

Aids, Política e Sexualidade: refletindo sobre as respostas governamentais à Aids na África do Sul e no Brasil

| ¹Gustavo Gomes da Costa Santos |

Resumo: Este artigo é uma tentativa de refletir sobre as respostas governamentais à epidemia de Aids a partir de dois casos contraditórios: Brasil e África do Sul. A partir do exame das trajetórias da epidemia em ambos os países e da ampla literatura escrita sobre o tema, busca-se entender o porquê de ações governamentais tão díspares em países que são, do ponto de vista socioeconômico, relativamente semelhantes. A hipótese aqui sustentada é que as inter-relações entre instituições políticas e processos mais amplos de construção da identidade nacional podem explicar as distintas respostas governamentais e iluminar a complexa relação entre Aids, sexualidade, raça e identidade nacional no Brasil e na África do Sul.

¹ Doutorando em Ciência Política pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Endereço eletrônico: gustavo.gomesdacosta@yahoo.com.br.

► **Palavras-chave:** Política de Aids; África do Sul; Brasil; instituições políticas; identidade nacional.

Recebido em: 03/12/2008.
Aprovado em: 11/03/2009.

Introdução

A expansão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (conhecida pela sua sigla em inglês – Aids) representa hoje, no chamado “mundo em desenvolvimento”, um grande problema médico, político, social e econômico (BOONE; BATSELL, 2001). Embora descoberta no início da década de 80, a Aids ainda hoje expira diversos cuidados não só em vista do não-descobrimento de sua cura, mas também pelo drama social que inflige a diversas populações. Uma marca importante desta epidemia, em relação a outras doenças, reside no fato de a Aids englobar diversas dimensões - cultural, social, política, médica, econômica -, o que dificulta a compreensão da sua dinâmica, mas, com isso, instiga diversos pesquisadores e acadêmicos em geral a tentar apreender sua complexidade (GALVÃO, 2000).

O presente texto é uma tentativa de refletir sobre as respostas governamentais à epidemia de HIV/Aids a partir de dois casos contraditórios. Embora do ponto de vista político e socioeconômico África do Sul e Brasil se assemelhem (sociedades multiétnicas, pertencentes ao que se convencionou chamar “democracias da terceira onda” (GAURI; LIEBERMAN, 2004) e economias “emergentes” com altos graus de desigualdade de renda), no tocante à epidemia de Aids, ambos os países constituem exemplos discrepantes amplamente referidos na literatura especializada. Se por um lado, o Brasil constitui um caso de relativo “sucesso” na gestão da epidemia, por outro, a África do Sul é sempre citada com exemplo de “fracasso”, principalmente quando se observa a dimensão alarmante que a epidemia tomou, com quase um terço da população adulta infectada pela doença (PEMBREY, 2007).

A partir da ampla literatura escrita sobre o tema, tanto sobre o caso brasileiro como sobre o sul-africano, buscar-se-á entender as especificidades que a epidemia de Aids tomou em cada contexto e, a partir das respostas governamentais à doença, refletir sobre as complexas, mas não menos importantes, relações entre cultura, política e sexualidade. Para tanto, primeiramente será feito um resgate da trajetória da doença na África do Sul e no Brasil. Posteriormente, serão salientadas as principais diferenças/similitudes entre ambos os casos. Por fim, a partir dos dados apresentados, tentar-se-á identificar as variáveis que são relevantes para entender o porquê de respostas governamentais tão distintas em sociedades aparentemente tão parecidas.

Resgatando o histórico da epidemia: as trajetórias da Aids no Brasil e na África do Sul

A epidemia de Aids, por sua complexidade e por influenciar diversos aspectos da vida social, tem ganhado contornos bem específicos em cada contexto no qual se disseminou. Assim, compreender o histórico e os desenvolvimentos da epidemia nos distintos contextos nacionais é de suma importância para apreender a dinâmica da doença. Para tanto, busca-se resgatar, de forma sucinta, os principais eventos, iniciativas e ações de setores da sociedade civil e principalmente dos órgãos estatais, com vistas a lidar com as problemáticas oriundas da contaminação pelo vírus HIV.

No Brasil, embora a mídia já produzisse diversas matérias sobre certo “mal” que atacava especialmente homossexuais nos EUA em 1981 e 1982, os primeiros casos de Aids só foram reportados em São Paulo no ano seguinte. Conhecida então como “peste *gay*” ou “câncer *gay*”, a doença trouxe consigo diversos preconceitos em relação à homossexualidade e a pessoas com comportamentos sexualmente “desviantes” ou “promíscuos” (GALVÃO, 2000). Dada esta vinculação inicial entre homossexualidade e Aids, diversos ativistas homossexuais tiveram papel importante nas primeiras iniciativas de combate à doença. Grupos do então nascente movimento homossexual (MacRAE, 1990) foram responsáveis pela primeira articulação da sociedade civil com órgãos de saúde para produzir uma resposta governamental à Aids. Já em 1983, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo criou um programa de combate à Aids que previa, dentre várias medidas, a notificação compulsória dos casos, a criação de um serviço telefônico de aconselhamento e a participação da sociedade no combate à doença (GALVÃO, 2000).

