

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**CLÁUDIO JOSÉ PIOTROVSKI DIAS**

**A TRAJETÓRIA SOROPOSITIVA DE HERBERT DANIEL (1989-1992)**

**Rio de Janeiro**  
**2012**

**CLÁUDIO JOSÉ PIOTROVSKI DIAS**

**A TRAJETÓRIA SOROPOSITIVA DE HERBERT DANIEL (1989-1992)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dilene Raimundo do Nascimento

Rio de Janeiro  
2012

D541t Dias, Cláudio José Piotrovski.

A trajetória soropositiva de Hebert Daniel (1989-1992) / Cláudio José Piotrovski Dias. – Rio de Janeiro: s.n., 2012. 133 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 2. História das doenças. 3. Saúde pública. 4. Homossexualidade 5. Daniel, Herbert 6. Brasil.

CDD 616.9

# CLÁUDIO JOSÉ PIOTROVSKI DIAS

## A TRAJETÓRIA SOROPOSITIVA DE HERBERT DANIEL (1989-1992)

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovada em fevereiro de 2012.

### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dilene Raimundo do Nascimento (FIOCRUZ) - Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Maria Dias Fernandes (FIOCRUZ)

---

Prof. Dr. Veriano Terto Júnior (Associação Interdisciplinar de AIDS - ABIA)

### Suplentes:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Beatriz de Sá Almeida (Pesquisadora FIOCRUZ)

---

Prof. Dr. Fernando Sérgio Dumas (FIOCRUZ)

Rio de Janeiro

2012

Dedico esta dissertação a “mor”, Jay, e àqueles que perdi.

## AGRADECIMENTOS

Para que o desenvolvimento desta dissertação fosse possível, muitas pessoas dedicaram apoio, auxílios e leituras. A eles desejo agradecer agora:

Em primeiro lugar, devo agradecer imensamente Dilene Raimundo do Nascimento, minha orientadora. Não apenas pelas correções na dissertação, mas também por ter aceitado orientar alguém de outro Estado, com personalidade diferente, dura – como muitas vezes a própria Dilene Nascimento afirmou – e por isso, muitas vezes incompatível com o jeito carioca de ser. Assim, agradeço por sua paciência e dedicação.

Aos professores que ministraram aulas assistidas por mim. De maneira indireta, também auxiliaram na escrita desta dissertação, quando fomentaram idéias, fizeram críticas, sugeriram diferentes caminhos a serem seguidos. É o caso da própria Dilene Nascimento, Luiz Antônio Teixeira, Flávio Coelho Edler e Robert Wegner.

Aos membros da banca de qualificação, Veriano Terto Júnior e Tânia Maria Fernandes, pelas enormes contribuições, que tornaram esta dissertação, espero, um tanto mais consistente, coerente e melhor escrita.

A todos os funcionários da Casa de Oswaldo Cruz, que sempre amavelmente me auxiliaram, na secretaria, na biblioteca, no xérox, ou qualquer outro departamento.

À Fundação Oswaldo Cruz, pela bolsa concedida. Sem este auxílio, minha pesquisa se tornaria inviável.

Quero agradecer especialmente os amores da minha vida: minha esposa Maria Andréia e minha filhona Jenni, que compreensivamente aceitaram minha estadia de quase um ano no Rio de Janeiro, ficando ambas com a dura tarefa de zelar por nossa casa e cuidar do outro amor que ilumina minha vida, a Mouriscah.

A meu pai e mãe, por salutares auxílios financeiros, por entrarem em contato praticamente todos os dias comigo enquanto estive no Rio, pelas cansativas viagens de

Ponta Grossa até o aeroporto Afonso Pena em Curitiba, e, no caso de meu pai, por ter adotado o Choc.

Aos colegas que tive a imensa honra de conviver na COC, em especial àqueles que tive maior contato, como Miguel, Marcela, Ricardo, Luciana, Rafael, Cleice, Carla, Matheus, Éricka, Vanessa ou aos que fizeram companhia nas longas, tortuosas e torturantes viagens de “665 Pavuna-Saens Pena” – Leandro, Daniele e Mônica. De alguma forma, essas maravilhosas pessoas que sempre levarei em meu coração me ajudaram no desenvolvimento da dissertação, mas também me ensinando sobre o Rio de Janeiro, cedendo moradia por alguns dias, e até mesmo emprestando dinheiro.

Àqueles companheiros e companheiras que dividiram quartos/ moradias comigo, e também me ensinaram muito e aliviaram diversos momentos de solidão, como Radialista, Carlos, Augusto, Guilherme, Micheli, Pollyana, Maicon, Alda, Surama, André, Sônia, Stephen, Gaúcho, Ilan.

Aos meus grandes e eternos companheiros de banda, Ale, Jerba, Kiko e Alessandro, que ajudaram a amenizar o stress na reta final de escrita, sempre presentes na hora de fazer e escutar o nosso amado heavy metal.

À Silvia e Gabriel, minhas grandes amizadas “acadêmicas”, sempre dispostos a discutir algo do meu trabalho.

Por fim, aos funcionários da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), em especial Eva, por ter fornecido 99% das fontes que me permitiram analisar a experiência soropositiva de Herbert Daniel. Também aos funcionários da biblioteca da Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e da Biblioteca Nacional, que prestativamente me auxiliaram na busca de matérias sobre AIDS publicadas em revistas e jornais.

We live our lives in fever, in a choking sweat of fear  
In the heat of the night you can feel so much  
In the heat of the night I scream "Don't touch!"  
I remember a time when we used and abused  
We fought all our battles in vain  
I remember a time we thought that passion was free  
In the heat of the night... bodies aflame  
We live in fever... (Iron Maiden, *Fear is the key*)



## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1: O surgimento da AIDS e a construção de um novo tipo de pessoa: o “aidético” .....</b>	<b>15</b>
1.1 - Uma história da AIDS: fontes e pressupostos teórico-metodológicos .....	15
1.2 - A transmissão sexual do HIV: Da “peste gay” à AIDS .....	22
1.3 - Um atestado de óbito ou um longo caminho até o coquete .....	34
1.4 - A morte antes da morte .....	45
<b>Capítulo 2 - Política, homossexualidade e AIDS: a trajetória de Herbert Daniel até a soropositividade.....</b>	<b>54</b>
2.1 - Rastros de uma vida: fontes para analisar aspectos estruturantes da identidade de Herbert Daniel.....	54
2.2 - Entre a Ditadura e a Guerrilha: propostas de Daniel para a construção da cidadania.....	58
2.3 - O gueto homossexual e a perda da autonomia sobre o próprio corpo .....	66
2.4 - Contra tudo e contra todos: as severas críticas de Daniel à mídia, religião, medicina e homossexuais na questão da AIDS .....	76
<b>Capítulo 3 - A vivência com a AIDS: discussões de Herbert Daniel sobre a soropositividade .....</b>	<b>90</b>
3.1 - O “Aidético” ou “aquele que vai morrer”: a compreensão de Daniel sobre a morte biológica e a valorização da vida .....	92
3.2 - A morte em vida e a “vida antes da morte”: a luta de Daniel contra a “morte civil” imposta ao “aidético”.....	95

3.3 - Não somente uma “peste gay” ou doença dos “grupos de risco”: um trauma da civilização .....	105
3.4 - A herança deixada por Daniel: mudanças na percepção social da AIDS e do soropositivo após seu falecimento.....	110
<b>4 - Considerações finais.....</b>	<b>115</b>
<b>5 – Bibliografia.....</b>	<b>120</b>
5.1 – Fontes.....	120
5.1.1 – Artigos e livros escritos por Daniel.....	120
5.1.2 – Periódicos .....	121
5.1.3 – Vídeos.....	122
5.1.4 – Atos normativos.....	122
5.2 - Referências bibliográficas .....	123
<b>6-Apêndices .....</b>	<b>129</b>
6.1 - Matérias sobre AIDS em seções específicas da revista "Veja" .....	130
6.2 - Matérias sobre AIDS em seções específicas da revista "Isto É" .....	131
6.3 – Matérias sobre AIDS em seções específicas da revista "Superinteressante".....	132
6.4 – Cronologia Herbert Daniel .....	133

## **RESUMO**

Nesta dissertação temos como principal objetivo analisar a experiência soropositiva de Herbert Daniel (1946-1992), importante militante político que atuou em prol dos direitos daqueles que se tornavam pacientes de AIDS no Brasil. Tendo como recorte temporal específico os anos entre 1989 e 1992, anos em que Daniel conviveu com o vírus HIV – embora, a fim de podermos contextualizar o objeto de pesquisa, montamos uma história da AIDS entre 1983, época dos primeiros casos da doença no Brasil, e 1996, quando começou a ser distribuída a terapia tríplice no país – buscamos mostrar que este indivíduo interagiu com as concepções dominantes sobre aquela enfermidade e sobre quem dela adoecia, ao passo que o advento da soropositividade marcou continuidades e rupturas em sua trajetória social.

Palavras-chave: Herbert Daniel, História da AIDS, História das Doenças, Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

In this paper we meant to examine the experience of seropositive Herbert Daniel (1946-1992), a leading political activist who worked for the right of those who became AIDS patients in Brazil. Having specific time frame as the years between 1989 and 1992, years in which Daniel lived with HIV – although, to be able to contextualize the research object, we set up an AIDS story from 1983, when the first cases of the disease in Brazil and 1996, when government began to be distributed to triple therapy in the country – we seek to show that this individual has interacted with the dominant conceptions about that illness and who got sick of it, while the advent of seropositivity marked continuities and ruptures in their social trajectory.

Key words: Herbert Daniel, history of AIDS, history of diseases, Public Health.

## **Introdução**

Este trabalho é uma análise da trajetória soropositiva de Herbert Daniel, importante ativista pelos direitos dos pacientes de HIV/AIDS no Brasil. Militante guerrilheiro durante a passagem da década de sessenta e setenta contra o Governo Militar que se instaurou no Brasil a partir de 1964, exilado político na Europa entre 1974 e 1981, ano em que voltou ao país, Daniel passou a escrever constantemente, dentre outros assuntos, sobre a estranha enfermidade, identificada primeiramente nos Estados Unidos, e que passou a ter os primeiros casos identificados no Brasil em 1983, a AIDS.

