexto da pesquisa Respostas Religiosas à Epidemia de HIV/Aids no Brasil, o primeiro interesse, mais amplo, pela cidade de Pelotas era justamente mapear as “respostas religiosas” produzidas nesse âmbito - trata-se de uma categoria bastante ampla, que abrangia respostas vinculadas a instituições religiosas e seus posicionamentos, mas também respostas de sujeitos pertencentes a alguma dessas instituições, ou até de sujeitos cujos pertencimentos religiosos influenciam na atuação em aids. Também participei como bolsista de iniciação científica no projeto Consolidando o Pensamento sobre Direitos Humanos na Perspectiva dos Países do Cone Sul, no componente de estudos sobre liberdades laicas. Foram dois projetos que, em determinado momento, se sobrepuseram e, nessa situação de intersecção entre projetos comunicantes, estudar a cidade de Pelotas e buscar suas “respostas religiosas” consistia num assunto privilegiado também para pensar o tema da laicidade¹ - que, já adianto, não foi a perspectiva abordada nesta monografia.

Entretanto, ir a campo e conhecer os sujeitos envolvidos na resposta à aids mostrou como seria inviável manter esse foco, uma vez que a realidade é mais dinâmica. A partir do campo, e ao longo do processo de escrita, a idéia de “resposta religiosa” ganhou uma moldura formalista, a qual não poderiam se enquadrar facilmente as iniciativas dos sujeitos envolvidos,

¹ Ora, universos religiosos mantêm interesse e atenção sobre dimensões como a sexualidade, e temas imbricados, já que, segundo Duarte, essas dimensões compõem sua inevitável dieta terrena - é uma forma de relação singular devida ao caráter singular que a religião e a sexualidade assumem em nossa sociedade (2006, p.66). Em casos como o da aids, o interesse e atenção a dimensões da sexualidade são tornados questões de saúde pública, e o conceito de laicidade pode ser uma ferramenta útil para analisar interações, reivindicações e tomadas de decisão nesse campo.

sem deixar de lado a riqueza das relações. Buscando encontrar as iniciativas religiosas, percebi como estão imbricadas e vinculadas a outras formas de iniciativas através dos sujeitos, e assim, passou a fazer sentido olhar para a dinâmica dessas relações e para o conjunto das iniciativas. A circulação dos sujeitos por diferentes instituições – o que chamarei de trânsito – constitui o cerne a partir do qual desenvolvo essa monografia, todavia, logo no início do trabalho de campo, foi um aprendizado fascinante. Perceber essa forma de relação, que eu não esperava encontrar, foi reconhecer um conjunto de atenção à aids no município que se apresentava muito rico, com sobreposições curiosas.

Assim, cada vez mais foi me parecendo frutífero pensar a atuação dos sujeitos em termos relacionais, e, em um segundo momento, já familiarizada com a idéia que a resposta municipal se constitui enquanto unidade através da circulação e vínculos dos sujeitos, outros interesses de pesquisa puderam tomar uma forma mais clara. Um deles é entender de que maneiras os sujeitos lidavam de forma descomplicada no espaço de atenção à aids com duplos pertencimentos, não só institucionais, que a princípio, pareceriam contraditórios. Pertencer a uma religião implica, em alguma medida, carregar certas disposições – de compreensão do mundo e, portanto, de comportamento – informadas pelo guia de orientação e de leitura do mundo que determinado universo religioso propõe. Ainda assim, esses pertencimentos abarcam, ou não excluem a possibilidade de disposições diferentes e até contrárias às informadas por determinada confissão da qual se pertence. A maneira como alguns sujeitos atuam coerentemente no espaço de atenção à aids, mesmo que informados por diferentes disposições, passa a ser um foco de análise. Talvez possa parecer que essa é uma questão de pesquisa mais minuciosa e, alguns diriam, até mais antropológica. Mas somente me foi possível acessar e reconhecer esses processos, para então buscar entendê-los, depois de compreender onde e a partir de quais relações esses sujeitos atuavam. É ao entender suas relações no conjunto da resposta que se coloca a questão de como lidam com diferentes pertencimentos.

Se ao longo da escrita dessa monografia a pesquisa ganha alguma conclusão, é também nesse processo que me aproprio da própria experiência de pesquisa. As discussões, produções, planejamentos e o trabalho de campo foram sempre, em diferentes medidas, o que considero um trabalho conjunto, da equipe de pesquisa – que se encontra devidamente citada nos Agradecimentos. Dentro da pesquisa maior na qual comecei minha iniciação científica, o

que era chamado de ‘estudo de caso de Pelotas’ era uma atribuição majoritariamente minha². Foi a partir do estudo de caso que pude produzir este trabalho, com interesses reformulados, e num esforço mais individual, mas ainda assim, um de seus frutos. Situar esta monografia como um fruto, mais ou menos conclusivo, do estudo de caso no qual estive envolvida toda minha graduação, e em torno do qual se deu minha formação em pesquisa, lhe reforça o caráter de trabalho de conclusão de curso, literalmente.

Essa experiência de pesquisa só é minha em relação com outros, e também me apropriado aqui do trabalho de campo que, mais fundamentalmente, existiu na interação com os sujeitos voltados para a resposta à epidemia. Não estou me propondo a representar esses sujeitos, ou traduzir suas realidades, mas a produzir uma análise comprometida a um campo de saber específico, a partir das relações construídas em campo, e parte dessa construção está calcada no fato de que sou simpática a eles em suas atuações. Uma vaga análise da etimologia da palavra ‘simpatia’ indica para algo que caracteriza a prática etnográfica: provem de *sympátheia*, do grego, composto pelo prefixo *sym*, que significa com, co-, junto, sintético; e pelo substantivo (a raiz) *páthos*, que significa paixão, veiculando a idéia de sentir, de afecção³. Sentir junto, co-paixão, ou ainda com afecção, sendo afetado. Não da mesma forma que são os sujeitos, isso é uma impossibilidade, mas pelas mesmas razões.

Em proporção à minha qualificação e ao tempo disponível no período da graduação, a proposta da pesquisa parece demasiado ambiciosa. Por exemplo, perceber, entre os sujeitos, que espaços ocupam seus pertencimentos religiosos na atenção à epidemia é buscar acessar um ponto bastante íntimo, e por vezes, não muito definido. Como as pessoas vivenciam as disposições informadas por pertencimentos é um processo constante, de negociações contínuas, e nem sempre passa por uma delimitação racional de quais pertencimentos ou posições de sujeito informam tais decisões e ações. A busca de compreensão desses processos dependeu da etnografia – que permitiu que me situasse no tom e no ritmo das relações e pudesse conhecer posicionamentos concretos na ação em aids dos sujeitos de Pelotas – e das entrevistas, ou seja, das verbalizações desses sujeitos sobre o assunto. As entrevistas que realizei se encaixam na definição de não-diretivas e de atenção flutuante, segundo Thiollent (1980), pois ao propor o tema, permite que o entrevistado discorra sobre ele de forma livre,

² Por motivos de afinidade e interesse, assim como os outros bolsistas tinham outras pesquisas pelas quais eram responsáveis, mas sempre houve cooperação e participação da equipe e, claro, orientação do professor coordenador da pesquisa.

³ Esta breve análise encontra respaldo na seção da tese de doutoramento em Psicologia de Adriane De Simone que define as palavras (e a distinção entre) “empatia” e “simpatia” (2010. p.9-15).

enquanto o entrevistador se mantém numa postura de atenção flutuante, de acordo com a exploração do interlocutor e estimulando-a sem questionamentos forçados. Tomo as seguintes palavras de Luiz Fernando Dias Duarte para explicar, além do curto período de tempo e da minha curta experiência, as limitações desse trabalho:

Quaisquer análises sobre questões tão íntimas enfrentam grandes dificuldades metodológicas. As representações nativas certamente não se encontram linearmente transpostas nas racionalizações a posteriori a que o pesquisador tem acesso no campo, e a observação direta de processos tão longos, constantes, fluídos e inconscientes não é fácil, nem unívoca. (2006, p.87)

Por fim, gostaria de tratar de uma questão formal antes que se possa prosseguir para o desenvolvimento dos assuntos aqui apresentados. Faço uso, ao longo do trabalho, de ‘aids’ em letras minúsculas. AIDS surgiu como sigla de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (referente à língua inglesa – Acquired Immunodeficiency Syndrome), mas tem sido usada como um substantivo, o nome da doença. Para Castelar de Carvalho (2003, p. 42) algumas siglas “criadas e socializadas linguisticamente, passam a ser sentidas pela massa falante como verdadeiras palavras novas, capazes inclusive de gerar derivados.”, como aconteceu com a palavra aids, que motivou o neologismo, que agora se busca tirar de circulação, *aidético*. O órgão internacional da ONU usa a palavra aids em letras maiúsculas, enquanto o órgão público nacional brasileiro – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – a trata em minúsculas. Meu alinhamento é coerente ao uso que faz essa instituição.

Na clássica apresentação geertziana dos momentos de “estar lá” e “estar aqui”, o autor sugere a escrita da etnografia como uma verbalização da vitalidade, e que entre esses dois momentos não existe uma representação mimética, mas um trabalho de imaginação (GEERTZ, 2005). Assim, os capítulos que se seguem emprestam sua organização do caminho da pesquisa, feita mais ou menos simultaneamente em campo, na revisitação do material, e na escrita. O primeiro capítulo indica por que reconhecer as variadas respostas à aids como um conjunto no município, para em seguida sistematizá-lo por suas instituições. O segundo capítulo, mais breve, analisa as relações em que os sujeitos estão inseridos e o trânsito que realizam, conformando esse conjunto e borrando suas fronteiras. Apresento uma sistematização da dinâmica do conjunto da resposta pelotense, cuja intenção é tornar apreensível o trânsito dos sujeitos, quais espaços estão circulando, e por isso mesmo, constituindo. O que está posto é que todos os sujeitos envolvidos no espaço de atenção à

epidemia têm sua atuação embasada, informada a partir de disposições e de pertencimentos variados. Então, em um terceiro momento, analiso como os pertencimentos religiosos de quatro dos sujeitos da resposta local informam sua ação no campo da aids – em relação com outras disposições e pertencimentos englobantes – tendo em mente quais são as relações que os situam nesse campo. Finalizo com uma conclusão que aponta para as negociações da realidade ao lidar com as temáticas que a atenção à aids propõe, atualizadas através do trânsito dos sujeitos e dos pertencimentos a diferentes condições englobantes vivenciados pelos sujeitos.

1. CONHECENDO O CONJUNTO DAS RESPOSTAS À AIDS EM PELOTAS

1.1. A EPIDEMIA E O MUNICÍPIO

O cenário das relações que pretendo descrever aqui é uma cidade portuária no sudeste do Rio Grande do Sul, de porte médio pra os padrões do estado⁴. Ainda assim, a cidade tem um aspecto bastante tranqüilo, que pude sentir ao andar por suas ruas – embora essa atividade se fizesse por vezes um tanto confusa. Os casarões restaurados e transformados em bancos, restaurantes e até uma academia, ao lado dos casarões antigos e sem restauração são o retrato das reminiscências de um passado próspero – no século XIX foi um importante centro econômico, devido à produção de charque. Hoje em dia, é uma importante cidade universitária para o estado, e é comumente lembrada por seus doces de origem portuguesa. Um traço marcante é a sua forte epidemia de aids: é essa Pelotas que ocupa o 26º lugar do ranking de cidades⁵ com maior taxa de incidência de casos de aids no Brasil.

É importante esclarecer: de acordo com o conhecimento médico, a aids é a doença causada pelo vírus do HIV e uma pessoa pode portá-lo por anos sem desenvolver a enfermidade. Então, a taxa de incidência se refere aos casos de aids notificados, ou seja, somente aqueles em que a doença aids já se manifestou, e não inclui os números daqueles que apenas são portadores do HIV. O Rio Grande do Sul é o estado com a maior taxa de incidência do país: 41,2 casos de aids a cada 100.000 habitantes. A cidade de Pelotas tem a taxa ainda maior, sendo de 44,3, segundo as últimas informações divulgadas, no Boletim Epidemiológico de julho de 2008 a junho de 2009. É essa taxa que a põe no 26º lugar do ranking brasileiro, e ainda que esse número abarque pessoas de municípios menores que se testam e se tratam em Pelotas, a taxa continua sendo alta.

Posso dizer que essa forte epidemia tem uma forte resposta no âmbito do município, a partir de iniciativas de organizações governamentais como o Programa Municipal de DST/Aids e os serviços de saúde; e da sociedade civil, como organizações não-governamentais e até interesses e atividades individuais. São variadas respostas à epidemia,

⁴ De acordo com as informações mais recentes, o Censo Populacional 2010 do IBGE, sua população é de 327.778 habitantes.

⁵ Acima de 50.000 habitantes, conforme o último Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde.

que certamente correspondem e vêm de instâncias diferentes, mas aqui serão reconhecidas como componentes de um conjunto, um “complexo mosaico” segundo Mann e Tarantola (apud GALVÃO, 2000, p.16), cujas instituições e sujeitos estão em relação – esse conjunto corresponde à *resposta municipal à aids*. Os sujeitos envolvidos percebem suas atuações enquanto complementares e inseridas em uma “*rede de atenção à aids*” existente em Pelotas, como me foi dito diversas vezes. Reconhecer essas iniciativas como um conjunto, conformando *uma* resposta – assim como fazem os sujeitos envolvidos e faço eu nessa monografia –, se faz relevante pela responsabilidade que tem a instância político-administrativa do município na construção da resposta brasileira à aids.

O município é, de fato, a instância mais importante na realização das ações em saúde pública num geral – é a principal responsável pela saúde de sua população. Em Pelotas, a prova disso é que dentre os 63 estabelecimentos públicos de saúde, 6 são federais, 2 são geridos pelo estado e os restantes 55 são de responsabilidade municipal⁶. Foi em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde que esse papel foi postulado: o princípio de descentralização político-administrativa prevê responsabilidade e autonomia na gestão, no financiamento e na prestação de serviços por parte do município. A idéia é que os serviços de saúde sejam oferecidos de acordo com as necessidades de sua população específica⁷. Embora o financiamento ainda esteja bastante centralizado no âmbito federal, como indica o trabalho de Menicucci (2007), a maioria das responsabilidades foi descentralizada: cabe à união formular políticas nacionais de saúde, mas não realizar as ações. Quanto aos estados, a autonomia para criar políticas próprias está aliada às responsabilidades de fiscalizar e coordenar⁸.