O processo de redemocratização em curso e a eleição dos primeiros governos estaduais por voto direto foram de suma importância para entender a precocidade das respostas governamentais à epidemia de Aids no Brasil. A presença do movimento sanitarista progressista na Secretaria de Saúde, juntamente com a eleição de Franco Montoro (1983-1987) para o governo do Estado de São Paulo abriram espaço para que as pressões de ativistas homossexuais fossem ouvidas e para que fossem tomadas as primeiras iniciativas governamentais de combate à Aids.

A iniciativa pioneira do Estado de São Paulo de criar um programa de Aids levou vários outros estados a criarem seus próprios programas (até 1985, dez estados já contavam com suas próprias estruturas de combate à Aids) e, de certa forma, “forçou” o Governo Federal a tomar providências em âmbito nacional (GALVÃO,

2000). Em 1985, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a criação do Programa Nacional de Aids (LEVI; VITÓRIA, 2002). A partir de 1987, o Programa Nacional de Aids (PNAids) desenvolveu ações de vigilância epidemiológica, de controle da infecção por HIV nas atividades hemoterápicas e campanhas de aconselhamento e de incentivo do uso do preservativo como forma de evitar a contaminação por HIV. Já no seu início, o PNAids incorporou diversas iniciativas tomadas pelo programa de Aids paulista, dentre elas o caráter não-discriminatório de combate à doença, a garantia dos direitos dos afetados pela Aids e a importância da participação da sociedade civil nas ações governamentais (GALVÃO, 2000). Embora tenha tido diversas denominações e ter sido subordinado a diferentes órgãos, o PNAids conseguiu manter uma ação mais ou menos regular e contínua durante as décadas de 80 e 90, apesar dos percalços do governo Fernando Collor (1990-1992). Em 1990, é tomada a decisão de distribuir gratuitamente medicamentos para pessoas vivendo com Aids, a exemplo do AZT e da pentamidina (GALVÃO, 2000).

O empréstimo firmado entre o PNAids e o Banco Mundial constituiu um marco na história do combate à epidemia no Brasil. Dentre as principais características, está a importância dada ao papel de entidades não-governamentais (ONGs, universidades, hospitais, fundações, sindicatos, grupos feministas e *gays*) tanto na execução dos projetos de prevenção quanto na elaboração e na avaliação dos mesmos (GALVÃO, 2000). Os recursos disponibilizados ampliaram o número de entidades não-governamentais trabalhando com prevenção de Aids (sugerindo até que o empréstimo do Banco Mundial estaria incentivando a emergência, no campo de atuação das ONGs, de uma “indústria da Aids”) e consolidaram a relevância desses atores na gestão da epidemia no Brasil. Essa experiência de “sinergia” entre sociedade civil e órgãos estatais acabou por se tornar referência no combate à Aids, constando de diversos manuais de “boas práticas” e de diretrizes de combate à epidemia para os governos nacionais (a exemplo de diversos documentos produzidos por agências internacionais, como o próprio Banco Mundial e o UNAids).

Em 1996, a aprovação da Lei federal nº 9.313 garantiu o fornecimento gratuito de todos os medicamentos para o tratamento dos doentes de Aids (LEVI; VITÓRIA, 2002). Em 2001, 105 mil pacientes recebiam via Sistema Único de Saúde (SUS) o que ficou conhecido como “coquetel anti-Aids”, aumentando significativamente os recursos alocados para o tratamento dos doentes de Aids (mais de 200 milhões de dólares em 2001). Os altos custos do fornecimento

gratuito do “coquetel”, além de gerarem diversas críticas, colocavam em xeque a viabilidade do serviço. O Ministério da Saúde passou então a financiar empresas brasileiras que produziam os medicamentos pertencentes ao “coquetel”, o que diminuiu em 50% os gastos com a provisão destes medicamentos aos doentes de Aids. Mais ainda, o governo brasileiro incumbiu-se de negociar com as indústrias farmacêuticas a diminuição dos preços dos medicamentos do “coquetel”, garantindo reduções de até 60% em algumas drogas. Quando estas negociações não foram bem-sucedidas, o governo brasileiro ameaçou, por meio do licenciamento compulsório,¹ quebrar as patentes, como foi o caso do medicamento Nelfinavir em 2001. Esta ameaça acabou se concretizando em 2007, com o licenciamento compulsório do antirretroviral efavirenz, possibilitando uma economia anual de US\$ 30 milhões (FOLHA DE SÃO PAULO, 2007). A ação agressiva dos órgãos estatais e a intensa mobilização das entidades não-governamentais tiveram como consequência a diminuição substantiva do número de pessoas vítimas do HIV/Aids. Ela chegou a 54,5% em 1996-1997, exatamente no início do fornecimento gratuito do “coquetel” aos doentes de Aids (LEVI; VITÓRIA, 2002).