Nesta época, a doença era identificada automaticamente a certos segmentos sociais, que ficaram conhecidos como os “grupos de risco” para a AIDS, formados por usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, receptores de sangue, mas principalmente, por homossexuais, grupos mais atingidos até o começo por quase uma década e meia, quando heterossexuais tomaram a dianteira nas estatísticas de infecção por HIV. Vale lembrar, porém, que desde os primeiros casos no Brasil, e principalmente após 1987, cientistas, médicos e jornalistas chamavam a atenção para notificações de AIDS fora dos “grupos de risco” e a forte possibilidade de que ela se tornasse geral, isto é, atingisse toda a população indiscriminadamente.

De toda a forma, as reações sociais diante de uma nova enfermidade, misteriosa, que apresentava uma assombrosa taxa de letalidade e que driblava todas as tentativas médicas de compreendê-la, esteve calcada no pânico e na culpabilização e negação dos mais atingidos pelo vírus HIV. Não é difícil encontrar assertivas estigmatizantes dirigidas à homossexuais, vistos muitas vezes como responsáveis pelo aparecimento da AIDS, já que incorriam em práticas consideradas “ilícitas” e “reprováveis”, como a promiscuidade e o sexo anal.

Por estes discursos, Herbert Daniel, que escrevia na década de oitenta também sobre sua experiência como homossexual, passou a tentar desconstruir algumas “verdades” sobre a doença, notadamente o discurso sobre sua letalidade e aquele que sustentava a “peste gay”. Também por isso, participou ativamente, como diretor-fundador inclusive, da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e fundou o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do doente de AIDS (Grupo pela Vidda).

Após descobrir-se soropositivo, em 1989, Daniel passou a escrever ainda mais sobre a moléstia, quando intensificou em seus textos, livros e entrevistas televisivas a defesa dos direitos soropositivos e as pesadas críticas que fazia ao Ministério da Saúde, aos homossexuais brasileiros, à Igreja Católica, à mídia e à medicina – instituições que, segundo ele, sustentavam discursos discriminatórios em relação ao paciente de AIDS.

Até 1992, ano em que faleceu, Daniel teve uma produção e militância sobre AIDS extremamente significativa. Por isso, ele se apresenta a nós como um indivíduo exemplar para a análise da vivência soropositiva. Mais do que isso, ele permite que respondamos algumas indagações: como um indivíduo homossexual percebeu os discursos dominantes que se abatiam sobre o soropositivo, em especial o soropositivo homossexual? O discurso que construía a “peste gay” ainda era uma preocupação entre 1989 e 1992, ano em que Daniel viveu a soropositividade? Como paciente de AIDS, respondeu de que maneira à relação automática entre a doença e morte? Como Daniel pensou e reagiu à exclusão praticamente imposta ao soropositivo? De maneira contrária, como a enfermidade agiu nas percepções de sociedade que Daniel construiu ao longo de sua vida? Ela reforçou algumas questões centrais para ele, como a construção da cidadania no Brasil, ou marcou para ele rupturas?

Para responder tais indagações, lançamos mão dos conceitos “making up people/ looping effect”, teorizados por Ian Hacking, e à categoria “trajetória de vida”, como discutida por Ângela Porto. Ao longo dos capítulos os apresentaremos de forma detalhada, mesmo podendo afirmar de antemão que os conceitos oferecidos por Hacking permitem perscrutar a interação entre as classificações ou criações de tipos de indivíduos – como o “aidético”, termos sobre o qual nos debruçaremos a frente – e aqueles que se enquadram na nova denominação. Por seu turno, “trajetória de vida” nos auxilia a perceber as rupturas e continuidades na vida daquele que tem sua trajetória tomada de assalto por uma doença.

Direcionados desta forma, queremos somar a outros trabalhos que pensaram experiências individuais daqueles atingidos pela AIDS. cremos que trabalhos que pretendam analisar as difíceis relações entre um indivíduo doente, soropositivo, com as percepções sobre a doença que o circundam, sempre terão valor e importância, já que, por resgatarem experiências individuais, mostrarão invariavelmente algo novo e podem contribuir para indagações sobre o que é ser doente, como enfrentar preconceitos e discriminações e, em muitos casos, ter que aceitar uma provável morte.

Foi o que fizeram inúmeros autores. Veriano Terto Júnior (1997), em sua tese de doutorado, se perguntou como homossexuais reorganizaram suas vidas após o advento da AIDS. A partir da análise de quatro entrevistas, gravadas com três homossexuais soropositivos e um soronegativo, ele mostrou como a doença significou o começo da prática do sexo seguro e o abandono de locais específicos de gays. Por outro lado, argumenta Terto Júnior, a AIDS marcou continuidades para os quatro indivíduos, já que agiram obstinadamente de forma a manter o status social e econômico – ameaçado pela soropositividade – e também procuraram locais de discussão, auxílio e militância em prol dos pacientes da moléstia, pois todos estiveram envolvidos em organizações do movimento homossexual brasileiro na década de setenta.

Já Fernando Seffner (1995) pensou a trajetória de soropositivos independente de sexualidade, gênero, etc. Fez um trabalho de campo no Grupo de mútua ajuda do GAPA (Grupo de Apoio a portadores de AIDS) do Rio Grande do Sul. Sua pesquisa foi ampla, analisou trajetória de homens e mulheres, e pontuou diversas estratégias de enfrentamento operados por tais pessoas, face os problemas instaurados pela AIDS em diversos aspectos de suas vidas, como as relações amorosas e sexuais, com profissionais de saúde, familiares e empregadores. Além disso, Seffner discorreu sobre a tensa convivência dos entrevistados com o corpo que passava a apresentar os efeitos da ação do HIV, as angústias suscitadas por cada internação hospitalar, as relações com a religião e a administração do tempo, que muitas vezes se tornava imediato: as ações deveriam ser tomadas “já”, pois o amanhã poderia não existir.

Outro trabalho que segue a linhas destes dois últimos autores é “A Trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contadas pela história oral”, de Maria Rita de Cássia Barreto de Almeida (2007). Tendo como fontes cinco colaboradores, homens e mulheres, esta autora acentuou questões referentes à morte eminente, aos problemas suscitados por comportamentos “ilícitos”, como homossexualidade e uso de drogas, sentimentos de culpa e um afastamento de relacionamentos sociais e sexuais. Contudo, a questão norteadora foi perceber como estas pessoas tenderam a não procurar auxílio na rede pública de saúde justamente por medo de sofrerem o processo de estigmatização e negação e estarem sujeitas a julgamentos sociais calcados em pressupostos morais, seja sobre sexualidade, seja sobre uso de drogas. Almeida afirma, por fim, que estes aspectos diminuía substancialmente a qualidade de vida dos soropositivos.

Dilene Raimundo do Nascimento (2005), que em sua tese de doutorado não teve como objetivo principal pensar a experiência soropositiva, mas sim as respostas sociais e políticas tanto à AIDS como à tuberculose, - segundo a autora, as duas “pestes” do século XX - discutiu algumas narrativas autobiográficas de soropositivos, dentre os quais o próprio Herbert Daniel, Hervé Guibert, Reinaldo Arenas, Harold Brodkey. Ela mostrou como a questão da morte e da homossexualidade permeou o discurso destes personagens, que construíram para si novas identidades, estruturadas no processo de adoecimento, no sofrer e na imediaticidade que a vida adquiriu a partir do diagnóstico.

Em outro texto, “Um caminho positivo: enfrentando o estigma da AIDS” (2004) Nascimento analisou uma experiência soropositiva indireta, de uma mãe que perdeu o filho devido a complicações em decorrência da AIDS. Assim a mãe conta o recolhimento de seu filho, as relações com o pessoal hospitalar que, atônitos ante uma doença desconhecida, tinham medo de tocá-lo; o medo da médica em confirmar o diagnóstico de HIV, por saber que não existiam possibilidades de tratamento; suas dúvidas enquanto à sexualidade do filho; o silêncio em torno da enfermidade do filho, como forma de enfrentamento dos momentos difíceis; e o engajamento no Grupo Pela Vida, como forma de reconstruir a vida após a perda do filho.

Em boa medida, estes trabalhos orientam e motivam o desenvolvimento da dissertação que agora apresentamos. Sua estrutura está assim dividida: no primeiro capítulo, depois de dialogar com autores que pensam a forma de trabalhar com revistas e campanhas publicitárias, documentos que utilizamos para mostrar o contexto em que Daniel adoeceu, e detalhar o conceito “making up people”, de Ian Hacking, destacamos, no período que se estende de 1983 à 1996, a formação e modificações no discurso epidemiológico da doença, os enunciados que muitas vezes culpabilizavam aqueles que adoeciam, notadamente homossexuais, além de sublinharmos a percepção social de que a AIDS era sinônimo de morte inexorável, e que levava os soropositivos à exclusão ainda em vida, assim como a busca por terapias que sanassem os efeitos da moléstia.

No segundo capítulo, destacamos a categoria de “trajetória de vida” a partir das argumentações de Ângela Pôrto. Metodologicamente, mostramos como podem ser trabalhados alguns documentos que figuram nesta parte da dissertação, a saber, autobiografias e textos ficcionais. A partir da documentação, discutimos aspectos importantes da percepção de Herbert Daniel sobre a ditadura, os grupos armados dos quais fez parte, a necessidade de se desenvolver a democracia e cidadania no Brasil,



além de suas considerações sobre homossexualidade e diversas críticas aos discursos dominantes construídos em torno da AIDS.

No terceiro capítulo, iniciamos fazendo uma discussão sobre o conceito “looping effect” de Ian Hacking, e voltamos a dialogar com Ângela Pôrto e aspectos referentes a “gestão da identidade” que deve ser levada a cabo por um indivíduo que se descobre doente. Após, fazemos uma breve discussão sobre a forma como fontes televisivas devem ser usadas pelo historiador, já que neste, elas figuram ao lado de artigos, livros e entrevistas. Depois desenvolvemos a análise sobre o objeto de pesquisa propriamente dito, isto é, a vivência soropositiva de Herbert Daniel, elencando suas argumentações a respeito da morte biológica e morte civil, seu repúdio a noção da AIDS como uma doença de alguns segmentos, e, por fim, escrevemos sobre algumas heranças deixadas por Daniel no que diz respeito à apreensão da moléstia.