Assim, a mesma lógica se segue na prestação de serviços de saúde em aids: eles são oferecidos pelo município. A construção da resposta à epidemia atinge um nível de atenção global, a partir órgãos como a UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – e seus documentos que falam ao mundo todo. Esta macro-resposta é cenário para o posicionamento de continentes inteiros, de países com diferentes estratégias de

⁶ Conforme o Censo de 2010 do IBGE, disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

⁷ Para mais detalhes, consultar os verbetes “Descentralização” (p. 115) e “Municipalização” (p. 215-216) do manual “SUS de A a Z” do Ministério da Saúde.

⁸ Uma de suas principais funções é a de participar e coordenar o processo que orienta a descentralização: a criação de regiões de saúde. Essas regiões são formadas a partir da pactuação de responsabilidades de maneira complementar entre municípios próximos. Isso quer dizer que, quando um município não possui todos os serviços dos quais sua população precisa, os usuários são encaminhados para os serviços de referência, em uma cidade próxima. Essa divisão de responsabilidades é pactuada de acordo com a disponibilidade dos municípios e, dessa forma Pelotas é considerado um pólo na sua região, atendendo a usuários do SUS de outros municípios, e possui um Centro de Saúde de Referência em aids – o Hospital-Dia.

enfrentamento, sendo que a do Brasil se propõe calcada no marco dos Direitos Humanos e respondendo aos princípios do SUS como universalidade e descentralização. Herbert Daniel⁹, ainda no início da história da doença, apontava para como a “nossa” epidemia se desenvolveria de um jeito muito próprio

Bem próprias de nossa cultura sexual, bem próprias dos nossos recursos materiais e simbólicos para enfrentar as doenças e a saúde, bem próprias dos nossos preconceitos e de nossa capacidade de exercer a solidariedade. A Aids se inscreve em cada cultura de um modo distinto. Cada cultura constrói a sua Aids própria e específica. Bem como as respostas a ela. (1989, p. 23)

Se a resposta à aids se constrói de maneiras específicas – ainda que guiada por diretrizes nacionais e internacionais –, a ação em saúde em aids se concretiza no âmbito municipal. Segundo o relatório final do Fórum Virtual sobre DST/Aids – Prevenção na Rede, produzido em 2009 pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais):

Como é comum nos processo de operacionalização de políticas públicas, percebe-se uma distância entre o que preconiza a política (diretrizes, manuais, planos) e o que é executado por organismos governamentais e não governamentais, no contato com cada realidade social. (...) É importante considerar que, com a descentralização, nos últimos anos a implementação da política de prevenção se complexificou. As ações deixaram de ser executadas por indução direta da esfera federal e passaram a ser pactuadas nos níveis locais, demandando a conformação de redes locais que viabilizem a implementação da política, respondendo às necessidades diferentes de cada contexto. (Relatório Final, p. 36)

As diretrizes se concretizam no município, na realização do tratamento, da prevenção e da assistência, muitas vezes pela atuação de organizações não-governamentais. A descentralização na resposta brasileira à epidemia se estende para além da distribuição de responsabilidades no sentido crescente à medida que se desce no nível de gestão: ela se estende também para a sociedade civil. A resposta da política pública nacional vem se constituindo, desde o seu início, com forte participação deste setor, e se pode dizer, inclusive, que começou com ele – uma das primeiras reações à aids no país, em 1981, veio da mídia, que ainda que veiculasse matérias de teor preconceituoso, foi a primeira a oferecer informação sobre a doença, (BESSA, 2002; GALVÃO, 2000), ainda antes de ter surgido o primeiro caso

⁹ Herbert Daniel foi guerrilheiro, escritor e uma grande liderança na resposta à epidemia, em nome da solidariedade, da vida, e combatendo a “morte civil”.

no Brasil, que foi diagnosticado em 1983. Conforme os mesmos autores, logo em seguida, grupos gays organizados cobraram providências no campo da saúde pública no ano de 1983, e a partir dessa pressão que foi criado o primeiro programa de aids no Brasil¹⁰.

Conforme Leal (2008), o que embasa a valorização da participação da sociedade civil na política nacional de aids são a proposta de descentralização e a idéia de que movimentos de base, porque pertencentes à população alvo, produzam ações adequadas a ela. Essa valorização também está ligada à capilaridade, que permitiria acesso a populações que o Estado não poderia atingir sozinho. Portanto, as ONGs/aids, enquanto agentes da sociedade civil com maior atuação e parcerias com a política pública brasileira de aids, são de grande importância na esfera municipal. Em sua maioria, essas ONGs seguem o padrão de organização administrativa das agências públicas: atuam dentro de seus municípios, se organizando em fóruns estaduais de ONGs e, numa terceira instância, promovem encontros nacionais das ONGs/aids. Além disso, é comum que atuem conjuntamente com o Estado, por atender demandas públicas indicadas por ele e que prestem serviços específicos financiados por editais do governo¹¹. É com a atuação dessas organizações que muitas diretrizes públicas se realizam na prática – ou seja, é um trabalho que se faz sentir localmente. Sendo assim, tanto no sistema de saúde pública, quanto na sociedade civil a instância municipal é de importância central na resposta à aids, sendo *onde tudo acontece*.

1.2. O CAMINHO PERCORRIDO E OS DOMÍNIOS

No município de Pelotas pude conhecer os lugares e alguns dos sujeitos que fazem a resposta à aids acontecer. A idéia aqui é que as instituições e sujeitos voltados à epidemia dentro da fronteira municipal – mas que se encontram em relação com diretrizes nacionais e

¹⁰ O primeiro programa de aids do país foi criado no estado de São Paulo. A criação de um órgão nacional, o que hoje conhecemos como Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, data de 1986.

¹¹ Segundo Ana Cláudia Teixeira (2002), ONGs/aids tem mais relações de prestação de serviços e de parcerias com o Estado do que de relações de pressão e monitoramento. Embora este não seja o tema tratado neste trabalho, devo dizer que essa é uma mudança geracional entre as ONGs/aids – diferentes períodos da política nacional conformam a nossa história da política de resposta à aids, conforme Parker (1997, p. 11). As primeiras ONGs criadas na década de 80, ainda em um contexto muito arraigado de luta democrática e em um momento em que a resposta da política pública era quase nula, tinham uma atuação política e uma postura de cobranças e monitoramento mais sistemática, em uma época em que o acesso a recursos financeiros era restrito. Sobre isso, ver a categorização de Galvão (2000) que identifica que em meados da década de 90 vão surgindo variadas formas de cooperação, com maior ênfase na prestação de serviços – principalmente depois do financiamento do Banco Mundial em 1993. Reconhece-se um amplo predomínio da forma de “projeto” para canalizar recursos, baseados em intervenções comportamentais específicas para prevenção, o que a autora identifica com uma ação mais asséptica e menos ativista em relação à epidemia.

internacionais de atenção à aids, que pautam tanto as ações da sociedade civil, quanto as das instituições de poder público – conformam a resposta local. Esse conjunto é algo próximo da construção analítica que Carlos Guilherme do Valle, em sua pesquisa feita na cidade do Rio de Janeiro, chama de “mundo social da aids”¹² – este seria

... composto de prédios, hospitais, laboratórios, centros de testagem, ONGs, grupos gays, agências governamentais, entidades religiosas, etc. Esse mundo reúne uma heterogeneidade de pessoas relacionadas entre si por meio de interações de diferentes tipos e por meio de vários níveis sociais. (2002, p. 181)

O caminho que percorri ao ser apresentada a essa resposta começou com algumas indicações de informantes, que foram se multiplicando a cada entrevista ou conversa e levando aos próximos lugares a serem visitados. A tentativa de entender as relações do conjunto da resposta local implicou uma etnografia heterogênea, ou o que o autor chamou de multilocalizada (VALLE, 2002, p.182) – talvez seja melhor dizer uma etnografia *de* trânsito. Passar algumas tardes nas ONGs, no Programa Municipal, em serviços de saúde entre a sala de espera e o tempo livre que os funcionários concediam à pesquisa, foi o caminho de um roteiro sugerido de pessoa a pessoa, e que na medida em que fui seguindo, em diferentes idas a campo, fui me percebendo adentrar em algo como um círculo completo e fechado, ou uma rede densa em que os sujeitos se referenciavam uns aos outros. Morando em outra cidade, alguns eventos sobre o tema da aids foram momentos privilegiados da pesquisa de campo, promovendo uma imersão no tema e a participação nas mesmas atividades, ao mesmo tempo que propiciaram momentos mais descontraídos de conversa, como intervalos e almoços, numa pausa do trabalho¹³. A participação e a etnografia desses eventos – um seminário em Pelotas, e outros dois aqui mesmo em Porto Alegre – somadas ao trajeto percorrido nas instituições da cidade, ou seja, a partir das observações multilocalizadas e em situações variadas dessa etnografia *de* trânsito, pude me familiarizar com a resposta municipal.

Conhecer suas instituições e seus vínculos significa conhecer seus sujeitos e as intersecções que estes promovem – os sujeitos carregam as instituições. Assim, o processo de conhecer a resposta local à epidemia de aids é atento para o trânsito que esses sujeitos

¹² Faço a ressalva de que a minha pesquisa de campo foi feita junto aos sujeitos que ofertam os serviços, e, portanto, as relações dos usuários soropositivos com esses serviços não são abordadas nessa monografia, como é o caso da pesquisa do mundo social da aids do autor referido.

¹³ Em todo momento esteve bastante claro meus interesses de pesquisa, condição que é fundante de toda e qualquer relação estabelecida com os sujeitos da resposta local à aids, mas que não impede um convívio em situações em que isso não esteja tão marcado.

realizam entre diferentes instâncias – estabelecendo relações – e para as negociações individuais, como diferentes pertencimentos de cada sujeito se ajustam na sua atuação em aids, objeto do segundo capítulo.

Passado o primeiro momento de percorrer e ser apresentada a esse conjunto de iniciativas que desde o princípio me pareceram interligadas e sobrepostas, foi possível sistematizar uma divisão analítica que oferecesse uma visualização das intersecções e trânsitos que extrapolam os limites institucionais. Essa sistematização, que é algo próxima de uma imagem aérea, não se pretende absoluta e tampouco correspondente a uma realidade inteiramente apreensível em um esquema – não proponho que haja uma totalidade para ser desvendada; ela não passa de um recurso analítico a partir do qual pude reconhecer o conjunto da resposta municipal e reconstruí-la enquanto tal neste processo de escrita. O esforço de tornar apreensível a maneira como reconheço que as instituições e sujeitos estão interligados e em relação, a partir na noção de *domínios* a ser apresentada, parte da idéia de que se configuram fronteiras na resposta municipal, mas de maneira bastante porosa. O olhar para o conjunto permite, nesse trabalho, que se entenda a dinâmica de trânsito dos sujeitos, suas intersecções – ou seja, construir uma imagem total é, de alguma maneira, ilustrar a reação coletiva à epidemia nessa instância.

Pelotas tem quatro ONGs/aids, sendo duas delas religiosas; um Programa Municipal de DST/Aids antigo, com serviços associados sendo até Centro de Referência na área, e iniciativas individuais. O recurso conceitual que uso para sistematizar as relações entre essas instâncias de atuação da resposta à aids é a noção de *domínio*.

Domínios equivalem a esferas de ação que compreendem em si instituições e agentes individuais, e que configuram princípios de ação comuns. A resposta municipal de Pelotas é constituída, então, pelo domínio do poder público, pelo domínio das ONGs/aids e pelo domínio das instituições religiosas. Essas esferas de ação correspondem a áreas de pertencimento, e um exemplo de princípio de ação característico do domínio do poder público, enquanto área de pertencimento, seria a valorização do uso da camisinha como principal meio de prevenção, a busca pela universalidade e pela equidade. A atuação dos sujeitos no campo da aids é pautada pelo pertencimento a determinado domínio.

Essa noção de domínio abarca uma perspectiva simbólica, em que o domínio, porque é área de pertencimento, é também um princípio de identificação, pelo qual seus sujeitos se reconhecem. Essa noção remete ao conceito cultural de território, em que a perspectiva

simbólica também é o central. Território seria um princípio de identificação, um atributo da identidade e dela construtor: território é pertencimento. Segundo Bennemaison e Cambrèzy (apud HAESBAERT, 2004, p.73), “Pertencemos a um território, não o possuímos, guardamo-lo, habitamo-lo, impregnamos dele”. O território, e o que proponho como domínio, seria um produto da valorização simbólica de um grupo, mais ou menos coeso, em relação ao seu espaço vivido, a sua experiência de atuação em aids.

Sendo assim, os domínios são formas de pertencimentos (se pertence ao domínio do poder público, por exemplo), abrangendo o espaço das instituições que o compõem e as relações dos sujeitos – mantidas dentro e fora dessas áreas, entre si e com os outros –, bem como suas ações, a partir da valorização simbólica dessas relações e desse espaço vivido, enquanto experiência. O mais importante aqui é ressaltar que cada sujeito responde à diversos pertencimentos, referentes à classe, ao gênero, à religião, à formação profissional, à cor, e aqui proponho que pertencer a um domínio, enquanto instância de atuação, é também uma forma de identidade. Se é mulher e católica e agente de saúde em aids, sem que alguma dessas posições seja a regente das outras (não há um pertencimento primeiro, que alinhe todos os outros ao seu redor e que determine todas disposições comportamentais). Essas diferentes posições de sujeito podem ser conflitantes, em termos de contradições sociais que perpassam os indivíduos, mas os pertencimentos coexistem coerentemente nas ações desses sujeitos, como indica a discussão do próximo capítulo.

A situação que reconheço em Pelotas, e que será apresentada logo em seguida, já de acordo com a sistematização dos domínios, é de sujeitos, e até instituições, que pertencem a mais de um domínio, e por isso, respondem a mais de um princípio de ação – eles são atravessados por diferentes pertencimentos, ocupam diferentes posições de sujeito. O que importa aqui é perceber como esses sujeitos – porque ocupam diferentes posições – extrapolam esses domínios, essas áreas de pertencimento, estando presentes em mais de um deles, transitando entre eles. Nesse sentido, a noção de domínio me permite enfatizar as diferenças de propostas e princípios das agências envolvidas, mas somente para mostrar o quanto essas fronteiras se fazem porosas na ação dos sujeitos, que carregam múltiplos pertencimentos de forma ajustada, sem que algum desses pertencimentos se perca na medida em que se fazem concessões – há espaço para reservas dentro de condições englobantes¹⁴.

¹⁴ Um exemplo disso são reservas de dúvidas adotadas em relação às determinações de uma religião da qual se pertence, assunto tratado por Duarte, Jabor, Gomes e Luna (2006), e que receberá mais atenção no segundo capítulo desta monografia.