Ao se observar a trajetória da epidemia de Aids na África do Sul, nota-se uma trajetória em alguns pontos semelhantes, mas substancialmente distinta da experiência brasileira. Tal como no Brasil, os homossexuais foram o primeiro grupo atingido pela doença e em quase sua totalidade eram indivíduos brancos, de classe média ou alta. Da mesma forma, as representações na mídia apontavam a Aids como a “praga *gay*”, reforçando preconceitos contra a homossexualidade (GEVISSER, 1995). Mas as semelhanças terminam por aqui. Ao contrário da atitude da militância homossexual brasileira diante da doença, na África do Sul o grupo GASA (*Gay Association of South Africa*), sediado em Joanesburgo, divulgou um pôster no qual afirmava que o perigo representado pela Aids era “exagerado” (“*overstressed*”) e isolou a sucursal do grupo na Cidade do Cabo (GASA-6010) no trabalho de assistência às vítimas da doença. Em 1985, foi reportado na mídia o primeiro caso de Aids em um homem negro em Soweto, que teria sido contaminado por um *gay* negro que supostamente frequentava o gueto *gay*branco em Joanesburgo, reforçando a vinculação entre Aids e homossexualidade (GEVISSER, 1995).

As primeiras iniciativas estatais de combate à Aids partiram do então governo da minoria branca, que adotou uma postura repressiva e discriminatória, “racializando” a epidemia e vinculando-a a comportamentos sexuais “desviantes”

(GAURI; LIEBERMAN, 2004). As ações do governo sul-africano nesta primeira fase da epidemia foram permeadas por falta de planejamento, organização e desconectadas da realidade das pessoas vivendo com Aids. Em 1988, o governo promoveu programas de combate à Aids separados para brancos e negros, reforçando mitos existentes sobre a vinculação entre a raça e a Aids. Na comunidade branca, a Aids serviu de “motivo” para evitar a des-segregação das praias (de acordo com a legislação do *apartheid*², todos os espaços públicos eram segregados em locais “apenas para brancos” e “para não-brancos”), devido ao receio de vários brancos de serem contaminados pelo vírus “negro” da Aids. Por parte da população negra, a Aids era vista com fruto de uma grande conspiração, na qual o governo branco havia deliberadamente implantado o vírus HIV para evitar o movimento de liberação da maioria negra³ (GAURI; LIEBERMAN, 2004).

Com a libertação de Nelson Mandela e a legalização do Congresso Nacional Africano (CNA) em 1990, iniciou-se o conturbado período de transição para a democracia que culminou nas primeiras eleições livres multirraciais realizadas em 1994 (JOHNSON, 2005; ROSS, 1999). Em 1992, numa demonstração de unidade nacional, o CNA e o Ministério da Saúde realizaram uma conferência que resultou na criação do NACOSA (*The National Aids Committee of South Africa*), que propunha a organização de um programa nacional de combate à Aids. Este plano contou com a mobilização de diversos setores da sociedade civil e buscava criar um paradigma não-discriminatório de enfrentamento à epidemia. Previa também que o governo deveria desempenhar papel importante na concatenação das ações de diversos órgãos estatais. Ao tomar posse em 1994, o então presidente eleito Nelson Mandela apontou o programa de Aids como um dos carros-chefe do novo governo. No entanto, apesar do posicionamento do novo governo em prol de um amplo programa de combate à Aids, diversas dificuldades abortaram as expectativas do programa desenhado pelo NACOSA. A primeira delas é que o programa de Aids ficou sob responsabilidade do Ministério da Saúde, que possuía funcionários públicos oriundos do governo de minoria branca⁴ com uma visão biomédica estreita da epidemia de Aids. O ministério também passou por uma grande reestruturação oriunda do processo de descentralização administrativa, que acabou por dificultar a atribuição de papéis e responsabilidades entre os diversos agentes governamentais. De acordo com a nova constituição, as províncias ficaram responsáveis pela implementação das políticas de saúde, mas, ao mesmo tempo,

elas se mantiveram dependentes dos recursos enviados pelo governo central, visto que os impostos são arrecadados em nível nacional e posteriormente distribuídos entre as províncias (BUTLER, 2005; SCHNEIDER; STEIN, 2001). Soma-se a isso o fato de que os recursos destinados pelo governo central às províncias são enviados em bloco, sem uma alocação específica para setores como saúde ou educação. Com isso, os recursos destinados ao programa de Aids variam significativamente entre as províncias, comprometendo ainda mais a gestão da epidemia (SCHNEIDER; STEIN, 2001). Além disso, o Ministério da Saúde possuía pouquíssimas conexões com entidades não-governamentais, dificultando ainda mais a ação governamental de combate à doença (SCHNEIDER; STEIN, 2001).

A ausência de sinergia entre entidades da sociedade civil e os órgãos governamentais é amplamente apontada na literatura com outro fator decisivo no “fracasso” das respostas do governo sul-africano à epidemia de Aids (BUTLER, 2005; SCHNEIDER; FASSIN, 2002). Embora os primeiros anos do novo governo tenham sido caracterizados por diversos experimentos de participação social na gestão de políticas públicas (CAMAY; GORDON, 2004), em algumas áreas ditas “estratégicas” para o governo, a exemplo da política de combate à Aids, o CNA tomou uma postura centralizadora de gestão. Com uma longa tradição de “centralismo democrático” oriunda dos anos de militância marxista contra o *apartheid*, diversas lideranças do partido passaram a tolerar cada vez menos posturas dissidentes e críticas às políticas do governo, principalmente na política de Aids (BUTLER, 2005). Isso acabou por dificultar o diálogo e a cooperação entre setores da sociedade civil e os órgãos estatais, quando não os colocou em conflito aberto (JOHNSON, 2004). Devido a estas e outras dificuldades (como por exemplo, o ajuste estrutural do Estado sul-africano, que diminuiu consideravelmente os recursos para programas sociais), o programa de combate à Aids era caracterizado, no final de 1998, como um conjunto confuso e incoerente de esferas múltiplas e paralelas, que não conseguia concatenar ações de combate à epidemia (SCHNEIDER; STEIN, 2001).