## **Capítulo 1: O surgimento da AIDS e a construção de um novo tipo de pessoa: o “aidético”**

### **1.1 Uma história da AIDS: fontes e pressupostos teórico-metodológicos**

Neste capítulo mostraremos como foi delineado um novo tipo de pessoa, o “aidético”. Especificamente, o intuito é perceber como foram articulados enunciados sobre a AIDS como uma doença própria a homossexuais, bem como as ulteriores modificações operadas em tal discurso, verificadas a partir da segunda metade da década de oitenta. Outro objetivo é analisar como foi desenvolvido o discurso que afirmava uma morte certa, rápida e dolorosa ao indivíduo HIV positivo. Como extensão disso, cumpre também verificar práticas de exclusão impostas a tais pessoas, que levaram segundo Fernando Seffner (1995, p. 135), a uma morte antecipada.

Vale dizer, contudo, que usamos o termo “aidético” somente como forma de aproximação do contexto que analisamos. Por muitos anos esta foi a designação para aquele que contraía HIV. Porém, com o passar do tempo, tal neologismo se impregnou de concepções morais, denotando não somente um paciente de AIDS, mas uma pessoa que morreria em pouco tempo, definharia, era uma “pecadora”, alguém que incorria em promiscuidade. O próprio Herbert Daniel, como se verá nesta dissertação, criticou o uso do termo. Registramos, então, que atualmente usa-se o termo “soropositivo” para se referir à portadores de HIV, um termo, cremos, livre das metáforas criadas em torno da doença.

Dito isto, voltamos aos nossos objetivos. Para alcançá-los, o olhar estará direcionado para o período que vai de 1983, quando foram detectados os primeiros casos de AIDS no Brasil, até 1996, quando surge efetivamente o conjunto de remédios que tornaram a síndrome tratável, ainda que não curável.

A teoria que ilumina a escrita deste capítulo está embasada em algumas categorias analíticas oferecidas pelo filósofo Ian Hacking. Dele lançamos mão das ferramentas “making up people” e “looping effect”, tal como expostos no texto “Kinds Of People: Moving targets”, (HACKING, 2007, p. 285-318) publicado em “Proceedings of the British Academy”, no ano de 2007, e em “Making up people”, (HACKING, 2006) artigo originalmente lançado em “London Review of Books”, datado de Agosto de 2007. Hacking teorizou o par conceitual “making up people/ looping effect” a partir de exemplos:

Pensamos em vários tipos de pessoas como objetos de investigação científica. Às vezes, para controlá-los, como prostitutas, muitas vezes para ajudá-los,

como potenciais suicidas. Às vezes, para organizar e ajudar, mas ao mesmo tempo, manter-nos seguros, como os pobres ou os sem-teto. Às vezes, mudá-los para seu próprio bem e para o bem do público, como a obesidade. Às vezes, só para admirar, compreender, incentivar e talvez até mesmo a imitar, como (por vezes) gênios. Nós pensamos nestes tipos de pessoas como classes definidas por propriedades definidas. Assim que começamos a saber mais sobre estas propriedades, seremos capazes de controlar, ajudar, alterar, ou imitá-los melhor. Mas não é bem assim. Eles são alvos móveis, porque as nossas investigações interagem com eles, e os alteram. E já que eles são alterados, eles não são exatamente o mesmo tipo de pessoas como antes. O alvo se moveu. Eu chamo isso de “efeito looping”. Às vezes, nossas ciências criam tipos de pessoas que, em certo sentido, não existiam antes. Eu chamo isso de “construção de pessoas” (HACKING, 2007, p. 285-286).

Hacking se preocupou com a construção, por parte das ciências humanas - dentre as quais a medicina - de novos tipos de indivíduos e como estes interagem com a classificação. Por isso “making up people” (a construção de classificações que agem sobre pessoas) e “looping effect” (as pessoas classificadas interagem com a classificação, podendo inclusive alterá-la). Mas foi além. Ele desmembrou estes conceitos em demais categorias analíticas que auxiliam na percepção de como se define um novo indivíduo.

Assim, propôs aquilo que chamou de “enquadramento para análise”, importante para detectar cinco aspectos. Primeiramente, a nova classificação, qual seu conteúdo, a que moléstia diz respeito, como foi engendrada, etc. Em seguida, deve-se perceber como esta classificação se abate sobre determinados indivíduos, que tem as características do novo “tipo”. Num terceiro momento, há que se notar que a nova categorização tem o respaldo de diversas Instituições, que as dão sustentação perante a sociedade. Elas são entendidas por Hacking de maneira ampla, indo do Estados e organizações médicas até a mídia televisiva (HACKING, 2007, p. 297).

Logo após, é necessária a percepção de que a nova classificação está embasada em conhecimentos pré-existentes. Aqueles que a engendram se apropriam e resignificam outros saberes, sejam científicos ou populares. Por fim, a construção de um novo indivíduo só ocorre porque é levada a cabo por especialistas, que criam o conhecimento com o intuito de classificar para melhor conhecer e, assim, ajudar e/ ou controlar a pessoa classificada (HACKING, 2007, p. 297).

Tal dinâmica é sustentada ainda por “motores de descoberta” (HACKING, 2007, p. 305-306), que Hacking agregou ao “enquadramento de análise”. Tais categorias aprofundam a análise do delineamento do novo tipo. O filósofo diz que no processo de enquadramento são observados alguns itens, como a “contagem”, que é a averiguação do número de pessoas a serem classificadas. Parecido com esta existe a “quantidade”,

que é também um levantamento quantitativo, mas desta feita dos sintomas ou características. Qualitativamente falando, o autor destaca a “norma”, pois afirma que o indivíduo classificado invariavelmente não se enquadra no que é socialmente considerado normal (HACKING, 2007, p. 307-309).

Até por isso, a quarta categoria é chamada “correlação”, ou seja, uma pessoa só pode pertencer a categorização criada se alguns outros motivos o levaram a desenvolver os sinais característicos da sua nova identidade. Geralmente este fator externo é algo “anormal”. Por isso, existe a tentativa de fazer o indivíduo retornar a normalidade. Correlato à normalização, verifica-se a “clínica médica”, as terapias e a intervenção médica sobre a pessoa rotulada.

Para encerrar, mais duas categorias que são complementares: a “biologização”, que ocorre quando se tenta explicar que uma nova construção tem origens em causas biológicas, e “genetização” que consiste na busca por traços genéticos, por exemplo, uma causa hereditária para uma pessoa que sofre de determinada doença, como o câncer. Percebe-se que estas duas são substitutos para a “norma”, já que esta é uma categoria que se aplica puramente a aspectos sociais (HACKING, 2007, p. 309-310).

Estes são os sete motores de descoberta, aqueles operacionalizados para se criar uma nova classificação. Mas segundo Ian Hacking existem outros três motores. O primeiro é o que motiva práticas sociais, chamado de “normalização”, pois a tendência é socialmente tornar uma pessoa classificada em “normal”. Até que isto ocorra, acontece sua discriminação, já que é diferente, é o outro, e muitas vezes, o “errado”. Existe também a “burocracia”, que é um “motor de administração”, pois define, por exemplo, quais pessoas realmente se enquadram na nova definição e, por isso, são reconhecidos por sua identidade específica por toda a sociedade (HACKING, 2007, p. 310-311).

Por fim, existe o “motor de resistência”, mas sobre ele falaremos especificamente no terceiro capítulo, quando analisaremos o embate travado por Herbert Daniel com diversas outras instituições e indivíduos sobre algumas concepções acerca da AIDS. Por hora é importante utilizar os pressupostos de Hacking para perceber como se engendrou um novo tipo de pessoa na década de oitenta, o “aidético”. Ou seja, perceber o que estruturava esta nova a identidade, quem a compunha, quais os sintomas que os afligiam, quais as relações possíveis entre eles e o restante da sociedade, etc.

O corpus documental em que estes aspectos metodológicos serão aplicados é formado por revistas e campanhas governamentais. Quanto às revistas, o leque de fontes é composto pelas matérias de “Isto É”, “Veja” e “Superinteressante”, sendo todas de

circulação nacional, as duas primeiras semanais e a outra mensal. Da primeira, somam-se 195 reportagens; 206 de *Veja*; e 29 de *Superinteressante* - esta só começa a publicar em 1987.<sup>1</sup>

Já o vídeo que contém as campanhas governamentais foi disponibilizado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), e foi intitulado “Campanhas Oficiais de Prevenção”. Apresenta propagandas televisionadas desde o começo das campanhas oficiais do Ministério da Saúde (1987) até o final do recorte temporal desta pesquisa (1996). No total, oferece 29 filmetes.

Vale aqui destacar como tratar estes documentos, uma vez que revistas e vídeos possuem especificidade. Em outros termos, é preciso perceber a natureza de tais fontes, de que maneira são criadas e veiculadas. Em primeiro lugar, as revistas. Elas são formadoras de opinião. Tânia Navarro Swain (2001, p. 67) afirma que elas veiculam representações sociais “que instituem o mundo em suas clivagens valorativas, nos recortes significativos que definem as categorias de percepção, análise e definição do social”. A partir disso, pode-se supor que em grande medida foram também as revistas que instituíram as concepções sobre a AIDS e sobre o soropositivo.

Mas o discurso sobre moléstia não foi pura criação de jornalistas. Também tiveram fontes que se localizavam principalmente no meio científico. Claudine Herzlich e Janine Pierret afirmam sobre isso que a AIDS “foi construída pelo saber científico em desenvolvimento e, quase simultaneamente, diante da opinião” além de que esta:

Construção foi, de início, obra das “comunicações”. Foi a imprensa, que, em sentido estrito, fez existir a AIDS para o conjunto da sociedade (...) Durante muito tempo ela só disse respeito a centenas, depois a alguns milhares, vivendo em lugares afastados uns dos outros: ela se tornou, no entanto, um dos elementos proeminentes de nossa sociedade, conhecida e comentada por todos. O caso da AIDS torna evidente o papel desempenhado pela comunicação de massa na produção do real (HERZLICH; PIERRET, 2005, p. 71-73).