1.2.1. O domínio do poder público

A principal instituição do domínio do poder público é o Programa Municipal de DST/Aids – a ele estão vinculados os outros serviços. O Programa foi criado em 1996¹⁵, dentro do Departamento de Acompanhamento de Projetos da Secretaria Municipal de Saúde. A sede do Programa fica localizada no espaço físico da Secretaria, embora nos fundos do prédio, em uma construção à parte. É uma pequena sala, onde trabalham seis pessoas: coordenadora, vice-coordenador, e consultoras em adesão; em informática e epidemiologia; em populações vulneráveis; e em monitoramento e avaliação. Ao entrar, a sensação é de que a sala é ainda menor, pois a área onde ficam os computadores é escondida por um armário de ferro, que dá a sensação de ser o limite da sala, e porque cada espaço é ocupado.

A sala é repleta de caixas de insumos, cartazes de campanhas do governo nas paredes marcadas pelo mofo, mapas das áreas da cidade, fotos pessoais e até brinquedos que sobraram de uma atividade com crianças soropositivas. No topo de uma das prateleiras lotadas havia ao lado de um dinossauro de brinquedo, um modelo de material plástico do sistema reprodutor feminino – o equivalente do sistema reprodutor masculino havia sido roubado. Entre tudo isso, o telefone toca, se passa alguma informação, tira uma dúvida e pede pra passar ali mais tarde. Chega alguém na porta, é atendido discretamente e sai de lá com camisinhas. O telefone toca de novo. A circulação dos próprios funcionários é apertada dentro desse espaço exíguo que é a instituição central do domínio do poder público.

Depois de acostumar o olhar a essa sala, me restou a persistente impressão de que ela é um exemplo do que a epidemia de aids mobiliza – não se trata somente da doença em si e de preservativos, mas carrega tantos outros aspectos de interação, como o fluxo de gente, campanhas, planos, intenções, um pouquinho de cada um no muro pessoal, caixas, livros, brinquedos, e uma caixa de camisinhas avulsas logo ao lado de uma imagem de Nossa Senhora Aparecida fixada na mesa.

O trabalho dos funcionários do Programa passa por promover capacitação em recursos humanos, campanhas de prevenção e material informativo, realizar consultorias, eventos e ações de promoção do controle social. De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2007-2009

¹⁵ Muito embora só tenha passado a ter serviços associados em 1998, com a criação do Serviço de Atendimento Especializado e do Hospital-Dia.

(p. 80), são três áreas de atuação: 1. Promoção, Prevenção e Proteção; 2. Diagnóstico, Tratamento e Assistência; 3. Desenvolvimento Institucional e Gestão. Nesse mesmo Plano, estão listados cinco *serviços* atrelados ao Programa Municipal de DTS/Aids. Passarei a apresentar, brevemente, essas outras instituições do domínio do poder público.

O Serviço de Atendimento Especializado para pacientes com HIV – SAE – foi inaugurado no ano de 1998 e é responsável pela distribuição e controle dos medicamentos antiretrovirais, atendendo a pacientes que são encaminhados quando conhecem seu status sorológico positivo. Também realiza exames de monitoramento e dispensa alguns cuidados de enfermagem. Ele está situado no espaço da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, mas fica separado do Ambulatório, em um pequeno prédio térreo com sinalização discreta. É interessante que nem o SAE nem o Programa Municipal condensavam os números da epidemia em Pelotas, na época em que a pesquisa foi feita. A farmacêutica do SAE pode me dar uma estimativa de quantas pessoas estavam tomando a medicação em agosto de 2008: cerca de 800 pessoas, sendo a maioria homens¹⁶.

Outro serviço atrelado ao Programa Municipal é o Centro de Testagem e Aconselhamento, que entrou em funcionamento em 1991, pra oferecer a testagem do HIV e aconselhamento pré e pós-teste, encaminhando os pacientes para o SAE no caso do resultado do teste ser positivo. A sala do CTA fica em um prédio no centro, na mesma rua da ONG Gesto e bastante próximo à Secretaria de Saúde. Há também o Hospital-Dia, fundado em 1998, que é um centro de referência em aids na região. É localizado no Hospital-Escola da UFPEL, também no centro da cidade, no qual uma pequena equipe atende os pacientes. Estes recebem o tratamento para sua doença e permanecem apenas algumas horas internados – atende pacientes com outras condições crônicas, mas principalmente à pacientes doentes de aids.

O quarto serviço vinculado ao Programa Municipal seria o Programa de Redução de Danos, criado no ano de 2001. Realiza atendimentos a domicílio e nas ruas – nos quais se vacina contra a hepatite B e se distribuem kits de redução de danos – e nesses encontros encaminham os usuários de drogas injetáveis aos outros serviços, para teste e tratamento de DSTs e aids. Por último, o quinto serviço do Programa Municipal, segundo o Plano de Saúde 2007-2009, seriam as ONGs Vale a Vida, Gesto e Pastoral da Aids: “As 3 ONGs existentes

¹⁶ Esta estimativa se deve ao fato de que nem todas as pessoas cadastradas fazem uso da medicação regularmente.

fazem parte da rede de apoio a coordenação municipal e aos usuários.”. A cidade conta com mais uma ONG/aids, que não está reconhecida no Plano: a Olojukan. Esta ONG possui parcerias com a Secretaria de Saúde, com outras ONGs/aids e participa de todos os eventos sobre o tema, motivo pelo qual me pareceu estranha sua ausência nessa listagem do Plano de Saúde. Entretanto, falando com o pessoal do Programa Municipal de DST/Aids pude entender que essa ONG ainda é lembrada como uma organização que atua com a população negra e pobre através da anemia falciforme – seu foco desde 2003 –, e não tanto através da aids, que passou a fazer parte de sua atuação (embora em peso, devo dizer) em 2005. O gráfico a seguir representa as instituições que compõem o domínio do poder público.



Figura 1 - Domínio do poder público

Todas essas instituições pertencentes ao domínio do poder público funcionam a partir da lógica discursiva dos Direitos Humanos, que reconhece a saúde enquanto um direito universal e fundamental¹⁷. As diretrizes nacionais e internacionais que prevêm o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção da saúde, sua proteção e recuperação, são o principal ‘cartão de visita’ no domínio do poder público – ainda que essas diretrizes se concretizem diferentemente no âmbito local, elas informam um princípio de ação que se busca levar a cabo no município.

No caso do HIV/aids, a proposta comum na qual os sujeitos deste domínio identificam sua atuação é de promoção de saúde, prevenção e assistência, de maneira igualitária, livre de discriminação e preconceito. Não se estabelecem recomendações e maiores cuidados

¹⁷ Para mais detalhes sobre a noção de saúde como direito fundamental nos discursos oficiais, veja o Artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988; o Artigo 10 - Direito à Saúde – do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; e o verbete ‘Saúde/conceito’ no manual ‘O SUS de A a Z’ (2009, p.337, 338).

referentes à necessidade de casamento para o ato sexual, ou à aceitação da família, ao número de parceiros, ao sexo e gênero dos parceiros: a única restrição à atividade sexual proposta nessas instituições – e carregada por seus sujeitos – seria referente à livre concessão do ato sexual, e ao uso da camisinha (ainda que a noção de livre consentimento carregue tensões, como o limite da pedofilia). A idéia é de que, em seu trabalho, não há espaço para julgamento.

Além dos Direitos Humanos, a biomedicina seria o interlocutor socialmente considerado mais legítimo para tratar de assuntos referentes à saúde, e configura os princípios de ação dessas instituições. Outras formas de ação e terapêutica – outros sistemas de cura – se não desacreditados, são até considerados complementares, mas não entram no rol de serviços oferecidos ou indicados. Ora, ao falar de aids nada é diferente, e a biomedicina é reconhecida como aquela detentora da verdade sobre esta realidade – ou algo próximo disso, como um conhecimento que se amplia e que caminha sempre em direção à verdade, descobrindo fatos que não estavam antes acessíveis. Cabe aqui rapidamente situar as produções da biomedicina enquanto construções sociais: os fatos científicos devem-se menos a “descobertas do real” antes escondido do que a consensos a respeito de premissas e métodos – uma evidência surge quando há certo consenso entre os pares de que existem dados suficientes para aceitar determinada proposição, segundo Kenneth Camargo (1994). Essas produções estão carregadas de significações “extra-científicas”, e inseridas em sistemas simbólicos, não podendo ser consideradas puras de “assunções nebulosas”, já que a ciência e a biomedicina são também construídas sobre a linguagem. Em seu artigo “AIDS e a AIDS das Ciências”, Camargo aborda o fato de que o conhecimento é baseado em uma série de construções, e a construção dos fatos científicos sobre a aids é, também, a construção da aids em si.

1.2.2. Domínio das ONGs/aids

O domínio das ONGs/aids é composto por quatro organizações em Pelotas: a primeira delas, a Vale a Vida, foi fundada em 1999. Fica numa casa um pouco afastada do centro da cidade, e próxima de uma zona de prostituição – onde um de seus voluntários distribui camisinhas e faz um trabalho de prevenção. Durante o período da pesquisa, umas das principais atividades da ONG eram a distribuição de cestas básicas pelo Programa Fome Zero; um Grupo de Mulheres, em que é feito o acolhimento, se conversa, se dividem dúvidas enquanto um voluntário cuida dos filhos, não necessariamente soropositivos, dessas usuárias.

Outro projeto era o de geração de renda, cujos frutos – fuxicos e sabonetes enfeitados – decoram toda a casa.

A Vale a Vida atendia cerca de cem famílias de um público bastante empobrecido, e para atender todos os usuários, pagar uma assistente social, oficineira, lanches e materiais pra oficina, uma queixa comum entre os voluntários, que surgiu em conversas e entrevistas, é a falta de recursos. A ONG se sustenta através de doações mensais de *sócios* – pessoas da comunidade que apóiam a sua atuação – e do financiamento de projetos, das instâncias federal, estadual e municipal. As condições da casa bastante antiga, com as paredes de pintura gasta e com mofo, contrastam, num primeiro olhar, com as condições da ONG Gesto.

A Gesto GESC – Grupo pela Educação, Saúde e Cidadania foi fundada no ano de 2003, por ex-voluntários da Vale a Vida. Também se sustenta pelo financiamento de projetos pelas instâncias públicas, e tem alguns funcionários contratados, mas a casa é cedida pela FAU – Fundação de Apoio Universitário da Universidade Federal de Pelotas, assim como a luz, a água, a internet – são *facilidades* que de que a Vale a Vida não dispõe. O acesso à ONG é fácil, ao menos para mim que estive hospedada no centro da cidade, e é bastante próxima à Secretaria de Saúde e ao CTA. As principais atividades da Gesto eram de prevenção para o público gay; um projeto de redução de danos e um projeto de empoderamento da mulher – SOS Maria, que conta com a parceria de duas outras ONGs/aids, a Pastoral de DST/Aids e a Olojukan, além de uma instituição anglicana voltada para o auxílio à mães e crianças. A ONG promove também um grupo de adesão ao tratamento antiretroviral, que acontece quinzenalmente no espaço físico da Secretaria Municipal de Saúde.

A terceira ONG/aids da cidade é a Olojukan – significa “*aquele que vê com os olhos do coração*” no idioma yorubá. É uma ONG africanista fundada em 2003, sendo o africanismo apresentado pela sacerdotisa fundadora da instituição como um culto aos orixás, à natureza e à ancestralidade. Sua atuação era voltada para uma doença hereditária que causa má formação aos glóbulos vermelhos do sangue, e que afeta a população negra – a anemia falciforme. Em contato com a população negra e pobre da cidade, a fundadora se sensibilizou para a epidemia de aids, passando a ser também uma ONG/aids a partir de 2005, com projetos financiados. Sua sede mais recente fica numa área bem afastada da cidade, tornando a tarefa de encontrar a rua certa do loteamento bastante complicada até para o taxista que, depois de algumas tentativas, conseguiu nos levar ao lugar certo – a mim e a minha colega.

Devido à sua localização, as atividades são, em maioria, itinerantes. As palestras sobre saúde e as oficinas de trabalhos manuais para geração de renda são feitas nos espaços das próprias comunidades que são atendidas – em paróquias, cooperativas e uma associação de bairro. Somente nas sextas-feiras a oficina de trabalhos manuais acontece na casa da Olojukan, e então é oferecida para as pessoas das comunidades próximas. Durante o resto da semana não há nenhum voluntário ou funcionário na casa.

A Pastoral de Pelotas foi fundada em 2005, por iniciativa de freis capuchinhos da cidade, quando conseguiram mobilizar algumas pessoas para o curso de capacitação. É interessante que a Pastoral de DST/Aids da Igreja Católica foi criada em nível nacional no ano de 2000, quando o presidente da CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – era o atual bispo de Pelotas. Ele teve, portanto, participação ativa, já que a decisão de criá-la ou não passava por seu crivo. A Pastoral de Pelotas não possui uma sede própria e os trabalhos que realiza são palestras em colégios ou paróquias católicas que aceitam tratar do tema da aids.

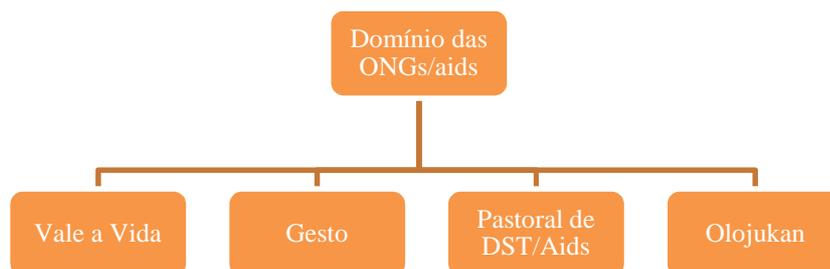


Figura 2 - Domínio das ONGs/aids

O que denomino aqui de ONGs/aids são aquelas instituições que assim se reconhecem – não se trata de instituições que necessariamente trabalham com aids de maneira exclusiva. Esse domínio tem princípios de ação em comum, e parece-me que o principal deles é a busca por acessar populações que o Estado não acessa, os sujeitos se reconhecem fazendo um trabalho *complementar* ao do poder público, que dá cabo a ele e que também inova, por dar assistência a grupos que o Estado não daria, e de forma que o Estado não seria capaz. Claro que para isso há captação de recursos, em uma forma de funcionamento a partir de projetos, principalmente a partir de editais do governo, atendendo demandas públicas. Este ritmo de criação de novos projetos que respondam a uma nova demanda caracteriza o que Galvão chamou de “ditadura dos projetos” (1997, p. 98; 2000, p. 111).