Várias polêmicas recentes atestam o “fracasso” do governo sul-africano em produzir respostas eficazes à epidemia de Aids. Uma delas foi a produção de um musical educativo baseado no filme “Sarafina⁵”, que foi alvo de várias críticas pelo fato de não prover uma mensagem clara e profícua sobre o combate à doença, além de o governo ter sido acusado de superfaturamento na produção do material

(GAURI; LIEBERMAN, 2004; SCHNEIDER; STEIN, 2001). Outra polêmica ocorreu com a decisão do governo de promover um tratamento sul-africano revolucionário contra a Aids, baseado em medicamento (Virodene) desenvolvido numa universidade local, alvo de diversas críticas da classe médica por não ter sido adequadamente testado em humanos (SCHNEIDER; STEIN, 2001). Mas a principal delas foi protagonizada pelo então presidente Thabo Mbeki (1999-2008) em 2000. Na abertura da Conferência Internacional de Aids realizada em Durban, o presidente questionou a transmissão sexual do HIV/Aids. Baseando-se em trabalhos de cientistas “dissidentes”, Mbeki afirmou acreditar que a contaminação por HIV é resultado da pobreza e da desnutrição e não do ato sexual. Para ele, as teorias que atestam a transmissão do HIV por via sexual estão baseadas em pressupostos racistas, que vinculariam o aumento expressivo de casos de Aids na África subsaariana a uma suposta sexualidade “exacerbada, violenta e animalésca” do homem negro (POSEH, 2006). Afora isso, o presidente questionou a eficácia do AZT e das drogas contidas no “coquetel anti-Aids” e afirmou que as pressões para o fornecimento gratuito desses medicamentos pelo governo respondiam aos interesses das indústrias multinacionais farmacêuticas. A postura de Mbeki gerou um confronto aberto entre as organizações da sociedade civil, principalmente da Campanha Ação pelo Tratamento (*Treatment Action Campaign* - CAT) e o governo, e entre diversos governos provinciais e o governo central, pelo fornecimento do “coquetel anti-Aids” para mulheres grávidas infectadas com HIV/Aids (SCHNEIDER; FASSIN, 2002). A CAT acionou a Corte Constitucional, que proferiu uma decisão histórica em 2002, obrigando o governo a fornecer gratuitamente as drogas pertencentes ao “coquetel anti-Aids” (POSEH, 2006). Após a decisão da Corte Constitucional e o rechaço da comunidade internacional à posição do presidente Mbeki, o governo recuou na sua decisão, prevendo o fornecimento do “coquetel anti-Aids” na tentativa de diminuir a transmissão do vírus HIV das mães para seus bebês.

Esta sequência de ações desorganizadas, a desarticulação dos diversos órgãos estatais, a falta de sinergia entre governo e sociedade civil, juntamente com a postura “negacionista” do presidente Mbeki, tiveram como consequência nefasta o aumento alarmante do número de pessoas infectadas com o HIV/Aids. Isso garantiu a África do Sul o triste recorde de país com maior número de infectados, que chega, numa das diversas estimativas, a 5 milhões e meio de pessoas

(aproximadamente um terço da população adulta) vivendo com o vírus HIV e ao assustador número de mil mortes por dia devido à Aids (PEMBREY, 2007).

O sucinto histórico da epidemia de Aids no Brasil e na África do Sul exposto até aqui buscou contextualizar o problema e resgatar fatores que podem ser explicativos para respostas governamentais tão díspares em países relativamente semelhantes do ponto de vista socioeconômico. Na próxima seção será feita uma tentativa de resgatar tais fatores na ampla literatura escrita sobre o tema, com o intuito de entender quais desses fatores são preponderantes para explicar as diferentes respostas governamentais em ambos os países.

Aids, sexualidade, raça e identidade nacional

Os programas governamentais de combate à Aids no Brasil e na África do Sul foram objeto de diversos trabalhos que analisam tanto o “sucesso” do primeiro quanto o “fracasso” do segundo. Embora os diagnósticos apontem diversas variáveis explicativas para ambos os casos, algumas delas, referentes ao sistema político de ambos os países (sistema de governo, arcabouço burocrático, participação ou não da sociedade civil, entre outras), foram recorrentemente citadas.