Estas duas autoras analisaram a construção da AIDS em jornais franceses. Mas possivelmente algo similar ocorreu no Brasil. “*Veja*”, “*Isto É*” e “*Superinteressante*”, dentre outras, fizeram a transição entre a produção científica e o restante da sociedade. E com isso não se imagine que a passagem de uma a outra é uma simples transcrição. Kenneth Camargo Júnior (1994a) sugere que periódicos desta natureza tendem a

---

<sup>1</sup> A escolha de revistas para montar o contexto em que adoeceu Daniel pode causar alguns questionamentos, principalmente acerca de sua circulação social. Acreditamos que Herbert Daniel, por pertencer a classe média, ser um intelectual e trabalhar com questões condizentes à AIDS, esteve em contato com os mais variados tipos de informações acerca da doença. Assim, por termos que fazer uma escolha, já que não tínhamos espaço para trabalhar com tudo o que foi escrito sobre a AIDS, optamos por trabalhar com matérias de revistas.

simplificar as informações, linguagens, conceitos etc, dos quais lançam mão cientistas em seus artigos publicados nas revistas especializadas, além de suprimirem as celeumas entre os pesquisadores. Isto ocorre porque, para a divulgação aos leigos, existe a tentativa de passar uma imagem monolítica da ciência, aquela que descobre as verdades da natureza. O que é publicado nas revistas destinada à sociedade em geral “é a criação”, diz Camargo Júnior (1994a, p. 53), “de um mundo povoado de objetos naturais, descobertos pelo olhar penetrante da ciência”.

Fica evidente uma tensão no trato de fontes jornalísticas. Se existe intensa reciprocidade entre periódicos e ciência, os primeiros também têm relativa autonomia. E é esta que dá a possibilidade para se escolher que informação passar ao público, o que não publicar, o tamanho da reportagem, se terá foto ou não, dentre outros aspectos.

Um exemplo: pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, em “A construção da AIDS-notícia”, indicam o processo pelo qual passa uma informação até chegar ao leitor e como uma matéria jornalística sobre aquela enfermidade é desenvolvida. Editores interferem no resultado final da matéria; no fechamento da edição define-se o título, o tamanho da matéria, e o que é mais importante, no espaço da reportagem; dependendo da editoria, por exemplo, ciência, cotidiano, comportamento, etc., a linguagem utilizada terá determinada especificidade; o que oferece mais fontes e o interesse da população em determinado momento também determina o que será notícia. No caso da AIDS, jornalistas também procuraram matérias inéditas e exclusivas, na linguagem jornalística, a “pauta quente”. Mas também podem simplesmente ter aprofundado um tema pré-existente – “pauta fria - ou “esquentar” uma notícia, isto é, dar contornos inéditos a um assunto já discutido sobre a moléstia (SPINK et al. 2001, p. 857-861).

Estas considerações embasam uma primeira justificativa para montar o contexto da pesquisa a partir de revistas. Nelas o diálogo com a ciência é constante, e por isso existe a oportunidade de perceber como a AIDS foi apresentada, assim como os novos tipos de pessoas foram construídos aos olhos da sociedade. Também é possível notar que as afirmações sobre a moléstia foram percebidas como verdade inquestionável, já que as revistas “Veja”, “Isto é” e “Superinteressante” foram canais para a apreensão do discurso científico. Por outro lado, estes periódicos oferecem a chance de destacar como jornalistas trabalharam as informações científicas, oferecendo diferentes contornos e assim conferindo especificidade jornalística as mesmas.

É importante também pensar as relações entre texto e imagem - algo freqüente em matérias de revistas semanais e mensais - pois possuem inúmeras fotografias que não são meras ilustrações mas auxiliam na construção da mensagem que se pretende passar. Charles Monteiro (2007, p. 160), autor que analisou fotoreportagens, afirma especificamente sobre a imagem fotográfica, que ela não é neutra: é determinada pelas “concepções técnicas, políticas, sociais, culturais e estéticas do fotógrafo e da sociedade à qual ele pertence”. É a partir deles que o profissional faz a seleção “do tema, dos sujeitos, do entorno, dos objetos, do enquadramento, do sentido, do foco, da luminosidade, do formato e do equipamento, por exemplo” (2007, p. 160).

Acima de tudo, a fotografia está em permanente interatividade com o texto e na maioria das reportagens sobre o soropositivo destacadas em revistas, esta relação é recorrente. Como diz Monteiro (2007 p. 165) “Compreender a relação entre imagem e texto é importante no sentido de compreender como este disciplina a leitura daquela”, e continua citando um exemplo a partir de sua própria pesquisa, quando pensou a urbanização de Porto Alegre a partir das fotoreportagens:

O título e uma legenda sobreposta a uma fotografia de grande formato completavam o apelo à atenção do leitor. Seguia-se uma seqüência de cerca de 8 a 12 fotos formando uma narrativa em torno do tema principal. Pequenos textos e subtítulo auxiliavam na urdidura da trama e na construção dessa narrativa visual, direcionando a atenção do leitor para determinados aspectos da realidade abordada nas fotos (MONTEIRO, 2007, p. 165).

Importante da mesma maneira é destacar a disposição dos textos e das imagens nas páginas e sua localização ao longo da revista. Um texto sobre AIDS pode estar, por exemplo, em uma matéria de capa, o que lhe dará um tratamento maior, que chama maior atenção do leitor, ou então na seção medicina, o que conferirá maior objetividade. Isto também é recorrente em se tratando da AIDS.

Pelos aspectos arrolados acima, é legítimo o uso de revistas para montar o contexto temporal, pois temos em mente que permitem contextualizar a experiência soropositiva de Herbert Daniel. Obviamente, existem outros materiais impressos que produziram textos sobre a doença, notadamente jornais. Mas as revistas, além de possuírem uma tiragem que não é de modo algum desprezível,<sup>2</sup> trabalham mais as relações entre imagem e texto, já que, como afirma Marcelo Secron Bessa (2002, p. 25), o tempo para a produção da reportagem da revista isso permite, em detrimento dos

---

<sup>2</sup> A primeira edição de “Veja” teve tiragem de 700 mil exemplares. Ver em “Veja e as Revistas que fizeram história”. Disponível em <http://www.scribd.com/doc/35303004/Revista-Veja-Revistas-que-fizeram-historia-22-06-2010> Acesso em 15 jan. 2011.

jornais, que precisam ser mais rápidos na concepção das matérias, devido a sua circulação diária.

Recorremos também a campanhas governamentais, por acreditar que mostram muito do imaginário da época sobre a doença, a partir do momento em que propõe sobre medidas preventivas, vias de transmissão e grupos atingidos. Se revistas atingiram um grande número de pessoas, campanhas estatais sobre a AIDS também tiveram esta vocação, principalmente se pensados os vídeos produzidos.

As campanhas de prevenção à AIDS podem ser definidas como “conjunto de peças e estratégias publicitárias que levam a mensagem de um determinado anunciante aos meios de comunicação de massa e, assim, à população” ou “como o conjunto de ações que correspondem à busca de um objetivo comum” (PAZ, 2006, p. 45). “Peças e estratégias” significaram, ao menos no Brasil, principalmente cartazes e pequenos filmes televisivos. Contudo, com o passar do tempo, a internet, o rádio, cinema, pequenos folders, dentre outras mecanismos foram utilizados para informar sobre a AIDS.<sup>3</sup>

Gustavo Alfredo de Arruda (2006) sugere alguns passos para a compreensão de uma peça publicitária. Primeiramente, deve-se atentar para “relações paradigmáticas de associação por analogia”. Isto quer dizer que na propaganda cria-se um centro paradigmático, a que se liga uma rede semântica (ARRUDA, 2006, p. 101-102).

Também se pode decodificar uma campanha publicitária a partir da relação entre “paradigma” e “ponto associativo”, isto é “quando o texto publicitário utiliza-se somente de uma palavra de uma possível rede semântica” (ARRUDA, 2006, p. 102). Trata-se do exemplo anterior de forma reduzida.

A análise pode ser a partir da “estrutura circular”, isto é, o fato de uma campanha utilizar somente um único tema e que no final repete o início, justamente para facilitar a apreensão daquele que lê/ assiste. A imagem que se deseja passar deve ser unívoca e inteligível. (ARRUDA, 2006, p. 102)

Encerrando, o autor propõe a utilização da ferramenta chamada “conceito”, que trata da articulação entre texto e imagem na propaganda. Deve-se perceber assim, que “a imagem é denotativa e o texto conotativo, ou seja, desenhos e fotografias

---

<sup>3</sup> O site do Programa Nacional de DST/AIDS apresenta algumas campanhas que foram desenvolvidas ao longo do tempo. Também informam as peças que foram utilizadas. Ver <<http://www.aids.gov.br/campanhas/>> Acesso em 24. set. 2010.



representam a realidade e o texto representa o subjetivo” (ARRUDA, 2006, p. 103). Isto significa que a imagem vai funcionar como real e o texto explicar este real.

As ferramentas utilizadas por Arruda auxiliam a perceber como as Campanhas Governamentais enunciaram a AIDS e o soropositivo. Assim, vamos nos ater aos elementos da rede semântica que se ligam à doença – prevenção, quais pessoas aparecem como portadoras de HIV, discussões sobre morte, noções de culpa, dentre outros. Tentaremos perceber se existe ponto associativo e se foram produzidas a partir da estrutura circular, repetindo uma única idéia sobre a doença como forma de inculcá-la na população – a idéia da “peste gay”, por exemplo. Por fim, com a ferramenta “conceito”, esperamos notar a simbiose entre texto e imagem, como um soropositivo é apresentado – de maneira degradante, sendo cuidado ou abandonado, com esperança, etc.

Destacadas as fontes e metodologia, passamos a analisar o conteúdo desses materiais, ou seja, mostrar como foi construída uma nova pessoa, aquela que se contaminava com o vírus HIV.

## **1.2 A transmissão sexual do HIV: Da “peste gay” à aids**

A AIDS foi primeiramente identificada nos Estados Unidos, e os primeiros casos brasileiros ocorreram em 1983. Segundo Dilene Nascimento, (2005, p. 85-86) as considerações iniciais sobre a doença articuladas no país do hemisfério norte foram absorvidas na íntegra pela maioria de médicos e cientistas brasileiros.