Para os sujeitos de Pelotas, a capilaridade dessas instituições justifica a importância de sua atuação, uma vez que “*as coisas não funcionam como deveriam*”. Uma voluntária da Vale a Vida, que trabalha no CTA, disse

A gente faz as coisas andarem, a sociedade civil na verdade, na medida do ativismo e da união [...] porque a gente sabe, é complicado pra mim enquanto funcionária pública, mas também falar de uma instituição [da sociedade civil], mas a gente sabe que as coisas não funcionam, como deveriam pelo menos. Então eu acho que as ONGs complementam o trabalho que deveria ser dessas instituições.

Outro princípio de identificação do domínio é a acolhida, como sinônimo de cuidado mais integral àqueles já fragilizados pela condição de soropositividade ou de vulnerabilidade acrescida. Trata-se de receber a pessoa soropositiva, lhe dar atenção, lhe dar as informações necessárias (acessórias jurídicas, encaminhamentos) e, por vezes, inseri-la em um *grupo de iguais*, no qual ela pode se sentir à vontade, não-discriminada e será compreendida em suas dúvidas e medos. Esse papel de oferecer uma assistência mais integral configura um princípio de ação, e os sujeitos dessas quatro ONGs reconhecem o trabalho um dos outros como sendo também nesse sentido, complementar aos serviços públicos de saúde. É o trabalho “*de ponta*”, de “*estar junto*”, que busca reforçar a auto-estima, e “*humanizar*”, como diz um voluntário da Gesto. A acolhida carrega em si a noção de solidariedade, que é contrária ao sentimento de pena, mas que reconhece que todos somos afetados de uma forma ou de outra pela aids – noção que sempre esteve presente nos discursos sobre a epidemia, segundo Carlos Guilherme do Valle:

Discursos de solidariedade existiam desde o início da epidemia, mas foram as ONGs/AIDS [no final da década de 80] que sistematizaram seus significados e os tornaram especialmente ideológicos. Criticavam sentimentos de pena, o preconceito e a estigmatização. (p. 193, 2002)

Um exemplo dessa sistematização, que ainda hoje pauta a atuação dessas ONGs, vem da atuação de Herbert Daniel, ao reconhecer que “a solidariedade é uma força política - a única capaz de transformar o mundo” (1989, p.7).

1.2.3. Domínio das instituições religiosas

Assim como o último domínio apresentado, o domínio das instituições religiosas também pertence à sociedade civil. Ele é composto pelas duas ONGs/aids de orientação religiosa da cidade: a Pastoral de DST/Aids, católica, e a Olojukan, africanista, que já foram apresentadas. Neste domínio encontra-se, então, uma parcela institucionalizada da Igreja Católica, embora não represente toda a instituição: a Pastoral é um órgão reconhecido, mas sua atuação nem sempre segue integralmente os posicionamentos da alta cúpula. Sendo assim, a Pastoral de Pelotas – a sede municipal de uma instância institucionalizada e reconhecida dentro da estrutura da Igreja Católica, mas sem representá-la em sua inteireza – em suas palestras informa sobre as formas de prevenção ao HIV, incluindo o uso do preservativo, indicando onde este é disponibilizado. A noção de que a organização hierárquica da Igreja Católica abarca diversidades de posicionamentos e práticas e de que se trata de um sistema cultural polissemicamente rico e diverso é bastante difundida, segundo Brandão (1992, p. 46). Vale dizer que, ao se tratar da resposta à aids, é essa mesma conhecida complexidade e diversidade dentro da unidade que se encontra, como aponta a monografia de Emil (2009) e indica o trabalho de Seffner et al (2009).

No caso da ONG africanista – que foi fundada e presidida por longo tempo por uma sacerdotisa –, ela responde ao posicionamento de uma comunidade religiosa específica, que não representa nenhuma instância superior à qual tenha que se reportar. Segundo Reginaldo Prandi, em seu artigo “As religiões afro-brasileiras e seus seguidores”, “Nas religiões dos orixás, cada terreiro tem plena autonomia administrativa, ritual e doutrinária, e tudo depende das decisões pessoais da mãe ou pai-de-santo.” (2003, p.31). Dessa forma, os terreiros são autônomos e não há uma organização institucional que se proponha a estabelecer estratégias e posicionamentos comuns¹⁸. Sendo assim, o posicionamento da mãe-de-santo fundadora, e de alguns de seus filhos-de-santo que trabalham com ela, se traduz na ONG Olojukan. Trata-se do envolvimento dessa comunidade religiosa, que não tem pretensões de falar em nome do que poderia ser o conjunto da ‘religião africanista’ – uma noção abstrata de totalidade, que seria composta por várias formas de africanismo sem formar uma unidade coesa, como é para a Igreja Católica, por exemplo.

¹⁸ Há sim formação de redes, federações e congregações, mas não se tratam de instâncias reguladoras e de tomada de decisões que falem a todos – o que possibilita uma autonomia maior para os religiosos, conforme Galvão (1997, p. 110).

Uma especificidade neste domínio seriam as iniciativas individuais de religiosos em carregar a temática da aids para dentro de sua instituição religiosa, sem o engajamento formal dessas instituições. Um exemplo disso é a assistente social da Associação Amar: Criança e Família – uma ONG da Igreja Anglicana de Pelotas voltada para auxílio a mães e crianças – que, além de falar sobre prevenção para as usuárias desta ONG, promove palestras sobre aids nos grupos de convivência da “*Igreja Cabeluda*” (como aprendi a chamar a Catedral Anglicana da cidade, quase totalmente coberta por heras) como de jovens e de mulheres, por vezes trazendo voluntários da ONG Gesto, da qual ela mesma é voluntária. Claro que essas ações pressupõem um aval da instituição, mas de fato só são levadas à cabo pelo interesse individual desse sujeito. Um reverendo anglicano partilha do mesmo interesse – se aproximou da aids por prestar visitas a doentes em suas casas e leitos no hospital, e passou a dedicar mais atenção ao tema, participando de seminários e capacitações.



Figura 3 - Domínio das instituições religiosas

É necessário explicar o porquê de essas iniciativas constituírem um domínio: elas têm como princípio embasador de ação o ethos religioso – pensado como disposições éticas ou comportamentais associadas a um universo religioso, conforme Duarte (2005, p. 141). Obviamente cada uma dessas iniciativas está inserida no âmbito de sua própria religião, que remetem a universos de crenças particulares e formas de pertencimento específicas. Entretanto, cada uma delas pode ser reconhecida a partir de um pertencimento religioso, o que é um princípio de identificação, e então pode classificá-las em um único domínio das instituições religiosas.

2. DO CONJUNTO AOS SUJEITOS: AS INTERSECÇÕES, RELAÇÕES E O TRÂNSITO

Como já foi descrito, ocorrem intersecções entre os três domínios que compõem o conjunto da resposta local, como o caso da Pastoral de DST/Aids e da Olojukan, que são tanto ONGs/aids quanto instituições religiosas. A Gesto, a Vale a Vida e a Pastoral aparecem também como parceiras do domínio do poder público, estando vinculadas a este. Proponho um último olhar distanciado da resposta local antes de me deter sobre a interação entre os sujeitos envolvidos: o gráfico seguinte representa o conjunto das instituições voltadas para à aids na cidade, permitindo, como que numa imagem aérea, visualizar a resposta municipal.

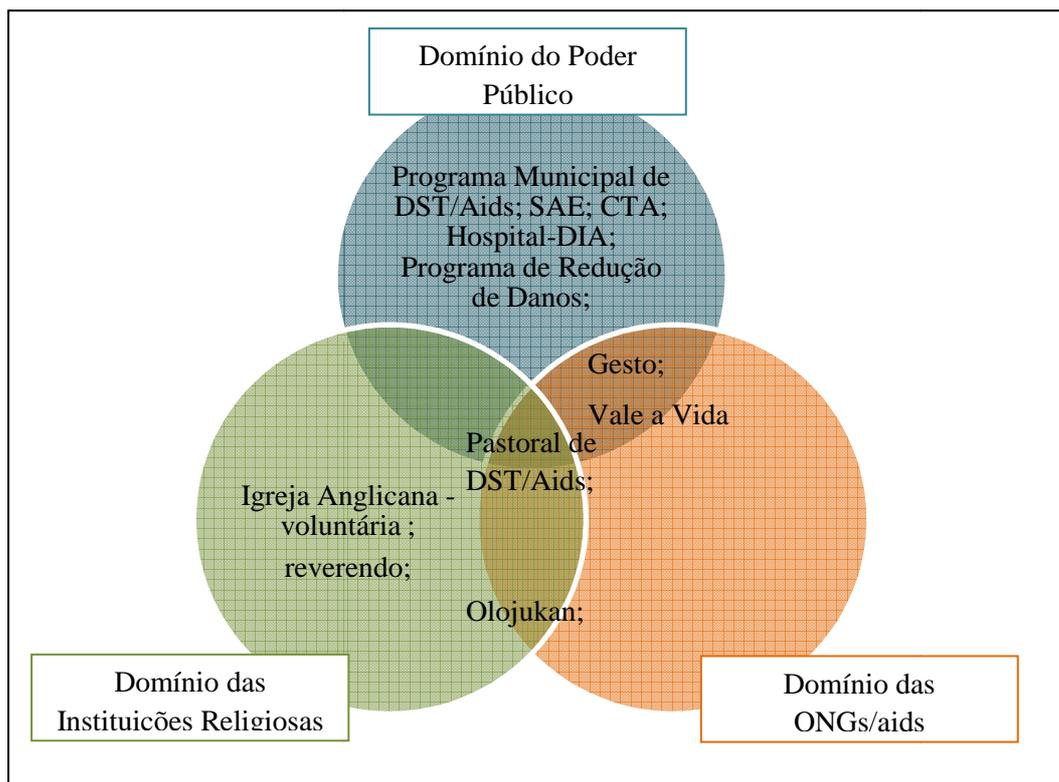


Figura 4 - Conjunto da resposta local

As relações entre as instituições só podem se dar através dos sujeitos, uma vez que estão encarnadas neles, não são independentes daqueles que a compõem. Tendo isso em

mente, agora apresentarei a forma como os sujeitos se situam nas intersecções entre os domínios e atravessam essas fronteiras, a partir do seu trânsito.

A resposta à aids em Pelotas é feita por um número ‘limitado’ de pessoas, que se conhecem e que atuam em mais de um lugar – uma mesma pessoa se faz presente em mais de uma instituição, pertencendo a mais de um domínio. Conhecendo as sedes das instituições percebi que há entre as ONGs, religiosas ou não, alguns voluntários em comum; há também voluntários que trabalham no domínio do poder público. Um exemplo é o pessoal da Vale a Vida: há uma voluntária que trabalha no Programa de Redução de Danos, e uma das fundadoras da organização, ainda voluntária, trabalha no Centro de Testagem e Aconselhamento. Ambas indicam os serviços da ONG em sua atuação profissional, ‘encaminhando’ os usuários, como se faz entre os serviços de saúde do poder público. Outro voluntário desta ONG é também o vice-coordenador do Programa Municipal de DST/Aids.

A ONG Gesto, além de ter sido fundada por um ex-voluntário da Vale a Vida, conta com uma voluntária que trabalha também na ONG de caráter religioso Olojukan, dessa vez como psicóloga contratada para um projeto. Também é voluntária da Gesto a assistente social da associação anglicana Amar, que promove palestras sobre aids nos grupos de convivência da Igreja Cabeluda. Dependendo do grupo, como um grupo de jovens, por exemplo, leva outros voluntários da ONG para realizar as palestras.

Durante o período da pesquisa, na Gesto era coordenado um projeto, visando o empoderamento da mulher, que contava com a parceria tanto da Pastoral – através de sua voluntária que já trabalhou no Programa Municipal –, quanto da Olojukan – através da sua fundadora, que é sacerdotisa na religião africanista – e da associação Amar (que, vale a pena reforçar, não é uma instituição voltada à aids), por meio de sua assistente social anglicana que é voluntária da própria Gesto. A fundadora da Olojukan, ao me contar sobre esse projeto, reforça que o mesmo grupo de pessoas atua conjuntamente em outros eventos coordenados pela Secretaria de Saúde, como as reuniões do Programa de Prevenção à Violência, e que participam juntas nas ações de prevenção que o Programa promove.

Acho interessante chamar a atenção para o fato da Vale a Vida ser a única organização a não possuir vínculo de parceria em projeto com as outras ONGs/aids – por outro lado, vários de seus voluntários são vinculados a instâncias do poder público. É necessário dizer que os voluntários e funcionários da Vale a Vida participam ativamente de atividades em que todas as outras ONGs também estão presentes, e um bom exemplo disso é o culto ecumênico

que acontece desde 2005 no dia 1º de dezembro – Dia Mundial da Luta Contra a Aids. No primeiro ano, ela foi organizada pelos funcionários do Programa Municipal – iniciativa que me pareceu um tanto curiosa em um primeiro momento, o interesse de fazer instituições religiosas participarem da resposta à aids, proporcionando a elas o espaço para um culto. Os próprios organizadores não reconhecem nada de curioso nisso, o que se justifica pela idéia de que as pessoas e instituições religiosas têm sido parceiras na construção da resposta municipal como qualquer outro parceiro, e de fato não tem um estatuto diferenciado. Para além disso, há também o fato de que esses sujeitos reconhecem que a “*dimensão do religioso*” é uma parcela muito importante da vida das pessoas afetadas pela aids, e o interesse em proporcionar um momento de integração. Inclusive, foi justamente o vice-coordenador do Programa quem desempenhou um importante papel de incentivo para a criação da Pastoral na cidade, ao estimular a então funcionária do Programa, que viria a ser a principal voluntária da ONG católica. Ele mesmo católico, embora não se considere praticante, chegou a participar de uma capacitação promovida pela Pastoral.

No primeiro ano, a missa foi realizada na Praça Coronel Pedro Osório, em frente à Prefeitura Municipal no centro da cidade, em que estiveram presentes representantes (que tiveram um momento para fala) e fiéis das religiões afro-brasileiras, católica e anglicana. Esse primeiro culto é lembrado por todos como um momento muito bonito e em que houve, de fato, uma integração. Nos anos seguintes, o culto foi realizado na Catedral São Francisco de Paula, católica, e segundo o pessoal do Programa, não tem sido muito ecumênico. Em 2007, a estrutura do culto foi uma missa: fizeram sua fala no púlpito da igreja apenas representantes da Igreja Católica e Anglicana, e foi apenas depois de suas falas, ao fim da missa, que um pai-de-santo tomou a iniciativa de fazer uma participação, entoando um canto. Voluntários da Vale a Vida e da Gesto fizeram questão de sublinhar esses fatos, concluindo que o culto ecumênico não era tão ecumênico assim. De qualquer maneira, pais, mães e filhos-de-santo participaram e souberam ocupar o seu espaço – de nenhum deles ouvi as críticas sobre o suposto ecumenismo da missa.