Para refletir sobre estas experiências, tomamos por base a literatura acima citada e o importante trabalho de V. Gauri e E. Lieberman (2004), que se empenharam especificamente em analisar as respostas governamentais de combate à Aids no Brasil e na África do Sul. Neste trabalho, os autores realizam o exame de diversas variáveis apontadas na literatura e verificaram a relevância delas para compreender os dois casos analisados. Fatores como organização da burocracia estatal responsável pela política de Aids, centralização administrativa, existência de uma sociedade civil atuante na área e capacidade de ação estatal, entre outras, foram levadas em conta na análise. Os autores sustentaram que dois fatores explicariam as respostas divergentes em relação à Aids: a descentralização das instituições políticas preexistentes e a força da comunidade política nacional. Gauri e Lieberman (2004) observaram que a descentralização do aparato estatal no Brasil, em virtude de sua organização federal, foi fundamental para uma resposta relativamente precoce e eficaz no combate à doença. Para eles, as instituições políticas estabeleceriam o espaço político (*policy surface area*) disponível para a ação dos empreendedores de políticas públicas (*policy entrepreneurship*). Esse espaço aumentaria quanto maior fosse o número de pontos autônomos de tomada de decisão de políticas

públicas. Em contextos institucionais descentralizados, tais empreendedores poderiam realizar rápidos progressos no que concerne à implementação de políticas públicas no nível subnacional, criando com isso parâmetros e pressão política de baixo para cima. Este seria o caso do Estado de São Paulo, que criou um programa de combate à Aids já em 1983, servindo de exemplo para outros estados e para o Governo Federal (GALVÃO, 2000). No caso específico da Aids, que esteve inicialmente vinculada a práticas sexuais “desviantes”, constituindo para muitos políticos um “bicho-papão político” (*political boogeyman*), a descentralização criou mais oportunidades para que ações fossem tomadas em nível local, pressionando os níveis mais altos da administração a tomarem consciência da dimensão do problema e atuarem de forma a resolver a questão nacionalmente (GAURI; LIEBERMAN, 2004).

Outro aspecto apontado pelos autores foi o caráter fragmentado do poder político no Brasil. Além do federalismo, os autores apontaram a fragmentação do sistema partidário (no qual, no período de 1985 a 2004, nenhum partido obteve a maioria das cadeiras no Legislativo) e a existência de diversas esferas de poder (por exemplo, a separação dos poderes e a importância do judiciário) como aspectos do sistema político brasileiro que ampliaram as oportunidades para implementar a política de Aids no Brasil.

Ao observarmos o sistema político sul-africano, nota-se um contexto político radicalmente distinto. O Estado sul-africano herdado do governo da minoria branca é extremamente centralizado e ainda continua assim em grande medida, mesmo com as iniciativas de descentralização previstas pela Constituição promulgada em 1996 (BUTLER, 2003). Ademais, o sistema de governo é um híbrido de presidencialismo e parlamentarismo (o presidente é eleito pelo parlamento, mas possui poderes equivalentes aos presidentes em sistemas presidencialistas) com um partido dominante (o CNA), que controla mais de 60% dos assentos do parlamento e a maioria dos governos provinciais (BUTLER, 2003; GAURI; LIEBERMAN, 2004). Exemplo dos efeitos desta centralização foi a repreensão, por parte do governo central em 2002, de iniciativas como a do governo da província de Kwazulu-Natal, de disponibilizar o “coquetel anti-Aids” para mulheres grávidas nos seus serviços de saúde, quando da polêmica lançada pelo presidente Mbeki sobre a real eficácia desses medicamentos (GAURI; LIEBERMAN, 2004). Como dito anteriormente, a ação dos governos provinciais é limitada ainda pela

dependência dos recursos repassados pelo governo nacional, responsável pela arrecadação de impostos. Visto que a maioria das províncias está sob o controle do CNA, a pressão para seguir as orientações políticas nacionais é dupla, tanto por parte do Executivo quanto da liderança do partido. Esta, por outro lado, é adepta da prática do “centralismo democrático”, no qual as decisões das instâncias superiores do partido devem ser seguidas à risca pelas instâncias inferiores, sob o risco de diversas formas de sanções (BUTLER, 2005; GAURI; LIEBERMAN, 2004).

O outro conceito apontado pelos autores como explicativo das respostas governamentais distintas de combate à Aids no Brasil e na África do Sul é a força da comunidade política nacional (CPN). Formulada como “uma definição patrocinada pelo Estado de quem está ou não incluído na ‘nação’ e de que forma” (GAURI; LIEBERMAN, 2004, p. 12), a CPN teria grande influência nos níveis gerais de apoio às políticas de combate à Aids por meio do impacto que ela promoveria nas percepções dos riscos e das responsabilidades, assim como nos cálculos em relação aos benefícios da ação de combate à epidemia” (GAURI; LIEBERMAN, 2004, p. 12). Em outras palavras, a força da CPN seria medida pela intensidade dos vínculos de pertencimentos individuais a um determinado grupo de cidadãos que são atendidos pelos serviços do Estado. Para os autores, a África do Sul, por todo seu histórico de segregação racial e de conflitos étnicos sangrentos, teria uma CPN fraca. Para eles, particularmente as clivagens étnicas constituiriam um importante impedimento para a formação de um sentimento forte de pertencimento a uma comunidade, que, por sua vez, impediria a formulação e implantação de políticas públicas (GAURI; LIEBERMAN, 2004). A variável “força da CPN” também teria importância para compreender especificamente a política de Aids.

Como salientado anteriormente, a epidemia de Aids foi “racializada” desde seu início, com brancos acusando negros de disseminarem a doença e negros acusando brancos de implantarem conscientemente o vírus, visando a dizimar a população negra, além de os homossexuais serem alvo de várias acusações de terem trazido o vírus HIV para o país. Já no Brasil, a Aids teria sido identificada como um problema nacional, passível de atacar tanto heterossexuais como homossexuais, da mesma forma que brancos e negros (GAURI; LIEBERMAN, 2004).