Na segunda metade de 1982 definiu-se um nome para o novo quadro clínico observado: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou simplesmente AIDS (CAMARGO JÚNIOR, 1994b, p. 65-66). As primeiras matérias publicadas por revistas brasileiras indicaram os sintomas da moléstia:

Como um furacão patogênico, a AIDS se manifesta de duas formas. Em alguns casos, infunde o quadro da pneumonia *Pneumocystis carinii*, com sintomas típicos de uma forte gripe. Em seguida, ocorre um progressivo colapso do sistema imunológico, responsável pelas defesas do organismo, contra inimigos e bactérias. Na outra forma, o primeiro sinal é o inchamento dos gânglios linfáticos, seguido de manchas escuras nas pernas e nos pés – efeito conhecido como sarcoma de Kaposi, uma variedade de câncer de pele (ISTO É, 6 abr. 1983, p. 36).

Com a defesa imunológica enfraquecida, outras diversas infecções oportunistas poderiam atingir o paciente. “Veja” (29 jan. 1987, p. 60-61) fez uma lista delas e indicou, além do Sarcoma de Kaposi e a Pneumonia Carini, doenças como Toxoplasmose, Herpes, Citomegalovírus, Tuberculose, dentre outros.

Os contornos da doença continuaram a ser definidos para o público. Em 1983 ainda não era de conhecimento que um vírus causava a desordem, mas já existia a certeza de que o colapso do sistema imunológico era motivado pela perda dos glóbulos brancos chamados linfócitos T. Também já era certo que, independente do que fosse responsável, se propagava a partir de relações sexuais - em especial o sexo anal - por intermédio do sêmen, ou então pelo sangue, quer por transfusões ou pelo compartilhamento de seringas (VEJA, 28 dez. 1983, p. 120).

A etiologia da doença foi definida entre 1983 e 1984, por franceses e americanos. Na versão francesa o novo agente viral recebeu o nome LAV, descoberto pela equipe chefiada por Luc Montagnier. Nos EUA, sob o comando de Robert Gallo, batizaram-no de HTLV-III. Gallo desconfiava que se tratava de um agente viral desde o início da doença. Em 1980 ele isolou o agente causador de uma forma de leucemia, que batizou HTLV. Com as pesquisas sobre AIDS, descobriu que o vírus tinha forma semelhante - por isso HTLV-III (VEJA, 2 maio 1984, p. 64).

Até meados da década de oitenta, quando o agente etiológico atingia exclusivamente pessoas nos Estados Unidos, foram definidos os “grupos de risco”, isto é, “aqueles em que a prevalência da doença é maior, em comparação com a população em geral” (NASCIMENTO, 2005, p. 64). No caso em questão, eram homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis (NASCIMENTO, 2005, p.83). Francisco Inácio Bastos (2007, p. 33) acrescenta imigrantes haitianos residentes nos Estados Unidos. Exceto por estes últimos, os grupos de risco para a AIDS foram reproduzidos no Brasil.

Nesta época, a crença na ocorrência de casos de AIDS somente entre pessoas destes segmentos, em especial em homossexuais, era extremamente forte. Em “A ‘praga gay’ no Brasil”, “Isto É” (20 abr. 1983, p. 49) sustentou a ocorrência de dois casos da doença em São Paulo, ambos em homossexuais masculinos. Comentando sobre os Estados Unidos, indicou numericamente a relação: de 1300 casos, 933 foram diagnosticados em homossexuais, embora tenha informado também casos em crianças (20) e heterossexuais (36). “Veja” (28 nov. 1984, p. 107) deu os percentuais relativos à síndrome: 70% das pessoas que contraíram a moléstia ao redor do mundo, num total de 8000, eram homossexuais. No Brasil, mais especificamente em São Paulo, único Estado da federação que havia registrado casos até finais de 1983, entre 116 ocorrências, 104 disseram pertencer ao segmento mais atingido.

Recorrendo aos números, existia a tentativa de conferir veracidade às informações. Assim, em julho de 1985, os “grupos de risco” foram reafirmados: de 184 pacientes franceses, 160 eram homossexuais. Nos Estados Unidos, de 7193 notificações em homens, o número de homossexuais contaminados era nove vezes maior do que o segundo grupo mais atingido, usuário de drogas injetáveis. Mulheres também fizeram parte das estatísticas neste momento nos EUA: das 501 contaminadas, 55% utilizavam drogas, além de 17,7% entre heterossexuais. Em São Paulo, a maioria esmagadora foi registrada entre gays: praticamente 90%. No Rio de Janeiro o número de casos entre homossexuais caía de maneira substancial (68,7%), devido o alto contingente registrado entre receptores de sangue (27%) (VEJA, 31 jul. 1985, p. 90).

A associação entre AIDS e “grupos de risco” não ocorreu somente de maneira quantitativa. Na mesma matéria em que os dados acima foram apresentados, afirmou-se que “fora de risco, na verdade, diante destas constatações, só estaria o casal heterossexual fiel, que não faz uso de drogas injetáveis nem se submete a transfusão de sangue” (VEJA, 31 jul. 1985, p. 89). Ficava as claras a face funesta do conceito “grupo de risco”. Segundo Nascimento, sua utilização para definir a nova moléstia foi importante, mas criou a sensação de que as pessoas que formavam tais segmentos eram os únicos que poderiam se tornar doentes (NASCIMENTO, 2005, p. 89-90). Como diz Francisco Inácio Bastos (2007), a respeito da transmissão sexual, imaginou-se, falsamente, que existia uma metade atingida, os homossexuais, e a outra totalmente livre, composta por heterossexuais.

Essa associação trilhou também outros caminhos. Pelo menos até 1991, extensas matérias ou entrevistas com celebridades homossexuais que contraíram HIV ou faleceram em decorrência da AIDS foram publicadas. Internacionalmente, Rock Hudson recebeu grande atenção, por ser um ator conhecido mundialmente. No Brasil, foram diversos: o cantor Cazuza (VEJA, 26 abr. 1989), o cenógrafo Flávio Império (VEJA, 18 set, 1985, p. 84-86), o pintor Jorge Guinle Filho (VEJA, 27 maio, 1987, p. 88-95), dentre outros.

Segundo a revista “Veja”, a doença não apenas “se caracterizava por preferir homossexuais, mas entre eles, ataca principalmente os homossexuais promíscuos, aqueles que trocam freqüentemente de parceiros e se permitem outros excessos”. Segundo o próprio militante gay, Frank Scheuren, o costume dos componentes da comunidade homossexual era “fazer sexo primeiro e conversar depois para conhecer a pessoa” (VEJA, 6 jul. 1983, p. 50-51). Segundo a “Isto É” (16 jun. 1983, p. 42-44), em

uma de suas primeiras reportagens sobre a doença, todos os homossexuais diagnosticados nos Estados Unidos até 1983 possuíam em média 25 parceiros.

A pergunta natural aqui parece óbvia: considerava-se a possibilidade de heterossexuais também serem promíscuos? Ou seu inverso: todos os homossexuais tinham um número altíssimo de parceiros? A resposta para estas foi formulada pelo cientista David Klatzmann, pesquisador francês do Instituto Pasteur. Em uma entrevista que concedeu à revista “Veja” (22 jan. 1986, p. 6), foi questionado sobre a rápida expansão da doença entre os homossexuais. Eis a resposta:

Se o senhor “X”, um heterossexual, um dia apanha essa doença, ele pode, ou não, transmiti-la à sua mulher. Pode eventualmente transmiti-la também à prostituta que procurou uma noite. E sua mulher, se tem um amante, e uma vez que tenha sido contaminada, pode por sua vez passá-la ao amante. O que ocorre ao fim desse ciclo? Ocorre que poderemos ter (...) com chances de uma sobre duas, ou uma sobre três, ou até sobre dez – quatro pessoas afetadas. Já se o senhor “X” é um homossexual é muito comum que ele tenha, durante um ano, cinqüenta parceiros. Desses cinqüenta ele pode contaminar dez ou vinte. Esses dez ou vinte, por sua vez, também terão outros cinqüenta. É claro que a difusão da doença, então, é muito mais veloz e significativa.

É interessante notar que para o homossexual, segundo Klatzmann, o ciclo era perpétuo, enquanto para o heterossexual ele tinha um fim, ou melhor, uma duração extremamente curta. Possivelmente, o cientista também não esteve consciente do questionamento de um leitor de “Isto É” (13 abr. 1983, p. 80), que ironizou: “(...) questiono o verdadeiro objetivo dos cientistas americanos em batizar o fenômeno de “praga homossexual”. Se a causa é a promiscuidade homossexual, só os homossexuais são promíscuos? Que não venha de lá a Peste Negra. Sou negro”.

Mas a suposta promiscuidade não foi a única explicação para o maior número de ocorrências da enfermidade em homossexuais. Foi sustentada também a hipótese de que o esperma causava imunodepressão (Isto É, 13 jul. 1983, p. 36-39). Isto porque:

O esperma é um corpo estranho que, introduzido no organismo, estimula o sistema imunológico. A constante introdução de esperma, através de freqüentes e repetidas relações sexuais, estimula tanto o sistema que, a partir de um certo ponto, ele entra em exaustão. Sua capacidade de funcionamento se reduz. Quando o vírus da AIDS entra em contato com aquele organismo, já o encontra com a resistência diminuída (JORNAL DO BRASIL, 1985, apud NASCIMENTO, 2005, p. 89).

A própria prática do sexo anal, considerada própria à homossexuais, foi colocada em xeque. “A relação anal é imunodepressora”, afirmou o médico João Lélío de Matos Filho. A esta posição se juntavam Fernando Sion e Carlos Alberto Morais e Sá (NASCIMENTO, 2005, p. 88-89).

Durante longos anos, existiu a culpabilização em torno das próprias pessoas que se tornavam doentes por causa da AIDS. As vítimas da moléstia passaram a ser consideradas vilãs. Sobre isso, é importante recorrer às afirmações de Marcelo Secron Bessa sobre a montagem do perfil epidemiológico da AIDS no país, operado justamente por revistas mensais e semanais de grande circulação.