Outro evento organizado pelo Programa Municipal é a Parada Gay, bem como as atividades que a precedem. Em agosto de 2008, foi realizado o Seminário de Direitos Humanos, pré-Parada Gay. Foram duas noites no Salão Nobre da Prefeitura, e estiveram presentes, além de estudantes interessados no assunto e pessoal do movimento LGBT, voluntários de todas as ONGs/aids. Um voluntário da Vale a Vida ajudou na organização, através do seu vínculo com o vice-coordenador do Programa, também voluntário. Acho

importante apresentar este seminário, por sua especificidade: na entrada da prefeitura havia dois holofotes móveis, fazendo jogos de luz no céu, em ambas as noites. Na primeira noite, foi discutido a diversidade sexual e os direitos sexuais (a serem respeitados ou ainda conquistados) numa mesa composta por membros da Brigada Militar, um psiquiatra representante do Ministério Público e uma representante da Secretária Municipal de Saúde.

Foi a segunda noite, porém, que gerou mais discussões, tratando do tema “Gênero e Religiosidade”: a mesa era composta por dois pastores evangélicos da Igreja Assembléia de Deus – que afirmaram a possibilidade de cura da aids –, um representante do Espiritismo, um diaconisa da Igreja Adventista – que disse que na sua religião se ajuda a resistir à tentação do sexo homossexual –, uma representante da Igreja Católica e um da então chamada “matriz Africana”, além da travesti coordenadora da Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul. O debate foi bastante tenso, e até confuso, devido ao teor das afirmações que revoltavam a platéia, composta de pessoas que trabalham com aids e militantes do movimento LGBT. Parece-me importante frisar que nenhum desses religiosos que participaram do seminário tem alguma trajetória ou participação na resposta à aids, e que grande parte da tensão no debate se deveu a isso. Embora haja religiosos envolvidos na resposta à epidemia em Pelotas, não sei ao certo se eles não puderam participar das mesas de discussão ou se o interesse para o seminário era justamente trazer alguém ‘de fora’.

O interessante – e que não posso evitar de pensar, só poderia acontecer numa cidade como Pelotas – é que nas duas noites, o seminário foi encerrado com a apresentação de uma travesti, dublando e dançando uma música, ainda dentro do Salão Nobre da Prefeitura, agora com seus próprios holofotes de luz. Em cada noite, aqueles que representavam a ‘oposição’ – os membros da Brigada Militar e os pastores da Assembléia de Deus – foram convidados massivamente para ficarem e assistir ao show. Os primeiros assistiram de braços cruzados e muito sérios, enquanto os segundos não sucumbiram aos pedidos, e deixaram o salão enquanto o público do seminário vaiava.

Outro evento, em que não se apresentou ninguém ‘de fora’, indica o trânsito e a proximidade desses sujeitos que de fato tratam do tema da aids em Pelotas: no 1º Seminário Aids e Religião – RS realizado em Porto Alegre em outubro de 2008, houve uma reunião dos participantes divididos por macro-regiões do estado, e todos os moradores de Pelotas ficaram no mesmo grupo de discussão – assim como eu, que fiz a relatoria. Estavam presentes duas servidoras públicas de cidades próximas, a sacerdotisa fundadora da Olojukan, uma das

fundadoras da Vale a Vida, um voluntário da Gesto que é pai-de-santo de Nação Jeje, e um reverendo anglicano que tem proximidade com o tema pois presta visitas hospitalares e domiciliares a doentes, e assim se aproximou da aids. Uma das questões a serem debatidas no grupo de discussão era quais ações poderiam ser integradas e como fortalecer a rede inter-religiosa na região: ora, o consenso era que em Pelotas as ações já eram integradas, e que os agentes das ONGs e religiosos já compunham uma rede de atenção à aids.

No 1º Encontro Estadual sobre Aids e Religião Afro-Brasileira, ocorrido em 3 e 4 de julho de 2009, encontrei, para minha surpresa, o reverendo anglicano. Ele me disse que estava participando do evento, mesmo que não pertencesse a nenhuma religião afro-brasileira, porque a sacerdotisa fundadora da ONG Olojukan o havia convidado, já que acredita que todos devem se juntar, e ele achou uma iniciativa importante e que “*vale a pena ser prestigiada*”. Esse convite, e a sua aceitação, só faz sentido em um contexto de proximidade, que nesse caso se faz no espaço da resposta à aids. Tal contexto se deve a essa resposta municipal formada por um número limitado de pessoas, que participam das mesmas ações e eventos, que transitam e promovem diálogo entre as diferentes instituições.

Resumidamente, uma mesma pessoa não pertence apenas a uma instituição e a um domínio, mas transita entre eles e se relaciona com outras nesse processo: um funcionário do Programa Municipal é voluntário da Vale a Vida, e já participou de capacitações e projetos com a agente da Pastoral católica. Esta costumava trabalhar no Programa Municipal, e agora atua em parceria em projetos com a instituição africanista Olojukan, com a Gesto e com a assistente social da associação anglicana Amar. Esta mesma é voluntária da Gesto, e promove palestras sobre aids nos grupos de convivência da Igreja Cabeluda. Em seu trabalho, atua em proximidade do reverendo anglicano que presta visitas a doentes, que, por sua vez, participou de um seminário sobre aids e religiões afro-brasileiras, pois foi convidado pela sacerdotisa fundadora da Olojukan – ONG que possui uma funcionária que é também voluntária da Gesto. Esta ONG foi fundada por ex-voluntários da Vale a Vida, instituição em que uma das fundadoras trabalha no CTA, e uma voluntária trabalha no Programa de Redução de Danos – ambos parceiros do Programa Municipal.

Esse trânsito indica para uma situação em que há comunicação fluída entre os domínios, e atravessamentos de pertencimentos nas pessoas. Os três domínios se sobrepõem, e se transita entre eles, tornando suas fronteiras porosas porque se ocupa diferentes posições de sujeito – ou seja, há uma coesão que se atualiza na dinamicidade. Como já foi dito,

algumas podem ser conflitantes, referentes a contradições sociais mais amplas, mas o que se apreende da relação entre os sujeitos da resposta à epidemia em Pelotas, é como diferentes pertencimentos coexistem de forma coerente nas suas ações. É neste contexto da resposta municipal, com tal trânsito, que faz sentido olhar para alguns desses sujeitos e prestar atenção em como suas religiões informam sua atuação em aids, ou melhor dizendo, em como se negociam pertencimentos e interesses que costumam ser vistos como contraditórios. O próximo capítulo busca entender como seus pertencimentos religiosos são acionados e guiam sua atuação neste âmbito e quais são as condições que proporcionam essa atuação de forma acertada com outros pertencimentos.

3. DOS PERTENCIMENTOS RELIGIOSOS E OUTROS VALORES ESTRUTURANTES

3.1. FALAR DE AIDS, FALAR DE RELIGIÃO

Cada um dos sujeitos envolvidos no conjunto da resposta municipal tem ou não um pertencimento religioso, independente de por quais domínios circule. Aqueles que escolhi apresentar aqui têm em comum o fato de sua religião aparecer como tema ou justificativa central ao falar e apresentar sua atuação em aids – importante assinalar que não todos são pertencentes ao domínio das instituições religiosas. Também têm em comum o fato de suas trajetórias e narrativas serem ricas para analisar as convergências que estão em jogo, e que ilustram tão bem a coesão que caracteriza esta resposta municipal. Duarte propõe pensar o fenômeno religioso numa acepção não formalista, ou seja, que não procura entendê-lo a partir do reconhecimento das “denominações religiosas”: o “religioso” é melhor entendido como sentido amplo de visão de mundo (1983b, p. 55), de caráter cosmológico – um guia de orientação dos sujeitos¹⁹. É com base nessa noção que o autor faz uma diferenciação das três dimensões estruturantes do fenômeno religioso, que me ajudam a pensar a situação dos sujeitos da resposta à aids em Pelotas: religião é entendida enquanto pertencimento, ou identidade; religiosidade entendida como adesão, experiência ou crença; e ethos religioso como disposição ética ou comportamental associada a determinado universo religioso (DUARTE, 2005, p.141).

Atenta para a maneira como as religiões desses sujeitos são acionados na resposta à aids e como coexistem com outros pertencimentos que também guiam sua atuação neste espaço, as situações que apresentarei em seguida desafiam expectativas bastante difundidas sobre o papel que um pertencimento religioso tem frente a um espaço de atenção à epidemia, e mostram possibilidades de negociação da realidade. Só faz sentido analisar essas negociações a partir do pressuposto de que a religião dos sujeitos, enquanto pertencimento, não é restrita ao foro íntimo. A noção de separação entre o público e o foro íntimo (paralela à divisão entre sociedade e indivíduo) é vinculada a um ideal de modernidade ocidental

¹⁹ É claro que a nomenclatura é importante e intrínseca ao objeto de análise, mas para “perceber uma configuração de valores, não podemos nos submeter à classificação segmentada dessa categoria.” (DUARTE, 1983b, p. 58), uma vez que há crenças abrangentes e cosmológicas e, portanto, de caráter religioso, ainda que não se apresentem como religião.

(DUARTE, 2006, p.55), no qual o processo de secularização é fundamental. Pierre Sanchis indica como sendo um consenso mínimo sobre uma direção do processo de secularização o fato de que se trata de autonomização das instâncias anteriormente englobadas pela religião e, portanto, a criação correlata de uma “reserva”, ou espaço restrito de interferência da dimensão religiosa: o domínio privado (2001, p. 28).

Entretanto, o pertencimento religioso produz efeitos que se estendem para além desse âmbito, produz efeitos na vida em sociedade, de maneira que não pode ser pensado como restrito ao foro íntimo – mesmo dentro de uma tendência de privatização da experiência religiosa, no sentido de “Uma miríade de religiosidades não-institucionais, da fragmentária e rizomática nova-era a dissidências exóticas das igrejas tradicionais”, como indica Lewgoy (2002, p.4), e também no sentido apontado por Sanchis (2001, p. 37-38) de “crença em Deus sem religião definida”, sem ser institucionalmente regulada, mas sim um cultivo da experiência da “completude individual”. Reitero que, apesar dessa tendência (sem ser tomada como caminho cristalizado de uma ‘religiosidade moderna’, e independentemente de em que grupos sociais ela pode ser reconhecida como mais ou menos difundida), o pertencimento religioso, nas variadas formas que pode assumir, não se restringe ao foro íntimo, em termos de efeitos na vida social. Suas disposições éticas transparecem ou são acionadas em diversos âmbitos, remetendo ao que Seffner chamou de “inevitabilidade da religião como política”:

Um indivíduo é “posicionado” socialmente tendo em vista grande número de atributos, e a religião é um deles, podendo ter um peso maior ou menor, dependendo da sociedade, do período histórico, e da combinação com outros fatores. Ou seja, nenhum de nós atua em sociedade simplesmente a partir de ser um “indivíduo”. Existem enormes diferenças para a vida em sociedade, e diferentes conseqüências políticas, se estivermos falando de um indivíduo homem, branco, na faixa dos 40 anos, de classe econômica abastada, casado, heterossexual, católico; ou se estivermos falando de um indivíduo mulher, negra, na faixa dos 60 anos, de classe econômica pobre, viúva, heterossexual, de religião de matriz africana. (2009, p.4)

Sendo assim, os pertencimentos religiosos também tem efeitos na participação dos sujeitos na construção da resposta à aids. Posso dizer que ao falar desses pertencimentos, nesses termos, suscita-se instantaneamente a idéia de barreira. Ao falar em ‘religião’ e em ‘epidemia de aids’, é bastante comum que o assunto seja recebido com comentários sobre o posicionamento do Papa frente ao preservativo, ou o posicionamento de pastores de igrejas evangélicas que pregam a cura não só da aids, mas da homossexualidade também. Nas mais variadas situações em que comentei sobre meu tema de estudo – de conversas entre amigos

até apresentações de congresso – me vi frente a reações incrédulas, que vão do “Será que as religiões estão fazendo alguma coisa positiva...” até “Isso não pode ser verdade, então eles não são católicos!”.

O que está em jogo nessas expectativas que me foram demonstradas são duas percepções bastante comuns:

1. A acepção de determinado universo religioso enquanto um bloco monolítico, que proporcionaria *uma* linha a ser seguida em termos de crença e obediência à doutrina, caso contrário, não se pertence *realmente* a essa religião. Como já foi brevemente indicado no capítulo anterior (ao tratar das diferentes formas de catolicismo), temos que ter em mente que as doutrinas e a organização institucional não limitam as possibilidades de vivência da religiosidade enquanto experiência; existem muitas formas de se pertencer e se comportar, inclusive dentro da hierarquia de instituições religiosas – um exemplo é que Galvão descreve, em seu artigo “Respostas Religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil” de 1997, indicando que os pronunciamentos da Igreja Católica brasileira, ainda que tenham importância, não são a medida para a atenção que a aids estava recebendo (numa época em que ainda não havia sido criada a Pastoral) – isso dependia do posicionamento e da atenção que lhe davam alguns religiosos, e não a prioridade que lhe dava a hierarquia católica.

Outro exemplo é a percepção da coordenadora do Programa Municipal de Pelotas: “*Depende muito da pessoa [para colaboração com o Programa], o que a gente tem observado é que não é a Igreja em si, ou a religião em si.*”. As instituições religiosas, para além das diversidades possíveis dentro de uma possível hierarquia, não delimitam as formas como as pessoas podem crer, se identificar, e nem de que maneira ela informará as disposições éticas e comportamentais dos sujeitos.

2. A concepção de que o fenômeno religioso é um entrave à modernidade, baseada na razão e na ciência, capazes de apreender a objetividade do mundo e neutras em moralidade. Essa antiga oposição entre religião e razão embasou uma cruzada laica, promovida pelo pensamento Iluminista, em que o que há de irracional e religioso deveria ser vencido²⁰, conforme Duarte (1983a; 1983b). Mais atualmente, para Reginaldo Prandi (1996), por exemplo, o imprevisto sucesso da religião – contrário à esperada evolução do desencantamento, que faria a sociedade depender exclusivamente do pensamento racional –

²⁰ Ou ao menos solucionado com a religião civil, a exemplo de Rousseau e, posteriormente Comte, ou relegando ao âmbito privado qualquer manifestação e opinião religiosa.

está vinculado à crise da sociedade²¹, pois a medida de ambos é a crise da razão, enquanto elemento fundamental da modernidade. Essa é uma visão fortemente informada por aquela mesma oposição direta da religião, enquanto irracional, tendenciosa e atrasada, e da ciência, enquanto racional, neutra e moderna – fenômenos antípodas que andariam juntos em proporções inversas²².