É com relação à variável “força da CPN” que gostaríamos de pontuar algumas questões que consideramos relevantes para melhor compreender as distintas respostas

governamentais no combate à Aids. É importante salientar que, tal como formulado no texto, o conceito de CPN é definido de forma dúbia e imprecisa, em algumas partes do texto significando uma definição de nação enquanto sentimento de pertencimento e de solidariedade e em outras significando meramente a soma dos indivíduos que são legalmente reconhecidos como cidadãos de um determinado país. Além disso, os indicadores da suposta “força” ou “fraqueza” da CPN são limitados, visto que os autores apontam dados esparsos do *World Value Survey* para sustentarem sua hipótese. Mesmo assim, eles próprios já indicam em várias passagens do texto o que seria, a nosso ver, a questão mais relevante para entender as respostas governamentais tão díspares à epidemia de Aids: a complexa relação entre Aids, sexualidade, raça e identidade nacional no Brasil e na África do Sul.

A Aids, da mesma forma que outras doenças sexualmente transmissíveis, a exemplo da sífilis, traz consigo uma grande carga de estigma e preconceito, e o combate a elas envolve mudanças de hábitos e práticas fortemente enraizadas nas crenças e valores culturais de uma determinada sociedade, dificultando com isso a ação dos poderes públicos. Ao olharmos para o caso brasileiro, já podemos encontrar na sua história um importante exemplo de “sucesso” de políticas concernentes à sexualidade. Ao analisar a política de combate às doenças venéreas (em especial a sífilis) no final do século XIX e princípio do século XX, Carrara (1994) observou como o Brasil aplicou uma política relativamente ampla de profilaxia e de educação sexual com vistas a controlar a expansão da doença. Ao contrário dos países europeus, que aplicaram a regulação ou a proibição da prostituição como forma de combate às doenças venéreas, no Brasil, os poderes públicos adotaram uma postura de promover a educação sexual da população masculina, visando a combater o preconceito, visto como obstáculo à erradicação da doença e modificar práticas sexuais existentes (CARRARA, 1996). Mais ainda, o Governo Federal, buscando defender a “nação”, disponibilizou uma estrutura relativamente ampla de clínicas para tratamento da doença (os dispensários antivenéreos), além de criar um serviço de “visitadoras”, que buscavam “dissuadir” as prostitutas a tratarem as doenças venéreas. Ao invés de adotar um discurso puramente moralista e de repressão à prostituição, o governo brasileiro tomou uma postura “pragmática”, buscando mudanças do comportamento sexual masculino e provendo os meios para a cura da doença, postura essa seguida posteriormente por países europeus (CARRARA, 1994 e 1996).

Já no caso sul-africano, ainda nos primórdios da colonização inglesa, as políticas de saúde sempre estiveram relacionadas aos discursos e práticas racistas do governo colonial branco em relação aos “nativos”. Em vários momentos, as metáforas raciais de “pureza” e “degeneração” influenciaram as intervenções sanitárias que tentavam “gerir” o “perigo” oriundo de localidades superpovoadas por “nativos” que começavam a surgir nas principais cidades sul-africanas no princípio do século XX. Ao analisar a “síndrome sanitária” presente no combate do governo colonial inglês à peste bubônica na Colônia do Cabo, Swanson (1977) aponta que uma importante linha de ação do Estado consistiu em separar e isolar a população branca da horda de “nativos” (africanos, *coloreds* e indianos), vista como principal “vetor” da disseminação da doença na colônia. Foi neste contexto que se iniciou a prática de “deslocamento compulsório” da população “nativa” das zonas centrais das grandes cidades para áreas especificamente designadas nas periferias dessas cidades. Esta prática foi recorrente durante o período do *apartheid* (1948-1994), que alegava motivos “de saúde pública” para expulsar e deslocar populações faveladas das periferias das principais cidades sul-africanas (POSEL, 2006). Estas favelas eram caracterizadas como locais “catalisadores de uma desenfreada promiscuidade e decadência moral” oriundos do processo de “destribalização” dos “nativos” (POSEL, 2006). Estes eram vistos como detentores de uma sexualidade supostamente “animalesca e promíscua” e representavam um “perigo” para a população civilizada branca. Por sinal, até o fim do *apartheid*, a sexualidade era, ao contrário do Brasil, objeto de extrema regulação por parte do Estado, que proibia a prática sexual entre pessoas de grupos raciais distintos⁶ (MOUTINHO, 2004), a exposição e a discussão pública de questões relacionadas ao sexo (POSEL, 2006) e condenava a prática da sodomia tanto em âmbito público como privado (GEVISSER, 1995).