Segundo Bessa, a comunicação social brasileira construiu um “romance da AIDS”, e delineou “vítimas, vilões e mocinhos” (BESSA, 2002, p. 12), categorias atribuídas arbitrariamente a “homossexuais promíscuos, usuários de drogas, prostitutas, bebês inocentes, hemofílicos, africanos, haitianos etc” (BESSA, 2002, p. 23). Desta feita, informa Bessa que ao longo de toda a década de oitenta, “houve a criação paulatina de um enredo ora trágico, ora melodramático, com a apresentação de personagens que, pouco a pouco, foram tomando um caráter de vítima ou merecedor, inocente ou culpado, herói ou vilão, com perfis bem marcados e rígidos” (BESSA, 2002, p. 29-30).

Convém não sermos maniqueístas, e esquecer que os editores de revistas almejavam também informar a população sobre a AIDS. Contudo, é inegável que o objetivo foi também conseguir vendas expressivas utilizando a doença como temática. Por isso em muitas oportunidades exageraram nos contornos de dados científicos. Como afirma Gabriel Vitiello (2009, p. 44), o objetivo “não parecia ser somente informar as pessoas, mas sim tentar vender as informações que diziam respeito à Aids com certo sensacionalismo, o que acabava formando um pensamento deturpado da doença e dos doentes”.

Obviamente, as vendas eram um objetivo, por isso o sensacionalismo. Como apontado no começo deste capítulo, a mídia escrita não apenas transcreve o discurso científico, mas o reelabora. Talvez esse seja um termo melhor do que “deturpar”. Cientistas afirmaram a letalidade da AIDS. As revistas se encarregaram de contornar isso com fotos e frases de efeito.

Desta forma, muitas vezes as revistas, mas também as campanhas publicitárias, apresentaram à sociedade os homossexuais como culpados pelo aparecimento e disseminação da AIDS. Segundo Anderson Rodrigues Corrêa (2007, p. 90) “o vírus e a doença vincularam-se historicamente a um estilo de vida gay, a um estilo de vida com o qual se identificavam comportamento promíscuos, desregramentos, a imoralidade, a perversão”. Implicitamente falando sobre homossexuais, Susan Sontag (2007, p. 98)

comentou a respeito da culpa instaurada em torno da transmissão do vírus HIV pelo sexo:

A transmissão sexual da doença, encarada pela maioria das pessoas como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada, é mais censurada do que a de outras (...) Uma doença infecciosa cuja principal forma de transmissão é sexual necessariamente expõe mais ao perigo aqueles que são sexualmente mais ativos – e torna-se fácil encará-la como um castigo dirigido aquela atividade. Isso se aplica à sífilis, e mais ainda e mais ainda à AIDS, pois não apenas a promiscuidade é considerada perigosa, mas também uma determinada “prática” sexual tida como antinatural.

Por isso a doença reforçou seculares preconceitos. Antes de ser batizada com o nome pelo qual a conhecemos atualmente, a AIDS recebeu alguns nomes, “resultantes de equívocos médicos, carregados de concepções morais, tais como a ‘pneumonia gay’, ‘câncer gay’, ‘síndrome gay’ ou mesmo Gay Related Immune Deficiency (Grid) – imunodeficiência ligada ao homossexualismo” (NASCIMENTO, 2005, p. 82).

Uma das matérias de “Isto É” deu fôlego, no contexto brasileiro, a estas concepções. Em um de seus primeiros textos sobre a enfermidade, informou que “a chamada ‘praga gay’ já chegou ao Brasil. Dois casos, ambos de jovens homossexuais, foram diagnosticados em São Paulo pela Dra. Valéria Petri, do Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina” (ISTO É, 20 abr. 1983, p. 49). Contudo, na edição seguinte, a própria Valéria Petri teve uma carta sua publicada, em que afirmou ser imprópria a denominação “praga gay” (ISTO É, 4 maio 1983, p. 72).

Esta relação automática pode ser explicada pela exclusão social imputada ao homossexual através dos tempos. Ao longo da história, indivíduos homossexuais foram considerados pecadores e criminosos (PRESTES; VIANA, 2008, p. 320). Até o terceiro quarto do século XIX, foram chamados de sodomitas, sujeitos que praticavam atos sexuais contra a natureza humana. Depois de 1870, passaram para o domínio da medicina – com a criação do termo homossexualismo – sendo então tomados como indivíduos que carregavam uma patologia sexual (PRESTES; VIANA, 2008, p. 333)

Sobre um processo histórico mais recente, Pilar Belmonte mostrou como a homossexualidade foi retirada do Catálogo Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde (OMS) somente em 1992 (BELMONTE, 2009, p. 22-23). Por sua vez, João Bosco Hora Góis (2002, p. 77) afirma que os próprios homossexuais norte-americanos criaram o terreno para a associação entre AIDS e homossexualidade. Segundo ele, a crescente visibilidade do movimento homossexual organizado naquele país, dando destaque principalmente à liberdade sexual, “[contribuiu] para uma vinculação racional entre aqueles dois termos (AIDS e homossexualidade)” (HORA

GÓIS, 2002, p. 77). Possivelmente algo similar ocorreu no Brasil, até porque, como já argumentado, as primeiras apreensões nacionais sobre esta enfermidade tiveram como referente as concepções norte americanas.

Por outro lado, é perceptível que grupos homossexuais não foram vítimas passivas de preconceito, fosse por sua sexualidade ou por conta da doença e sua associação automática com tais indivíduos. Mesmo porque antes do aparecimento da moléstia no Brasil existiam organizações como o Grupo Somos, Grupo Gay da Bahia, Eros Libertos, Auê, Beijo Livre, e com certeza muitas outras, que “pregavam um ideal libertário, anti autoritário, e de afirmação da diferença homossexual” (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 38).

José Ronaldo Trindade (2004, p. 171), comentando sobre mobilizações homossexuais após o advento da moléstia, afirma que a “vinculação entre AIDS e a homossexualidade levou algumas pessoas a enveredar em uma incansável luta, oferecendo apoio e esclarecimentos principalmente para os homossexuais, sobre quem recaia o rótulo de vítimas preferenciais”. Fala ele principalmente das ONGs/ AIDS, como, por exemplo, o GAPA (Grupo de Apoio a Portadores de AIDS), formado em 1985 (TRINDADE, 2004, p. 171-172).

Dilene Nascimento, Gabriel Vitiello e Veriano Tertó Júnior também analisaram outras importantes ONGs, como a Associação Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Grupo pela Vidda, Outra Coisa que, dentre outros objetivos, almejavam acabar com a discriminação imposta aos pacientes de AIDS, dentre eles os homossexuais (NASCIMENTO, 2005, p. 91-99; VITIELLO, 2009, p. 63-102; TERTO JÚNIOR, 1997, p. 47). Porém, vale destacar que tais grupos não eram formados exclusivamente por homossexuais, e suas ações foram dirigidas a inúmeros segmentos sociais (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 48). Mesmo assim alcançaram o objetivo de diminuir o preconceito perpetrado contra o homossexual, e abrandaram a concepção da AIDS como “peste gay”. Afirma Trindade (2004, p. 172) que:

O binômio AIDS-homossexualidade foi aos poucos se desfazendo, ainda que persista em algum grau até os dias de hoje. Os motivos que conduziram a essa nova maneira de olhar para a AIDS têm a ver com a incansável luta das ONGs e dos grupos de militância em seus esforços para desvencilhar a homossexualidade desta moléstia.

Com certeza a diminuição do preconceito ao homossexual foi obra de ONGs, mas também partiu de iniciativas individuais. Valéria Petri afirmou em 1986 a falta de reconhecimento, por parte da sociedade, da vivência em grande escala da

homossexualidade no Brasil - disse ela que existia a estimativa de 13 milhões de pessoas deste grupo no país, embora não tenha apontado maiores dados e fontes para corroborar tal informação. De toda a forma, segundo ela isto dificultava uma abordagem mais séria, natural, sem preconceitos, em relação ao homossexual, grupo mais atingido quando escreveu seu artigo publicado em “Isto É” (22 jan. 1986, p. 70).

Dráuzio Varella e Narciso Escaleira também publicaram, em 1991, texto criticando duramente a sociedade brasileira pelo preconceito imposto ao homossexual, pois, sugeriram eles, eram aceitos somente se ficassem nos “guetos”. E justamente por acreditar que a AIDS ficaria restrita a estas pessoas, excluídas do convívio social nada se fez. Afirmaram os autores que “nada fizemos (...) porque no fundo nós brasileiros acreditamos mesmo que a Aids era a peste gay!” (VEJA, 11 dez. 1991, p. 52).

Mas, de maneira até certo ponto paradoxal, o medo de que a moléstia atingisse heterossexuais existiu desde os primeiro casos. Quando chegou ao Brasil, em 1983, além das revistas reiterarem que atingia indivíduos que faziam parte dos “grupos de risco”, foi indicado que outras pessoas também corriam o risco de contrair HIV, como homens heterossexuais e mulheres. Isto fica evidente nas primeiras matérias sobre AIDS de “Isto É” e “Veja”, quando ambas rechaçaram a possibilidade de discriminação ao grupo mais atingido na época, os homossexuais. Disse “Veja”: “(...) além de socialmente injusto, qualquer tipo de estigma pode também correr o risco de errar o alvo; afinal. *Já se mostrou que a doença ataca também os heterossexuais*” (grifos nossos) (VEJA, 15 jun. 1983, p. 79). E “Isto É” (6 abr. 1983, p. 37) afirmou, em matéria sobre um pequeno livro que seria lançado por João Silvério Trevisan, homossexual brasileiro:

(...) se considera [Trevisan] habilitado a pôr em dúvida a suposta relação de exclusividade entre AIDS e o homossexualismo. Trevisan talvez tenha razão. Afinal, os médicos americanos se dizem convictos de que, em pouco tempo, *a AIDS produzirá vítimas também entre os heterossexuais* (grifos nossos).

O medo que a doença se alastrasse de maneira geral se fortaleceu. O médico paulista Ricardo Veronesi afirmou, em 1985: “A ameaça aos heterossexuais está crescendo” (VEJA, 14 ago. 1985, p. 56). Ward Cades, médico do Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos, estava seriamente preocupado: “Qualquer pessoa com a mínima capacidade de enxergar um pouco à frente pode ver que essa doença tem potencial para se transformar na pior coisa que a humanidade já experimentou em todos os tempos”, dizia ele (VEJA, 14 ago. 1985, p. 56). E a própria revista “Veja” indicou que a doença poderia se tornar pandêmica e com perfil epidemiológico geral, quando sustentou que “a AIDS vem deixando de ser encarada



como a ‘praga dos homossexuais’ para se transformar num problema de proporções mundiais” (VEJA, 14 ago. 1985, p. 56).