Religião seria o atraso à modernidade, e suas moralidades conservadoras uma fonte de repressão. Como disse Lewgoy (2002, p.2), “Contrariamente ao sentido etimológico de reunião [religar], religião parece ser aquilo que divide os homens e, portanto, um imediato alvo de suspeita.”. Sendo assim, falar do fenômeno religioso e de sexualidade parece enunciar um conflito:

A preocupação explícita com a relação entre religião e sexualidade é uma das características mais específicas da visão de mundo ocidental moderna. Ela implica um sentimento espontâneo da antinomia, secreta uma peculiar sensação de desafio e contradição. Na verdade, parece prevalecer à primeira vista o contraste entre a representação erudita convencional “moderna” da religião como uma dimensão antiquada e pudica (se não abertamente “repressiva”) da vida coletiva e individual e a representação da sexualidade como a dimensão mais atualizada e expressiva possível da autenticidade subjetiva. Uma perfeita antítese. (DUARTE, 2005, p.137)

Falar de religiões e de aids também suscita a sensação de desafio, como indicam os comentários incrédulos em relação a uma realidade que não se resume a uma classificação fácil de quem é o mocinho e quem é o bandido. É claro que a religião não tem nada de intrinsecamente repressivo e intolerante (sendo ela própria muitas vezes, e em nome dessa concepção, o alvo de repressão) e que, conforme ensinou Foucault, a valorização da sexualidade, como espaço de liberação do indivíduo, expressão da individualidade é historicamente produzida²³. De qualquer forma, se reconhece aí um embate, que no caso da aids, é amplamente explorado pela mídia.

²¹ O Brasil, não tendo conseguido apagar as fortes marcas de pobreza material e intelectual das massas, teria uma parcela da população vivendo em uma sociedade pré-ética, já que teriam sido mantidos afastados de modelos de comportamento que implicam escolha racional e filosofias laicas.

²² Para Bruno Latour, essa oposição parte da suposição errônea de que a religião e a ciência têm reivindicações similares, porém divergentes sobre a posse e colonização de um único território, em termos de produção de verdades. Para ele, “... a simples montagem de um palco onde o sério e profundo problema da “relação entre ciência e religião” se desenrolaria já é uma impostura, para não dizer uma farsa, que distorce ciência e religião, religião e ciência, para além de toda possibilidade de reconhecimento.” (2004, p.360)

²³ No século XIX, a sexualidade foi esmiuçada em seus mínimos detalhes e tornou-se a chave da individualidade: “ao mesmo tempo, o que permite analisá-la e o que torna possível constituí-la” (1985, p. 137).

Não faltaram ao longo dos anos declarações públicas, notas oficiais, pesquisas de opinião, debates pela TV, entrevistas com representantes dos dois lados, pronunciamentos papais, pronunciamentos de ministros, capas das principais revistas e jornais inúmeras vezes, dentre muitas outras iniciativas. No lançamento de cada campanha de prevenção à AIDS (no período do carnaval, por exemplo) os repórteres correm a entrevistar os representantes da igreja católica, e praticamente já sabem o que vai ser dito por eles. O [antigo] Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS) e os representantes públicos da igreja católica brasileira travam há décadas uma guerra sem quartel em torno desta proposição [o uso da camisinha nas relações sexuais]. (SEFFNER; EMIL, 2008)

Não estou tentando fazer uma afirmação ingênua de que tudo é um mar de rosas quando se trata de aids e a manifestação de grupos religiosos. É claro que existem conflitos e disputas, mas isso não se deve ao suposto caráter atrasado intrínseco às religiões. Também é importante dizer que existem inúmeras possibilidades de relação entre a resposta pública à epidemia e posicionamentos de diferentes instâncias de instituições religiosas. As possibilidades de relações parecem ainda mais ricas quando se fala de sujeitos pertencentes a determinados universos religiosos, inseridos em tramas de relações no espaço de atenção à aids.

A partir das experiências dos sujeitos, e de suas percepções delas, pretendo mostrar como seus pertencimentos religiosos guiam sua atuação no espaço de atenção à aids em Pelotas, e quais são as condições que proporcionam essa atuação de forma acertada com outros pertencimentos. Veremos que, para além de disposições éticas mais gerais, o que pode parecer contraditório se ajusta nas atuações dessas pessoas – concretizadas no trânsito.

As falas que apresentarei, gravadas em entrevistas e algumas anotadas no diário de campo, são racionalizações posteriores dos sujeitos sobre suas experiências, reinterpretações presentes do vivido. Reforço que cada uma das apresentações, e as falas nas quais são embasadas, ganham sentido em relação ao contexto mais amplo onde os sujeitos se situam, já elucidado no capítulo anterior.

3.2. OS SUJEITOS E O ETHOS PRIVADO NÃO-CONFESSIONAL

3.2.1. O que é “*ser cristão*”

A primeira pessoa que apresentarei aqui teve um papel bastante importante no sentido de abarcar a temática da aids dentro de sua instituição religiosa: o atual bispo de Pelotas era o

presidente da CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – quando foi criada e fundada, em nível nacional, a Pastoral de DST/Aids. Um ativista do movimento de aids com vínculo com a Igreja, prestou uma visita ao presidente da CNBB e, posteriormente ao órgão nacional que hoje é chamado de Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, propondo que se fizesse algum trabalho da Igreja respondendo à epidemia. A partir disso, o Departamento entrou em contato com a CNBB, através do Ministério da Saúde, realizando algumas reuniões. O trabalho com aids na Igreja Católica começa como um setor da Pastoral da Saúde em 1999, em uma comissão de DST/aids, que se tornou uma Pastoral no ano de 2000, passando a se estruturar em todo país²⁴. Para o bispo, essa pastoral se separou da Pastoral da Saúde por uma questão de necessidade – a CNBB reconhece a importância dessa iniciativa vinda “*de baixo*” e a apóia. O atual bispo da cidade de Pelotas teve, então, uma participação essencial e bastante ativa na criação da Pastoral de DST/Aids no país, uma vez que essa decisão passou pelo seu crivo. É importante frisar que, segundo as diretrizes oficiais da Conferência Nacional de Bispos do Brasil – CNBB –, a Pastoral tem o compromisso de prestar serviços de prevenção e assistência aos soropositivos, em comunhão com a Igreja, acolhendo e acompanhando, sem preconceitos, para contribuir com a contenção da epidemia. O trabalho de prevenção deve ser feito pela “conscientização dos valores evangélicos” e promovendo a vida como um bem maior²⁵, ou seja, não se trabalha com a prevenção pelo uso de preservativos.

A razão pela qual ele, sendo presidente da CNBB, abraçou este tema quando surgiu a proposta tem a ver com o fato de que a Igreja não pode se omitir quando reconhece “*um problema humano*”, uma doença que preocupa o mundo.

Saúde é área tradicional [de ação da Igreja Católica], por que o corpo e a alma têm uma ligação muito estreita, né. A alma, o ser humano ele é um só, corpo e alma. Então o que interessa à alma interessa ao corpo e o que interessa ao corpo interessa à alma. Não é uma coisa que nós separamos e achamos que não tem importância.

Seria, então, de sua responsabilidade garantir a atitude cristã de se aproximar, acolher e ajudar aqueles portadores de uma doença que afasta tanta gente – o bispo de Pelotas nos conta que São Francisco, assim como todos em sua época, tinha medo da lepra, mas teve que lidar com esse problema e se aproximar de um leproso – esta seria uma atitude cristã, que se

²⁴ Mais detalhes no trabalho de Seffner, et al (2009).

²⁵ <<http://www.pastoralids.org.br/quemsomos.php>> Último acesso em 27/04/2009.

compara à atenção voltada à aids pela Igreja Católica hoje em dia. Ele pessoalmente não participou da Pastoral da Aids, sua atuação na resposta à epidemia é basicamente no campo decisório. De qualquer forma, questões sobre a doença e o uso da camisinha às vezes chegam a ele – como o caso de um homem casado, que adquiriu o HIV numa relação fora do matrimônio, e queria saber se podia usar o preservativo com sua esposa, para protegê-la. Ele achou que a melhor coisa a fazer por aquele homem era dizer que sim, embora tenha sido repreendido por fazê-lo depois. Ele acredita que a forma mais segura seria evitar as relações sexuais, pois o preservativo não é completamente eficaz, e seus enunciados estão carregados de tradicionais concepções católicas na compreensão da aids, que aproximam a significação de doença a uma noção de castigo ao pecado:

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

A doença é adquirida por agir de maneira indevida ou descuidada – algo que se conquista ao cometer erros ou deixar de fazer algo que deveria ser feito –, seria uma espécie de castigo a comportamentos divergentes²⁶. O doente oscila entre o culpado e a vítima: a idéia de que uma doença venha punir os culpados e ao mesmo tempo ameaça os inocentes não é contraditória, como afirma Sontag (1989, p. 76), graças à facilidade de transmissão e à iminência de difusão generalizada. Ainda segundo Sontag, ao falar da cólera e da tuberculose, que eram entendidas a partir da metáfora da peste, assim como a aids em tempos recentes:

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

²⁶ Essas tradicionais concepções aparecem recorrentemente na literatura, e um bom exemplo é a descrição do sermão do Padre Paneloux, a respeito da peste que tomava Orleans: “Tinha uma voz forte, apaixonada, que alcançava longe, e quando atacou a assistência com uma única frase veemente e martelada: ”Irmãos, caísteis em desgraça, irmãos, vós o merecestes”, a assistência se tumultuou. Logicamente, o que se seguiu não parecia estar de acordo com esse exórdio patético. Só a sequência do discurso fez compreender aos nossos concidadãos que, por um hábil processo oratório, o padre tinha dado de uma só vez, como um golpe que se desfeca, o tema de todo o seu sermão.” (CAMUS, 2009, p.68)

Ser saudável é respeitar a “*normalidade do ser humano*”, em sua alimentação, seus hábitos e suas relações, e a doutrina católica teria o papel de oferecer uma prevenção por valores e virtudes – situação cujo exemplo mais ilustrativo é a recusa do Papa, autoridade máxima da Igreja Católica e do Estado do Vaticano, ao uso da camisinha, em favor da abstinência e na seqüência, fidelidade conjugal. O bispo de Pelotas concorda com esse posicionamento, mas faz questão de afirmar que o que eu poderia chamar de urgências de saúde também motivam suas escolhas e posicionamentos enquanto cristão – como ele mesmo disse, “*não é só num convento rezando, mas também a experiência humana vai dando pra gente um sentido de Deus*”. É dessa forma que “*ser cristão*” levou sua atenção para a epidemia, e o sendo, ele se permite tomar decisões baseadas no que ele chama de experiência humana, mesmo que escapem à doutrina.

3.2.2. Quando os discursos não são tão diferentes

A pessoa que é de fato a responsável pela Pastoral da Aids em Pelotas tem uma trajetória interessante: foi convidada para trabalhar no Programa Municipal no ano 2000, e ali se deu o seu primeiro contato com a epidemia. Um frei capuchinho da paróquia na qual comunga várias vezes lhe sugeriu que ela começasse um trabalho pastoral sobre o tema, e embora não dividisse com ele as suas razões, ela nunca aceitou. “*Eu ficava pensando, mas como é que eu vou falar se eu tenho um discurso lá na secretaria e como é que eu vou falar aqui [na Pastoral], outro discurso?*” – ela imaginava que teria que assumir duas posturas discordantes, mas ao conversar com um outro frei que já realizava este trabalho pastoral e que estava participando da promoção de uma capacitação para a Pastoral da Aids, ela aceitou participar e começar o trabalho em Pelotas. Após aceitar o convite, encontrou maneiras de mesclar estes dois interesses, de oferecer toda informação sobre prevenção sem ir de encontro às diretrizes da hierarquia católica, contrária ao uso da camisinha: “*eu repensei isso também, que não é muito diferente o discurso. Não é muito diferente...*”.

Se em um primeiro momento lhe pareceu que trabalhar a Pastoral – no domínio das ONGs e no das instituições religiosas – e no Programa Municipal – no domínio do poder público – seria incoerente, é porque na Pastoral ela estaria atuando *em nome* de uma instituição católica, que possivelmente deveria seguir o posicionamento institucional da Igreja Católica frente a determinados temas. Por outro lado, nunca lhe pareceu incoerente trabalhar no Programa Municipal de DST/Aids, dentro de seus princípios de ação, mesmo que tenha

sido criada em uma família católica, que a vivência de sua religiosidade lhe seja um aspecto central, e que participe ativamente no conselho da paróquia de sua comunidade. O pertencimento religioso não implica imediatamente obediência em todos os sentidos e em todos os âmbitos às doutrinas religiosas, e a não-obediência não implica uma religiosidade enfraquecida – o ethos religioso seria *uma* ordem de relacionalidade primordial (DUARTE, 2006, p. 7), ou seja, a partir da qual se definem as condições de presença e de entendimento dos sujeitos no mundo. Entretanto, sabendo que crer, pertencer e obedecer são dimensões distintas e com alguma autonomia, é importante reforçar a idéia de que há outros valores – também de caráter englobante e cosmológico, eu diria – em jogo quando se trata de assuntos como esse.

Aqui, me aproximo da noção de ethos privado não-confessional, cunhada por Duarte: para entender como o espaço da religiosidade abarca comportamentos não-confessionais, ou seja, de reserva em relação a determinações de sua religião (como uma católica trabalhar no Programa Municipal de Aids), sem que isso provoque uma sensação de incoerência ou inadequação, é necessário entender que há uma de valorização, mais ou menos difundida, da escolha pessoal. A noção de ethos privado²⁷ engloba “valores, sentimentos e comportamentos relacionados ao prazer corporal, à satisfação moral, à reprodução sexual e à conjugalidade” (DUARTE, 2005, p. 138), ou seja, abarca a sexualidade e os temas em que está implicada. Parece-me que esse conceito permite entender trajetórias como essa: ela que foi católica a vida toda (tendo em mente que a doutrina católica é contrária ao uso do preservativo), e de um jeito ativo, aceitar trabalhar no Programa Municipal, cuja premissa básica é a prevenção pelo uso do preservativo, sem se sentir desconfortável com isso.