Neste ponto é importante resgatar a controvérsia levantada pelo presidente Mbeki em relação à contaminação via sexual por HIV/Aids. Segundo Posel (2006), o presidente negaria a vinculação entre Aids e sexo de duas formas: a primeira, afirmando que a Aids está vinculada à pobreza e à desnutrição e não ao sexo; e a segunda, recusando tal vinculação, que, se verdadeira, para ele (em vista da dimensão do problema) teria consequências intoleráveis. Para Mbeki, afirmar que a Aids é transmitida por via sexual é reiterar argumentos racistas, enraizados nos estereótipos sobre “a voraz e violenta sexualidade do homem negro” (POSEL, 2006, p. 53). Ao analisar relações inter-raciais no Brasil e na África do Sul, Moutinho (2004) aponta

para a importância que o desejo erótico inter-racial teve como “constituidor da nação”, mesmo que de formas radicalmente distintas. No Brasil, o casal formado pelo “português libidinoso” e a “mulata” de Gilberto Freyre foi saudado como a “realização do erotismo que une ‘raça’, nacionalidades e classes distintas, cerzindo as alteridades e corporificando uma nação” (MOUTINHO, 2004, p. 425). Já na África do Sul, a ameaça representada pelo desejo do “homem negro” pela “mulher branca” expressa o sentimento de destruição do *volk* africâner, destruição essa que, “ao ‘demonizar’ as alteridades raciais, alimentava fronteiras, desenvolvendo um certo sentimento de pertencimento e, também neste caso, de nação” (MOUTINHO, 2004, p. 425). Ao invés de pensar numa “comunidade política nacional” “fraca” ou “forte” (GAURI; LIEBERMAN, 2004), é importante refletir como cada comunidade política constrói sua ideia de nação e a forma como, no caso específico do Brasil e da África do Sul, a “raça” e a sexualidade se inter-relacionam neste processo.

A recusa do presidente Mbeki em reconhecer a vinculação entre Aids e prática sexual demonstra como as representações essencializantes e estigmatizantes de raça, sexualidade e doença (principalmente referentes à sexualidade e ao corpo do “homem negro”) ainda permeiam o imaginário social da África do Sul pós-*apartheid*’ (POSEL, 2006), dificultando uma resposta governamental mais agressiva à epidemia de Aids. Longe de retratar o Brasil como um paraíso de liberação sexual e tampouco uma “democracia racial”, não se pode negar que o processo de construção da identidade nacional brasileira propiciou um contexto social mais favorável, em relação à África do Sul, a uma resposta eficaz à epidemia de Aids. Como afirma Carrara (1996), a própria política antivenérea teve grande importância na expansão da ação do Estado brasileiro e no processo de construção nacional (*nation-building*). Portanto, sustentamos a hipótese de que as intrincadas relações entre as instituições políticas e a construção da ideia de nação no Brasil e na África do Sul ajudam a compreender de forma mais acurada as respostas tão distintas ao problema representado pela epidemia de HIV/Aids em contextos sociais, do ponto de vista socioeconômico, relativamente semelhantes.

Considerações finais

Ao analisar a política de Aids, pode-se refletir sobre algumas questões relevantes para as ciências sociais em geral e a ciência política em particular. A primeira delas diz respeito à importância de analisar as dinâmicas específicas que a epidemia de

Aids apresentou nos diversos contextos nacionais. Ao invés de aplicar rigidamente o manual de “boas práticas” e as experiências de “sucesso” de outros países, é importante levar em conta, na elaboração e implementação de políticas públicas, as especificidades da epidemia de Aids em cada sociedade.

Outra questão diz respeito a análises das políticas de Aids que levam em conta apenas variáveis institucionais e que enfatizam uma suposta “racionalidade” dos atores envolvidos na elaboração e implementação dessas políticas. Como tentamos demonstrar ao longo do texto, as instituições políticas são uma variável-chave na compreensão dos rumos tomados pelas distintas políticas de combate à Aids. Contudo, essas instituições estão localizadas em contextos nacionais específicos, são moldadas por processos mais amplos de construção da nação (*nation-building*) e os atores nelas envolvidos estão imbuídos de valores e práticas concernentes às culturas específicas. Neste ponto é importante salientar o vínculo intrínseco entre cultura e política. No caso específico da Aids, pode-se observar como os valores e as representações culturais influenciaram decididamente as respostas das instituições políticas à expansão da doença, e como tais valores e representações foram em grande parte frutos de amplos processos políticos de construção da nação, a exemplo da ideologia de “demonização” do corpo negro promovida pela minoria branca durante o *apartheid*.

Mais ainda, é importante frisar o papel que a sexualidade teve na constituição do ideal de nação em ambos os países. No Brasil, por um lado, isso se deu por meio da exaltação do “encontro” entre as “raças”, representado pelo casal “homem branco” e “mulher mestiça” que unia “raça”, nacionalidades e classes distintas, cerzindo as alteridades e corporificando uma nação” (MOUTINHO, 2004, p. 425). Na África do Sul, por outro lado, a negação e a “demonização” do desejo sexual do “homem negro” pela “mulher branca” foram fundamentais para sedimentar a fronteira intransponível entre a minoria branca e a maioria negra e o sentimento de pertencimento ao *volk* africâner, constituindo um ideal de nação segregado racialmente, que permanece em grande medida até hoje.

Referências

- BOONE, C.; BATSELL, J. Politics and Aids in Africa: Research Agendas in Political Science and International Relations. *Africa Today*, v. 48, n. 2, p. 3-33, 2001.
- BUTLER, A. South Africa's HIV/Aids policy, 1994-2004: how can it be explained? *African Affairs*, v. 104, n. 417, p. 591-614, 2005.