As estatísticas, por diversos anos, indicaram homossexuais como o segmento mais atingido. Mas a partir de 1986/1987 isso já não significava tanto. O que passou a importar é que homens heterossexuais, mulheres, crianças, adolescentes, etc cada vez mais aumentavam os números de casos. Nas reportagens entre 1986 e 1990 foram constantes os avisos sobre uma pandemia que se desenhava. “A doença não escolhe suas vítimas por credo, cor, religião, ou prática sexual. Num futuro próximo a AIDS, se não for combatida em todas as frentes, já oferecerá risco real para todo mundo”, disse David Baltimore, bioquímico norte-americano, em novembro de 1986 (VEJA, 12 nov. 1985, p. 102).

Na mesma matéria que apresentou o depoimento de Baltimore, a chamada afirmou que a AIDS já era vista como catástrofe; acima, uma foto de grandes dimensões apresentava uma criança soropositiva deitada em cama de hospital, de costas para a câmera (VEJA, 12 nov. 1985, p. 102). Um mês depois, foi a vez do infectologista brasileiro Caio Rosenthal balançar a crença da enfermidade somente entre os homossexuais: “Do ponto de vista científico não se pode falar mais em grupos de risco (...) Essa cerca imaginária que protegia cidadãos insuspeitos tornou-se tênue como uma teia de aranha” (VEJA, 17 dez. 1986, p. 77). A primeira folha da matéria apresentou uma mulher, também em um leito de hospital (VEJA, 17 dez. 1986, p. 76). De qualquer modo, os números justificaram o temor: Na III Conferência Internacional de AIDS, pesquisadores mostraram que o aumento do contágio entre heterossexuais foi de 135% em 1986, contra 80% entre homo e bissexuais. (VEJA, 10 jun. 1987, p. 47).

A partir desta época o número de homossexuais que se contaminaram ano a ano só baixou, enquanto o de heterossexuais aumentou de maneira alarmante, mesmo que os primeiros se mantivessem na ponteira das estatísticas. Como mostrou o historiador Ítalo Tronca (2000, p. 149), a propósito de dados epidemiológicos levantados nos Estados Unidos, “no início de 1987, as pesquisas começaram a indicar que a Aids não estava restrita a grupos socialmente marginalizados (...) Naquele momento, a maioria dos contaminados nos EUA era heterossexual, homens e mulheres”.

Segundo o Ministério da Saúde, homossexuais passaram a representar no total de pacientes brasileiros de 46,4% em março de 1988 (ISTO É, 20 mar. 1988, p. 39), para 40% em outubro de 1989 (VEJA, 11 out. 1989, p. 85); teve aumento de 2% em 1990 (ISTO É, 9 maio 1990, p. 30), mas a taxa voltou a cair, e em Novembro de 1991

chegou a menos de 30% (Isto é, 20 nov. 1991, p. 51). As taxas relativas a heterossexuais foram as seguintes, para os mesmos anos, respectivamente e em percentuais: 5,7; 9,5; 8,4 e 22. Portanto, em um ano, o crescimento dos números relativos a este grupo, descontados quaisquer problemas nos dados, foi algo assustador.

E justamente, 1991 foi um ano chave. As estatísticas referentes a heterossexuais se corporificaram em um célebre personagem: o jogador de basquete Magic Johnson. Assim como Rock Hudson e Cazuzza, dois homossexuais que ocuparam diversas páginas das revistas devido à soropositividade, o mesmo aconteceu com o desportista, desta feita heterossexual, que recebeu duas grandes matérias, em “Veja” e “Isto É”. A primeira destacou que Johnson “seria a primeira personalidade fora dos grupos de risco a ter a doença. A contaminação pela via heterossexual é uma forma de contágio que cresce nas estatísticas, mas que nunca havia revelado toda a sua dimensão até a entrevista da quinta-feira passada” (VEJA, 13 nov. 1991, p. 36). “Isto É” (20 nov. 1991, p. 51) foi mais severa em relação ao binômio AIDS/ homossexualidade:

(...) o maior ídolo do basquete nos Estados Unidos, lembrou a todos uma verdade que nem sempre recebeu o devido destaque: a doença pode instalar-se em heterossexuais e matá-los da mesma forma que exhibe seu poder de destruição entre os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos que recebem sangue infectado (...) O seu trágico exemplo (de Magic Johnson), porém, serviu para derrubar mais um dos mitos que cercam a doença – o que a relaciona imediatamente ao homossexualismo. Previsível, anunciada, mas deixada de lado até que o mundo se comovesse com o drama de Johnson, a queda desse mito agora ganha destaque, passando a ser um tema de interesse geral e, por isso, mais próximo dos políticos e autoridades de saúde.

Este novo perfil é perceptível nas campanhas governamentais de prevenção. Em um vídeo de 1987 existiu claramente a preocupação de não vincular a enfermidade a nenhum grupo. “A AIDS ataca homens, mulheres e crianças”, diz o texto da primeira delas. Ainda durante o Governo do Presidente José Sarney (1985-1990), foram gravadas propagandas utilizando pessoas conhecidas, como Irene Ravache e Francisco Cuoco. Embora dois vídeos fossem destinados aos usuários de drogas e aos receptores de sangue, Ravache deixou claro que em termos sexuais o risco era o mesmo para todos, pois o vírus HIV passava “de homem pra homem, de homem pra mulher e de mulher para homem” (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d).

Em 1993, outra campanha mostrou diversas pessoas, adolescentes, idosos, mulheres grávidas, esperando ônibus. A câmera passa por cada um, caracterizando cada personagem. Alguns textos aparecem na tela, dentre eles “a AIDS não discrimina”. O narrador encerra falando: “não encare a AIDS como um problema dos outros. A AIDS é

um problema de todos”. Neste momento, todos, que estavam sentados, levantam-se, misturando-se para entrar no ônibus, o que reforça as mensagens anteriores, de que a doença atingia qualquer um (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d.).

Mas mesmo na década de noventa, o recurso ao discurso da “peste gay” foi acionado. A revista “Veja” (27 nov. 1991, p. 62) forneceu outra visão sobre a contaminação heterossexual, colocando em xeque a posição de Michael Merson, então diretor do Programa de AIDS da Organização Mundial da Saúde, quando sugeriu que 75% das contaminações ocorriam nas relações sexuais entre homens e mulheres, e que na virada do século cada família contaria com um soropositivo.

A “Veja” polemizou ao afirmar que Merson não levou em consideração a diferença quantitativa entre homo/ heterossexuais. Por conta da minoria “admitida” - o termo é de “Veja, que não indica a procedência de tal informação – de homossexuais ao redor do mundo, 10% de contaminados neste segmento significavam, em valores absolutos, muito mais do que 10% heterossexuais (VEJA, 27 nov. 1991, p. 63). Acima de tudo, a estatística para pessoas que tinham relações sexuais com indivíduos do sexo oposto estava alta devido ao alto contágio verificado entre as mulheres - 19% a mais do que homens - que contraíam o vírus através do contato predominante com indivíduos dos “grupos de risco” – por exemplo, maridos usuários de drogas injetáveis (VEJA, 27 nov. 1991, p. 63).

Por tudo isso, embora concordasse que no Brasil realmente a contaminação heterossexual por HIV crescia, a revista “Veja” procurou tranquilizar a população dizendo que “a velocidade do contágio é muito inferior à dos grupos de risco tradicionais e boa parte dos indivíduos ceifados pela doença são ainda os homossexuais e os viciados em drogas injetáveis” (VEJA, 27 nov. 1991, p. 62).

O que pode ser verificado, é que a crescente contaminação por via sexual envolvendo indivíduos de sexo oposto não foi bem aceita por todos os médicos e cientistas. Em 1986, o já citado David Klatzmann, afirmou que a tendência era a AIDS ficar confinada aos “grupos de risco”: para uma pessoa que se encontrasse fora destes grupos, o “risco [era] infinitamente menor do que o de ser atropelado por um automóvel na rua” (VEJA, 22 jan. 1986, p. 5). O cientista ainda afirmou categoricamente: “O avanço da doença só se dá dentro dos grupos de risco. Na população em geral, a AIDS avança de uma forma que, em matéria de estatística, é absolutamente negligenciável” (VEJA, 22 jan. 1986, p. 6).

Essa tese foi corroborada em 1987, no Brasil. O médico infectologista Paulo Olzon Monteiro pesquisou, até agosto daquele ano, 100 heterossexuais de classe média. Através de testes sanguíneos disponíveis na época, não identificou nenhum soropositivo. Sua intenção era pesquisar mais 150 pessoas até o final de 87. Mesmo assim “Isto É” (18 ago. 1987, p. 36) se antecipou: “Se a tendência se mantiver, no final será possível dizer que o número de infectados [heterossexuais] não passa de 1%”.

E para muitos, as teses de Olzon se confirmaram nos anos seguintes. Baseada na pesquisa publicada em 1988 por Norman Hearst e Stephen Hulley, médicos da Universidade da Califórnia, em São Francisco, e de Michael Fumento, ex-analista de AIDS da Comissão de Direitos da Procuradoria Geral dos Estados Unidos, redigida no começo de 1990, “Veja” (4 maio 1988, p. 92-93; 17 jan. 1990, p. 53) indicou que a AIDS era própria a homossexuais, usuários de drogas e hemofílicos. Uma das matérias inclusive tem o título de “A falsa epidemia”, que afirmava ser um mito a afirmação da doença entre heterossexuais.