Para Duarte, essa disposição de ethos está vinculada a valores estruturantes de uma ideologia individualista mais ou menos difundida, como o subjetivismo e o naturalismo. Não pretendo explorar essas questões no meu trabalho, mas apenas indicar em que sentido informam uma valorização da escolha pessoal e certas disposições que diferem de um ethos religioso partilhado. Aqui, o subjetivismo é percebido em sua forma mais específica, de “gestão da vida privada relativamente independente dos ditames religiosos, mesmo durante períodos de intensa adesão” (DUARTE et al, 2006, p. 19). Refere-se à ênfase da representação de escolha pessoal do sujeito e da liberdade individual enquanto um valor

²⁷ Reproduzo aqui parte da nota de rodapé em que os autores justificam o uso da expressão *ethos privado*: “Seu uso implica, por outro lado, um endosso da oposição entre público e privado característica da nossa história cultural, que assumimos estrategicamente.” (DUARTE et al, 2006, p. 16)

estruturante, e que de fato é determinante de muitas propriedades de ações concretas – em termos de possibilidades práticas e legais de atualizar esse valor.

Para o sujeito de quem estou tratando agora, a dimensão conflitiva de suas várias atuações e pertencimentos só veio à tona quando surgiu a possibilidade de falar em nome de uma instituição católica. De qualquer maneira, essa dimensão se diluiu na sua ação, quando realizou o trânsito entre um domínio e outro – já trabalhando na Pastoral, ela diz: *“nós não distribuimos camisinha aqui, né, mas nós dizemos que o posto tem, a gente referencia, a gente fala!... a gente fala a informação correta, não omite nada, esse é o princípio.”*. Quando ela fala que os discursos não são tão diferentes assim, eu reconheço que eles não o são justamente a partir da sua atuação. A noção do que seria uma ‘boa prevenção’ dentro de um universo católico entra em contato com significações de aids e prevenção provenientes de um outro sistema de valores e outras maneiras através das quais são concebidas, novas formas de lidar com as situações que esta temática propõe vão emergindo. A solução, a negociação que esse sujeito criou na sua prática, que é informada por diferentes valores de diferentes pertencimentos, na sua ação concreta a partir de dois lugares com princípios diferentes (que o trânsito lhe proporcionou) é a de falar do preservativo, indicar onde ele pode ser conseguido, mas não distribuí-lo em suas palestras. Aqui há uma valorização da liberdade pessoal do público que a escuta, que vai decidir por si qual a melhor maneira de se prevenir – o seu papel é informar.

3.2.3. Questões de ciência e de saúde pública

O fundador da ONG Gesto, se interessou pelo tema da prevenção ainda na adolescência, quando teve uma DST, e acabou conhecendo a Vale a Vida e se tornando voluntário. A cisão se deu anos depois, pois a sua idéia de prevenção era mais voltada para o público HSH (homens que fazem sexo com homens), e ele achava que o trabalho daquela organização não contemplava essa visão. Assim, ele fundou a Gesto, já com um corpo de voluntários formado e uma boa idéia do que ele gostaria de fazer diferente.

Ele é espírita, e ao falar de sua religião aparece fortemente a idéia de uma postura de não-julgamento. Aqui há uma convergência com as idéias da então presidente da Vale a Vida e com uma de suas voluntárias, ambas espíritas: a presidente diz que sua postura religiosa é de não-julgamento, e despida de falsos moralismos – que ela identifica com a postura da Igreja

Católica ao se opor ao uso do preservativo. Sobre o número de parceiros sexuais de uma pessoa, a psicóloga da ONG, também kardecista, disse “*É o livre arbítrio de cada um. Quem sou eu pra julgar?*”.

O próprio fundador da Gesto disse a mesma coisa: “*Se você quiser transar com três pessoas ao mesmo tempo, você transa, [...] A gente orienta que você tem que respeitar os seus limites e cuidar da sua saúde e do teu corpo, e ensina a usar o preservativo corretamente.*” Contudo, o aborto aparece como uma barreira para o livre-arbítrio e o não-julgamento – todos eles se posicionaram veemente contra e um exemplo é a fala da psicóloga voluntária da Vale a Vida, quando o assunto da conversa passou pelo tema do aborto e lhe perguntei o que ela achava: “*Mas eu sou kardecista! Plantou, colhe.*”. Foi uma resposta que dispensou maiores explicações e esclareceu onde se situava o limite.

O enunciado do interlocutor fundador da Gesto caminha no mesmo sentido, mas com uma ressalva: “*Não sou a favor da morte, sou a favor da vida e do planejamento e da contracepção. Mas eu acho que não cabe mais pras religiões discutirem isso, é questão de saúde pública.*”. Ele se posiciona e seu pertencimento religioso informa essa posição, mas ele indica que os problemas de saúde pública não devem ser respondidos a partir de pertencimentos religiosos. Sobre o tema do aborto, a bibliografia tem mostrado que “ao que tudo indica, a variável religiosa é importante, mas não é a única variável que afeta esse tipo de opinião. Talvez a religião não seja a mais importante”, conforme Cecília Mariz (apud DUARTE, 2005, p. 160). Esse sujeito verbaliza essa situação, e o fato de ele também ser técnico de enfermagem me parece relevante em termos de formação dessas opiniões. Sobre questões de saúde pública, falou:

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

Essa postura também está relacionada com o fato da doutrina espírita ser identificada como uma religião que segue a ciência. Este voluntário disse: “*Minha própria religião é baseada na ciência, é mais uma filosofia de vida. Ela é filosofia, ciência e religião. A*

*doutrina espírita acredita no que a ciência prova.”*²⁸. Segundo Lewgoy, desde Kardec tem se afirmado uma doutrina de “tríplice aspecto”: científico, religioso e filosófico (2006, p.159). Seguindo essa linha de raciocínio, o voluntário disse:

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

Para o nosso interlocutor, como a ciência mostrava, a aids não poderia ser curada, nem pelo tratamento, nem pela fé – no sentido da eliminação do vírus e desaparecimento completo dos sintomas. Ele estende essa categoria a doenças adquiridas (doenças que não são hereditárias ou congênitas), contra as quais a fé não seria o suficiente. Por outro lado, as doenças que não são adquiridas – aquelas que nascem com a gente, ainda que só se manifestem tardiamente – podem ser curadas através da fé, paralelamente ao tratamento, é claro. O papel da fé e das crenças religiosas em uma situação de adoecimento estaria, para o nosso interlocutor, delimitado pela possibilidade – ainda que apenas lógica – de cura reconhecida pela ciência; feita essa restrição, fé e ciência podem ser aliadas na cura. É importante salientar que os termos ciência e religião são, de acordo com Lewgoy, “categorias culturais do entendimento de nossa época, portadoras de alta ressonância axiológica”, e a sua operacionalização no espiritismo kardecista pode ser compreendida a partir da aplicação alternada e situacional de imagens de ciência e de religião, “que ora tiram partido positivo de uma suposta convergência, ora vivem uma dramática ambigüidade, devida à indeterminação semântica da relação entre esses termos.” (LEWGOY, 2006, p. 153).

Aqui há um exemplo do naturalismo como um valor estruturante, e que é um dos princípios culturais que conforma um ethos privado não-confessional, mais ou menos difundido – a expressão mais prática desse princípio cultural seria “a possibilidade de emergência da idéia da ciência moderna e do ‘cientificismo’ dela decorrente.” (DUARTE et al, 2006, p.22). A crença nas verdades científicas, que está fundada na crença mais abrangente em uma realidade objetiva, material e apreensível, tem grande legitimidade social e tem uma condição estruturante nas formas de visão do mundo, paralelamente e em negociação com os pertencimentos religiosos ou, nesse caso, incorporadas em um ethos religioso: o espiritismo

²⁸ Estes limites da ciência são móveis e sofrem mudanças com frequência. Um exemplo claro disso são as discussões a respeito do risco mínimo de infecção em relações sexuais sem o uso do preservativo entre casais soro-discordantes, quando a carga viral é mínima; e o mais recente caso de cura de um caso de aids pelo transplante de medula óssea, sendo o doador imune ao vírus por determinada mutação em suas células.

de Kardec nasce no século XIX na França, envolto em um ethos secular e anticlerical, segundo Lewgoy “onde a *ciência* é um símbolo iluminista e uma *bandeira instituinte* nos movimentos progressistas e laicos das mais variadas matizes políticas, como socialistas, maçons e espíritas.” (2006, p. 157).

Tendo em mente o posicionamento deste sujeito a respeito do aborto, pensado como problema de saúde pública, é necessário dizer que o fato de certas disposições informadas por pertencimentos religiosos abarcarem dimensões não-confessionais, aponta para o fato de a religião ser mais *uma* de nossas escolhas, em vez de ser o fator que decide quais serão as nossas escolhas, como comenta Lewgoy (2002). Ou seja, trata-se da hipótese de que a disposição de ethos abraçada pelos sujeitos é o que os impele a uma ou outra opção confessional, e também às eventuais reservas de dúvida quanto a determinações de sua religião atribuída (DUARTE et al, 2006, p. 15).

3.2.4. O lado físico e o papel social

Tratarei, agora, da atuação da sacerdotisa africanista há mais de 30 anos, e fundadora da ONG Olojukan, que começou a participar da resposta à epidemia a partir de 2005. Como já foi apresentado, o tema da aids surgia recorrentemente entre aqueles com quem ela convivia quando a ONG era voltada apenas para atenção à anemia falciforme, ou seja, uma população negra e pobre que mora em áreas afastadas na cidade.

Nas questões de saúde, com as quais estive envolvida desde que fundou a Olojukan, ela pode oferecer um auxílio, partindo da sua religiosidade – realizar um trabalho, uma oferta para canalizar as energias dos orixás.

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

Contudo, essa ajuda não é o suficiente, e a mãe-de-santo nos explica que, por sermos seres bilaterais, necessitamos também de uma atenção voltada ao lado médico, físico da

doença. Isso remete ao trabalho de Paula Montero (1985) realizado em terreiros de umbanda no Rio de Janeiro, sobre a noção de “doença espiritual” como Desordem. A dicotomia entre doença material e doença espiritual instaura a complementaridade das competências, garantindo a legitimidade do campo de atuação do sistema religioso. Entretanto, a “doença espiritual” se definiria pela negação de estatuto de “doença”, enquanto materialidade (e, portanto, não cabe ao médico), e essa noção é reinterpretada em um novo sentido, de Desordem que se manifesta no corpo físico, social e astral.

Pode haver uma inversão interessante, segundo Montero: “No entanto, se a “doença espiritual” não é doença, ela pode, em última instância, vir a tornar-se. O efeito prolongado e desordenado das forças sobrenaturais sobre o corpo podem vir a deteriorar suas funções vitais” (1985, p. 126). Dessa forma, a própria noção de doença espiritual reenvia ao âmbito da atuação biomédica, embora o faça invertendo a ordem de legitimidade, que parte, então, da cura religiosa mais abrangente e fundamental, à cura da biomedicina.

A sacerdotisa de Pelotas diz que, para além da ajuda que ela pode oferecer, o lado material da doença deve ser trabalhado, caso contrário, ficará uma lacuna, que não pode ser preenchida pela religião.

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

Segundo esta mãe-de-santo, o auxílio que ela pode oferecer seria não apenas realizar um trabalho para resolver o problema que a pessoa apresentou, trazendo energias da natureza para ela, mas também encaminhá-la para um acompanhamento médico e um tratamento – esse é o seu papel social. Nos terreiros em que esse encaminhamento não é feito, quando se trata de casos de aids, principalmente, ela identifica como falta de um conhecimento específico, adequado à parte física da doença, e reconhece a biomedicina como responsável por ela.

Em muitas casas seus condutores, seus sacerdotes, eles não tem uma formação cultural, não tem uma formação intelectual. Então a pessoa vai lá com problema e eles vão procurar trabalhar pra organizar a sua história espiritual com a física, mas eles não fazem, não tem aquele olhar sobre a questão de saúde mesmo, de continuidade, de acompanhamento...

A aids, e doenças em geral, aparecem como um fenômeno bilateral, que pode acometer a todos nós, seres bilaterais: há um “*desencontro da história espiritual com a história física*”, e a primeira pode ser reorganizada a partir da canalização de energias, enquanto a segunda só caberia a uma medicina ocidental contemporânea, visto que ela é uma realidade material. Nesse sentido, a saúde seria um fenômeno duplamente construído, e na atuação dessa sacerdotisa, o seu papel enquanto mãe-de-santo seria complementar ao do médico. Ao lidar com casos de aids no seu terreiro, o que ela pode fazer é canalizar energias para fortalecer os chacras, e cumprir o papel social que atribui a sua religião, que é de encaminhar, ou re-encaminhar para serviços de saúde.

Estes têm um papel paralelo, embora fundamental – o que pode ser atribuído em termos amplos ao valor do naturalismo, que conforma uma visão de mundo bastante difundida. De acordo com Duarte, essa crença estruturante assumiu suas características a partir da representação iluminista da natureza, retomada pelo Romantismo na forma de valor da vida (2006, p.22; 2005, p.159), e se trata de uma valoração radical da realidade física do mundo, que é apreensível – o que chamou em outro trabalho de irredutível “fiscalismo” (2003, p. 178). É justamente essa valoração que se encontra na fala do sujeito aqui apresentado, e no trabalho referido de Montero, retomando que ela se desenrola em relação a outras dinâmicas, em termos de oposição e, portanto, complementaridade.

3.2.5. O caso contado

Gostaria de falar de mais um sujeito, embora não o possa fazer nos mesmos termos, e sequer com as mesmas intenções. Nunca pude conhecer esse pastor da Igreja Universal, e ouvi esta história pelos funcionários do Programa Municipal. Este sujeito também não possui uma atuação contínua nesse campo, o acontecimento que descreverei foi uma iniciativa isolada. Não estou tratando, portanto, da forma como seu pertencimento religioso guia sua ação em aids – me proponho simplesmente a contar esse caso que me contaram, já que ele é ilustrativo do que eu acho que caracteriza a resposta pelotense: certa flexibilidade, que resulta em coesão da rede de atenção.

Por intermédio de um vereador que é fiel da igreja, um Pastor entrou em contato com o Programa, requisitando uma palestra que “*desmistificasse*” a cura da aids. O que se passa é que quando o tratamento antiretroviral é feito de maneira correta, a carga viral pode ficar

bastante baixa, a ponto de não ser detectada nos exames básicos. O vírus, contudo, continua lá e a doença não é curada. Acontece de algumas pessoas lerem esse resultado de exame como a cura da aids, parando com o tratamento e com o uso do preservativo, agravando a doença mais uma vez e correndo o risco de retransmissão. O pedido pela palestra foi muito bem recebido pelo pessoal do Programa, que por sua vez, foi muito bem recebido na igreja. O resultado foram três encontros, no templo da igreja, com cerca de 200 mulheres, havendo distribuição de camisinha, e com as duas funcionárias que deram as palestras encorajando as mulheres a usarem o preservativo até em suas relações duradouras.