- CAMAY, P.; GORDON, A. *Evolving democratic governance in South Africa*. Johannesburg: Core, 2004. 480 p.
- CARRARA, S. A Aids e a história das doenças venéreas no Brasil. In: PARKER et al. (org.). *A Aids no Brasil* (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 360p.
- CARRARA, S. *Tributo a Vênus*: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 339p.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Patente quebrada: o Brasil tem o direito de licenciar droga anti-Aids e boas razões para fazê-lo; isso não implica que decisão seja sem custos. São Paulo, 05.mai.2007, Editorial.
- GALVÃO, J. *Aids no Brasil*: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Editora 34, 2000. 256 p.
- GAURI, V.; LIEBERMAN, E. Aids and the State: The politics of government responses to the epidemic in Brazil and South Africa. In: ANNUAL MEETINGS OF THE AMERICAN POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION. Chicago, 2004. 52 p.
- GEVISSER, M. A different fight for freedom: a history of South African lesbian and gay organization from the 1950s to the 1990s. In: GEVISSER, M.; CAMERON, E. (org.). *Defiant desire*: gay and lesbian lives in South Africa. New York: Routledge, 1995. p. 14-86.
- JOHNSON, K. The Politics of Aids policy development and implementation in post-apartheid South Africa. *Africa Today*, v. 51, n. 2, p. 107-128, 2004.
- JOHNSON, R. W. *Historia de Sudáfrica*: el primer hombre, la última nación. Barcelona: Random House Mondadori, 2005. 421 p.
- LEVI, G. C.; VITÓRIA, M. A. A. Fighting against Aids: the Brazilian experience. *Aids*, v. 16, n. 18, p. 2.373-2.383, 2002.
- MACRAE, E. *A construção da igualdade*: identidade sexual e política no Brasil da “Abertura”. Campinas: Ed. Unicamp, 1990. 321p.
- MOUTINHO, L. *Razão, “cor” e desejo*: uma análise comparativa sobre relacionamentos afetivo-sexuais “inter-raciais” no Brasil e na África do Sul. São Paulo: Ed. Unesp, 2004. 452p.
- PEMBREY, G. HIV & Aids in South Africa. Disponível em: <<http://www.avert.org/aidssouthafrica.htm>>. Acesso em: 02.abr.2007.
- POSEL, D. A controvérsia sobre a Aids na África do Sul: marcas da política de vida e morte no pós-apartheid. *Afro-Ásia*, n. 34, p. 39-66, 2006.
- ROBINS, S. Sexual rights and sexual cultures: reflections on “the Zuma affair” and “new masculinities” in the new South Africa. *Horizontes Antropológicos*, ano 12, n. 26, p. 149-183, 2006.
- ROSS, R. *A concise history of South Africa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. 219 p.

SCHNEIDER, H.; STEIN, J. Implementing Aids policy in post-apartheid South Africa. *Social Science and Medicine*, v. 52, p. 723-731, 2001.

SCHNEIDER, H.; e FASSIN, D. *Denial and defiance: a socio-political analysis of Aids in South Africa*. *Aids*, v. 16, suppl. 4, S45-S51, 2002.

SWANSON, M. The sanitation syndrome: bubonic plague and urban native policy in the Cape Colony 1900-1909. *Journal of African History*, XVIII, n. 3, p. 387-410, 1977.

Notas

¹ O Licenciamento compulsório está previsto no artigo 71 da Lei nº 9.279/96, que possibilita a quebra de patentes de medicamentos em casos de “emergências sanitárias ou de interesse público” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2007).

² *Reservation of Separate Amenities Act* de 1953

³ Entre a população negra, a Aids tinha o apelido de “*Afrikaner Invention to Deprive us of Sex*” (GAURI; LIEBERMAN, 2004).

⁴ Um dos termos acordados no processo de transição democrática foi a manutenção da estabilidade no emprego, por cinco anos, dos funcionários públicos do regime da minoria branca (JOHNSON, 2004).

⁵ Baseado na peça de Mbongeni Ngema e estrelado por Whoopi Goldberg, o filme trata da história de uma professora que ensina seus jovens alunos negros a lutarem por seus direitos na África do Sul sob o regime do *apartheid*. O filme foi lançado em 1993 e dirigido por Darrel Roodt.

⁶ *Prohibition of Mixed Marriage Act* de 1949 e *Immorality Act* de 1950.

⁷ Outro importante trabalho que aponta tal persistência é a análise do processo oriundo da acusação de estupro contra o deputado do CNA Jacob Zuma em 2006 (ROBINS, 2006).

Abstract

Aids, Politics and Sexuality: analyzing government responses to Aids in Brazil and South Africa

This paper attempts to analyze the governmental responses to Aids epidemic in two conflicting cases: Brazil and South Africa. Drawing on the examination of Aids epidemic's trajectories in both countries and the extensive literature about that thematic, we try to comprehend the reason for such diversified governmental responses to those similar sociopolitical contexts. The paper supports that the inter-relations between political institution and wider processes of nation-building can explain such different governmental responses to Aids and illuminate the complex relationship between Aids, sexuality, race and national identity in Brazil and South Africa.

► Key words: Aids policy, Brazil, South Africa, political institutions, national identity.