Essa iniciativa foi bastante surpreendente, pois o pedido desse pastor veio contra essa percepção de cura enquanto um dom divino desencadeado pela fé do doente, como seria de se esperar nesta igreja – religiões neopentecostais teriam seus cultos baseados na oferta especializada de serviços mágico-religiosos, de cunho terapêutico e taumatúrgico, centrados em promessas de concessão divina de prosperidade material, cura física e emocional, de acordo com Mariano (2004, p. 124). O pastor reconheceu o tratamento com o medicamento antiretroviral como indispensável e a impossibilidade de cura da aids através da fé, assim como ditam os fatos científicos da biomedicina. É sabido que a alta hierarquia dessa igreja não se opõe ao uso do preservativo, mas, de qualquer maneira, negar a possibilidade de cura pela fé, e promover o uso do preservativo dentro de relações duradouras são questões mais delicadas, inclusive encontrando bastante resistência e dúvidas entre as fiéis.

Essa atividade não se estendeu para outros templos, mesmo que tenha sido tão bem sucedida – ao menos a opinião do pessoal do Programa. Parece ter sido apenas o interesse daquele pastor, de forma que não se pode dizer que foi uma iniciativa abraçada pela instituição religiosa – trata-se de um iniciativa individual em carregar a temática da aids para dentro de sua instituição, sem o engajamento formal dessa instituição. Devo dizer que todas tentativas de encontrar este pastor foram frustradas; eu era enviada, cada vez mais, ao topo da hierarquia para conseguir uma autorização, onde os responsáveis são cada vez mais difíceis de entrar em contato²⁹. Toda vez que era explicada a situação de pesquisa, a responsabilidade de permitir uma entrevista ou uma conversa sobre o assunto era relegada a outra pessoa, saindo da hierarquia de Pelotas, chegando a Porto Alegre e voltando a Pelotas, sendo que nunca consegui uma resposta definitiva.

²⁹ Isso tem a ver com o governo eclesiástico episcopal, que é verticalizado e centralizado, de forma a coibir a autonomia dos pastores (MARIANO, 2004, p. 126-127), inclusive na decisão de conceder uma entrevista para pesquisa.

É interessante também que, para os funcionários do Programa, essa iniciativa foi bastante inesperada, devido a um desentendimento anterior. Alguns anos antes, durante a realização de uma gincana de rua com adolescentes no Dia Mundial da Luta Contra AIDS, uma das tarefas era de travestir dois meninos para apresentar uma música, o que aconteceu numa grande avenida que passa em frente a outro templo da Igreja. O pastor responsável, que também era outro, sentiu a situação como uma ofensa à Igreja, e, em uma rede televisiva na qual é um comunicador, criticou o Programa Municipal por suas atividades no 1º de Dezembro. Tal acontecimento colaborou fortemente para o clima de surpresa com que foi recebido o pedido pelas palestras.

CONCLUINDO

A razão pela qual finalizo o capítulo com a apresentação desse caso, mesmo sem tê-lo acompanhado ou podido conversar com o pastor envolvido, é porque é uma história dessas que as interações no espaço de atenção à aids em Pelotas propicia, que se afigura, ao meu olhar, com algo de ilustrativa. Ainda que tenha sido uma parceria pontual, que não se estendeu no tempo e nem a outros tempos, foi uma parceria surpreendente para aquelas que realizaram a palestra e seus colegas. O que tem de surpreendente remete a certa dinamicidade nas relações institucionais, ou até inconsistência – visto os desentendimentos anteriores do Programa com a Igreja Universal do Reino de Deus em Pelotas, e a ênfase desse universo religioso na cura divina.

O que espero ter elucidado até o final desta monografia é que essas relações da resposta municipal são construídas na interação de sujeitos determinados, que carregam determinadas disposições, informadas por diferentes pertencimentos ou valores estruturantes, garantindo um amplo campo de possibilidades de interação. O que pode parecer contraditório ou inconsistente é o que dá ao conjunto da resposta municipal dinamicidade e coerência. No caso da voluntária da Pastoral já referido, sua atuação em diferentes instâncias com diretrizes variadas lhe representou algo contraditório, antes que começasse sua dupla atuação. As possibilidades de forma de ação na atenção à aids que lhe estavam colocadas podem parecer conflitivas, mas as escolhas que esse sujeito fez em sua trajetória, e a sua percepção de que os trabalhos não são muito diferentes, realizam uma negociação da realidade, um ajustamento.

Também no caso do voluntário e fundador da Gesto há negociação – a partir da reserva a posicionamentos tipicamente espíritas. Seu pertencimento religioso é uma condição englobante, mas também partilha de outros valores estruturais, que estão em interação constante e que são postos em negociação na sua vivência, nesse caso específico, na sua experiência no espaço de atenção à aids e temas que suscita. Há uma dimensão conflitiva, e até contraditória, que se dilui na sua experiência. Não se perde, ou não se enfraquece o seu pertencimento religioso e a vivência de sua religiosidade na medida em que se fazem concessões – ou o que os autores já citados (DUARTE et al, 2006) reconhecem como uma relativa independência dos ditames religiosos, mesmo com forte adesão, enquanto subjetivismo. Mesmo para um sujeito situado na hierarquia de uma instituição religiosa há negociações, propostas pela experiência humana: a realidade se apresenta desafiando

posicionamentos automáticos e, para o bispo católico, é também nessas experiências que se tem “*um sentido de Deus*”.

São essas ‘incoerências’ – a partir das contradições sociais mais amplas que perpassam os sujeitos – que constituem, neste trabalho, a principal característica da resposta municipal à epidemia em Pelotas: uma coesão que se faz na dinamicidade. Os sujeitos envolvidos agem informados por diferentes disposições comportamentais, mas partilhando uma disposição mais ou menos comum que lhes permite reelaborar prevenções, criar reservas de dúvidas quanto a pertencimentos englobantes – são comuns valores que conformam certa visão de mundo, como o naturalismo e o subjetivismo, que sustentam um ethos privado não-confessional.

Os pertencimentos religiosos certamente informam a atuação dos sujeitos apresentados no último capítulo, inclusive como condição fundamental – a sacerdotisa africanista realiza seus trabalhos e faz encaminhamentos enquanto missão religiosa, assim como a postura de não-julgamento e defesa do livre-arbítrio abraçadas do espiritismo são o prisma a partir do qual o fundador da Gesto propõe seu trabalho. Da mesma maneira, o bispo católico somente se aproximou do tema da aids visto que, enquanto “*problema humano*”, a instituição católica não deveria se omitir. Mas além das variadas possibilidades de determinado ethos religioso informar diferentes formas de atuação neste campo, fica claro que não é apenas o pertencimento religioso que informa disposições comportamentais. Como já foi dito, outras influências entram em contato, dialogam, produzem, negociam a realidade.

Certamente não me refiro, e é importante ressaltar, a “um “utilitarismo” ou “pragmatismo” cínico” (DUARTE, 1983, p. 62) do sujeito calculista, associado à idéia de inconsistência – se tomariam decisões conflitantes dependendo da situação e do que está em jogo. Nesses termos, não se pode falar em inconsistência – a grade de leitura que utilizo para pensar a atuação desses sujeitos é a de certa autonomia frente a alguns pertencimentos englobantes, visto que eles partilham também de outros valores.

Algumas negociações também se explicam – na medida em que se atualizam – pelo trânsito dos sujeitos entre as diferentes instituições e domínios. As relações entre os sujeitos proporcionam uma espécie de coesão que marca fortemente o conjunto da resposta municipal, a partir do *trânsito dos sujeitos* entre instituições, estabelecendo cooperações e uma atuação mais ou menos conjunta na cidade. Esses sujeitos atuam no espaço de atenção à epidemia informados por diferentes pertencimentos, ordens de relacionalidade que definem valores

através dos quais se situam no mundo – essa condição propicia as negociações da realidade, imbricando diferentes disposições. Traçando um paralelo à dinâmica do conjunto da resposta em Pelotas, essas negociações podem ser equivalentes a *trânsitos ‘nos’ sujeitos*.

REFERÊNCIAS

BESSA, Marcelo Secron. *Os perigosos: Autobiografias e AIDS*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2002. p. 9-257.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Crença e identidade: campo religioso e mudança cultural. In: SANCHIS, Pierre (Org.). *Catolicismo: unidade religiosa e pluralismo cultural*. São Paulo: Loyola, 1992. p. 7-74.

CAMUS, Albert. *A peste*. Rio de Janeiro: Record, 2009.

CARVALHO, Castelar de. *Para compreender Saussure*. Petrópolis: Vozes, 2003.

DANIEL, Herbert. *Vida antes da morte*. Disponível em <<http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html>>. Último acesso em: 11 dez. 2009.

DE SIMONE, Adriana. *Sobre um conceito integral de empatia: intercâmbios entre filosofia, psicanálise e neuropsicologia*. 2010. 178 f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-30072010-100914/pt-br.php>> Último acesso em: 08 fev. 2011.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. O culto do eu no templo da razão. *Boletim do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, n. 41, p. 2-27, 1983a.

_____. Pluralidade religiosa nas sociedades complexas e “religiosidade” nas classes trabalhadoras urbanas. *Boletim do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, n. 41, p. 55-65, 1983b.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

_____. Ethos privado e justificação religiosa. Negociações da reprodução na sociedade brasileira. In: HEILBORN, Maria Luiza; DUARTE, Luiz Fernando Dias; PEIXOTO, Clarice; BARROS, Myriam Lins de (Org.). *Sexualidade, Família e Ethos Religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 137-176.

_____. À guisa de introdução: o que perguntamos à família e à religião? In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; HEILBORN, Maria Luiza; BARROS, Myriam Lins de; PEIXOTO, Clarice (Org.). *Família e Religião*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006. p. 7-14.

_____. Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre indivíduo, família e congregação. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; HEILBORN, Maria Luiza; BARROS, Myriam Lins de; PEIXOTO, Clarice (Org.). *Família e Religião*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006. p. 51-88.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; JABOR, Juliana de Mello; GOMES, Edlaine Campos; LUNA, Naara. Família, reprodução e ethos religioso: subjetivismo e naturalismo como valores estruturantes. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; HEILBORN, Maria Luiza; BARROS, Myriam Lins de; PEIXOTO, Clarice (Org.). *Família e Religião*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006. p. 15-50.

EMIL, Luana; SEFFNER, Fernando. Identidades masculinas "não hegemônicas" e ações de cuidado à aids "progressistas" na Casa Fonte Colombo em Porto Alegre. In: 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, Porto Seguro, 2008. Disponível em: <<http://www.abant.org.br/noticias.php?type=congressoRBA#453>>. Último acesso em 05 mar. 2009.

FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GALVÃO, Jane. *Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 13-111.

_____. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, Richard Guy (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997. p. 69-108.

_____. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard Guy (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997. p. 109-134.

GEERTZ, Clifford. Estar lá: a antropologia e o cenário da escrita. In: _____. *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro, Editora da UFRJ, 2005. p. 11-40.

HAESBAERT, Rogério. *O Mito da Desterritorialização: Do "fim dos territórios" a multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. p. 35-98.

LATOUR, Bruno. "Não congelarás a imagem" ou como não desentender o debate ciência-religião. *Mana*, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 2, p. 349-375, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132004000200005&lng=en&nrm=iso>. Último acesso em: 05 mai. 2010.

LEAL, Andréa. "No peito e na raça": *A construção da vulnerabilidade de caminhoneiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/AIDS no Sul do Brasil*. 2008. 325 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LEWGOY, Bernardo. Religião no mundo atual: horizontes de um debate. In: 3er Congreso Virtual de Antropología y Arqueología, Buenos Aires, 2002. Ciudad Virtual de Antropología y Arqueología. Disponível em: <http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/bernardo_lewgoy.htm>. Último acesso em 16 set. 2010.

_____. Representações de ciência e religião no espiritismo kardecista: Antigas e novas considerações. *Civitas*, Porto Alegre, vol. 6, n. 2, p. 151-167, 2006.

MARIANO, Ricardo. A expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Estudos avançados*, São Paulo, vol.18, n.54, p.121-138, 2004.

MENICUCCI, Telma M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 163-231.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O SUS de A a Z – Garantindo Saúde nos Municípios*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Editora MS, 2009. 3ª Edição. Disponível em

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Último acesso em 25 fev. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção na Rede: Fórum Virtual sobre DST/AIDS Relatório final*. Série Estudos, Pesquisa e Avaliação nº12. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B56B6E68C-BE48-40C9-9218-FCA5548628B2%7D/prevencao_rede.pdf>. Último acesso em 15 fev. 2010.

MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p.117-171.

PARKER, Richard Guy. Introdução. In _____ (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997. p. 7-16.

PRANDI, Reginaldo. Perto da magia, longe da política. In: PIERUCCI, Antonio Flávio; PRANDI, Reginaldo. *A realidade social das religiões no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. P. 93-105.

_____. As religiões afro-brasileiras e seus seguidores. *Civitas*, Porto Alegre, vol. 3, n.1, p. 15-33, 2003.

Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e culturais – “Protocolo de San Salvador” - Adotado pela Assembléia Geral da OEA em 17.11.1988. Disponível em <<http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-52.htm>> Último acesso em 06 mar. 2010.

SEFFNER, Fernando; SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da; MAKSUD, Ívia; GARCIA, Jonathan; RIOS, Luís Felipe; NATIVIDADE, Marcelo; BORGES, Priscila Rodrigues; PARKER, Richard; TERTO JR, Veriano. Respostas Religiosas à AIDS no Brasil: impressões de pesquisa acerca da Pastoral de DST/AIDS da Igreja Católica. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; GOMES, Edlaine Campos; MENEZES, Rachel; NATIVIDADE, Marcelo (Org). *Valores Religiosos e Legislação no Brasil: a tramitação de projetos de lei sobre temas morais controversos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 155-178.

_____. *Para pensar as relações entre religiões, sexualidade e políticas públicas: proposições e experiências*. Disponível em < <http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2009/10/religiao-sexualidade-e-politicas-publicas-fernando-seffner.pdf>>. Último acesso em 17 dez. 2009.

SONTAG, Susan. *AIDS e suas Metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

TEIXEIRA, Ana Cláudia. A Atuação das Organizações Não-Governamentais: Entre o Estado e o Conjunto da Sociedade. In: DAGNINO, Evelina. (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p.105-142.

THIOLLENT, Michel. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Editora Polis, 1980. p. 79-99.

VALLE, Carlos Guilherme Octaviano do. Identidades, doença e organização social: um estudo das ‘pessoas vivendo com HIV e AIDS’. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, vol. 17, p. 179-210, 2002.

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf> Último acesso em 23 jan. 2010.

<<http://www.pastoralids.org.br/quemsomos.php>> Último acesso em 27 abr. 2009.