Tão importante quanto os títulos, são os dados estatísticos de tais matérias. Hearst e Hulley sugeriram que para um heterossexual que mantivesse relações sexuais utilizando preservativo com um parceiro do “grupo de risco” que, por sua vez, apresentasse um exame anti-HIV negativo, a chance de contrair o vírus era de 1 chance em 500.000. Mas se fizesse sexo com alguém não pertencente ao grupo, mesmo sem usar camisinha, o risco diminuía drasticamente: 1 chance em 500.000.000. Ainda uma vez, se o parceiro pertencesse a algum dos grupos, e fosse soropositivo, era certo o contágio, fosse o sexo praticado com ou sem preservativo; já a relação com alguém HIV positivo, sem preservativo, mas não do “grupo de risco”, a chance de contaminação era de 1 para 500 (VEJA, 4 maio 1988, p. 92).

Estes dados, demonstrados em 1988, foram reafirmados em “A falsa epidemia”, de 1990 (VEJA, 17 jan. 1990, p. 53). A mensagem foi clara: para heterossexuais, a AIDS não era um perigo: só passava a ser contabilizada entre estes se um homem ou mulher entrasse em contato com um homossexual, usuário de drogas injetáveis, hemofílicos ou receptores de sangue.

Esta celeuma em torno da epidemiologia da AIDS demonstra algo importante para nossos objetivos. Herbert Daniel adoeceu quando a apreensão social sobre aqueles que poderiam contrair HIV, sofria modificações. Em 1989, ao que tudo indica, a consideração de que a moléstia era própria á homossexuais havia perdido boa parte de seu fôlego. Na passagem de uma década para outra, a percepção era de que

heterossexuais, mulheres e homens, fossem jovens, adultos ou idosos, poderiam se tornar soropositivos – mesmo que, como ficou evidente nos parágrafos imediatamente acima, a associação entre AIDS e homossexualidade de maneira alguma deixou de existir neste período. Mesmo assim, é forçoso reconhecer esta maior flexibilidade na percepção a respeito das pessoas que poderiam contrair HIV, pois pode ter influenciado na forma como Daniel vivenciou seu adoecimento.

### 1.3 Um atestado de óbito ou um longo caminho até a terapia tríplice

No início do item anterior, ao apresentar a doença, escrevemos que o agente etiológico da AIDS é um vírus. Na verdade trata-se de um retrovírus. É justamente por isso que cientistas não conseguiram contornar os problemas postos pela AIDS Francisco Inácio Bastos demonstrou como o surgimento do HIV questionou um dogma da biologia/ciência gerado nas décadas de cinquenta e sessenta do século XX, quando Watson e Crick formularam o “dogma central da biologia”. Em suas palavras:

Acreditavam eles [Watson e Crick] que a informação em biologia fluiria sempre em uma única direção: a partir de moléculas capazes de guardar e transmitir informação (os ácidos desoxiribonucleicos, ou simplesmente, DNA, na sua sigla inglesa), daí para moléculas que combinam a guarda e transmissão de informação com algumas características mais operacionais (ácidos ribonucleicos, ou RNA), e daí para as proteínas (BASTOS, F, 2005, p. 19).

O detalhe catastrófico trazido pelo vírus causador da AIDS, é que ele faz o caminho inverso e transmite informação do RNA ao DNA, através da transcriptase reversa. Neste processo, como explica Dráuzio Varella (1998, apud NASCIMENTO, 2005, p. 119) muitas cópias se perdem, mas as que sobrevivem não são idênticas ao vírus original, formando um montante viral com diversas e diferentes características. Por isso, a AIDS foi extremamente resistente a tratamentos por mais de uma década. Não é difícil encontrar reportagens como uma de 1989, que afirmou a incurabilidade da AIDS, pois nenhum “medicamento mostrou-se capaz de abater o vírus HIV, que leva à síndrome” (VEJA, 14 jun. 1989, p. 80-81).

A AIDS colocou às avessas o mundo científico. Seu aparecimento foi uma surpresa, o que em boa medida explica as dificuldades de combatê-la de maneira eficaz. A ciência médica atravessava um período de grandes sucessos, a ponto de um cirurgião-geral afirmar, em 1969, que o livro das doenças infecciosas deveria ser fechado (BASTOS, C, 1997 apud NASCIMENTO, 2005, p. 118). A AIDS surgiu então como uma espécie de ironia do destino, colocando por terra esta crença. Maria Cristina da

Costa Marques (2002, p. 43) afirma que seu advento ocorreu “numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saber médicos modernos”, em um momento em que “acreditava-se que no tocante às doenças infecciosas, tudo estava revelado e, portanto, a luta contra esses males estava praticamente ganha, uma vez que havia meios de controlá-los sem maiores dificuldades”, corrobora Dilene Raimundo do Nascimento (2005, p. 117).

Portanto a AIDS era – ainda é - incurável, justamente pelo fato de que o HIV é um retrovírus, o que o define com uma capacidade extraordinária de mutação. Livrar o ser humano soropositivo de todos os milhões de vírus que estão em seu corpo ainda hoje não é possível, embora seu nível no sangue do soropositivo possa ser controlado. Algo diferente ocorreu na década de oitenta. A AIDS não só era incurável como levava inexoravelmente à morte. A doença tinha uma letalidade assombrosa. “Para quem já está doente (...) nada muda. Neste caso o diagnóstico ainda é o mesmo: a pessoa morrerá”, afirmou “Veja” (13 mar. 1985, p. 93). A mesma revista destacou também seu caráter fulminante, informando que “são raríssimos os casos de sobrevivência por mais de três anos” (VEJA, 31 jul. 1985, p. 89).

Durante muito tempo foi reiterado o caráter letal da AIDS, e as revistas mostraram cotidianamente o falecimento de famosos e o pouco tempo de sobrevivência evidenciado pela Ciência. O Ministério da Saúde, através das campanhas de prevenção, bom que se diga, na vontade de esclarecer a população, muitas vezes fomentou o medo e o pânico.

Em um dos primeiros vídeos produzidos, em 1987, o narrador informou sobre a doença, sua incurabilidade e medidas de prevenção. No final do texto, ele disse: “Cuide-se! A AIDS leva qualquer um para a cama”. Acompanha o vídeo uma melodia tensa, que produz uma sensação de desconforto. A câmera atravessa o corredor de um hospital até chegar a uma porta, quando é narrado o trecho destacado a pouco. Aqui se percebe uma interação entre palavra e imagem. A porta se abre, e o que se vê é um quarto com pouca iluminação, composto por uma poltrona, um crucifixo na parede, um suporte para soro, e uma cama. Mas nesta não existe ninguém deitado (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d).

Uma leitura possível deste vídeo indica que a doença prostrava quem atingia e que ela não só “levava para a cama”, como causava, inelutavelmente, a morte (não aparece ninguém no quarto). Por outro lado, pode ser que os elaboradores da mensagem

não desejaram colocar uma pessoa sob a cama, para não sugerir que a moléstia era dolorosa. Seja como for, por conta da iluminação, melodia e texto utilizado, conferiram um caráter tenso à propaganda e possivelmente aquele que a assistiu naquela época conturbada, ficou bastante receoso.

Parece-nos que a estratégia foi apostar no medo - um forte componente da rede semântica das campanhas nesta época - embora informações sempre estivessem presentes. Em um vídeo produzido a propósito do carnaval, mostrou-se um homem fantasiado, com o rosto pintado, se divertindo, dançando sob uma marcha carnavalesca bastante animada. O narrador fala “quanto riso, quanta alegria. Este é o lado bom da folia”. Mas logo em seguida, ele indica: “Mas existe uma face que não tem nada de iluminada. É a face trágica de uma doença mortal chamada AIDS”. A música se transforma e se torna triste. O rapaz que outrora estava sorrindo, agora aparece com semblante triste, começa a tirar a fantasia e a limpar o rosto, e é transferido para um quarto de hospital (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d).

Neste momento, o narrador informa: “A máscara da face não revela quem tem, ou quem não tem a doença. Quem vê cara não vê AIDS”. Depois o rapaz, bastante abatido e já sem maquiagem, olha para a câmera. Está sem cor no rosto. Uma lágrima escorre em sua face. A câmera abre o ângulo, se afasta, e o quarto de hospital aparece em sua totalidade. O homem está deitado, olha para a janela tristemente, recebe sangue e tem curativos pelo corpo. Acima da cabeceira, um crucifixo. O narrador ainda afirma: “Lembre-se que AIDS mata sem piedade e está se espalhando por aí” (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d).

Na década de noventa, já com a nova equipe do Ministério da Saúde, no governo do Presidente Fernando Collor, este tipo de estratégia se potencializou. Um vídeo mostrou quatro pessoas. Os três primeiros, um homem e duas mulheres, ditam as seguintes frases: “Eu tive tuberculose. Eu tive cura; Eu tive sífilis. Eu tive cura; Eu tive câncer, eu tive cura”. Todos esboçam leves sorrisos, afinal escaparam de outras graves moléstias, mas que já se encontravam controláveis pelo saber médico. A quarta pessoa, um homem, olha com tristeza para a câmera, olha também para os lados, fato que indica certo embaraço, e por fim afirma: “Eu tenho AIDS. Eu não tenho cura”. O narrador informa: “Nos próximos dias, nos próximos meses, nos próximos anos, milhares de pessoas vão pegar AIDS, e vão morrer. Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar” (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d).

Possivelmente muitos começaram a se cuidar movidos pelo medo e pelo pânico. Como as campanhas dão a entender, todos eram potenciais portadores do vírus, e qualquer um poderia significar o contágio por HIV – o ponto positivo do vídeo. Mas reiteraram a letalidade da doença e instigaram a prevenção por intermédio do medo. Por extensão, é difícil acreditar que tais vídeos não levaram aqueles que já eram soropositivos à desesperança e ao isolamento.

Até porque a AIDS foi apresentada à população como algo extremamente sofrido e que causava sério definhamento. É o caso da campanha acima, que mostrou o rapaz pulando carnaval e termina indicando-o num leito de hospital, vitimado pela AIDS. As revistas semanais e mensais também contribuíram neste sentido. “Veja” apresentou no dia 15 de junho de 1983 fotos de pacientes com Sarcoma de Kaposi (VEJA, 15 jun. 1983, p. 74-75). Em matéria de “Isto É” (16 jul. 1983, p. 43), foi publicada a fotografia de um médico examinando um homem com bolhas avermelhadas nas pernas. Isto deixa evidente o aspecto degradante imposto pela moléstia. Quando morreu o costureiro Markito, uma das primeiras vítimas brasileiras, seu definhamento foi apresentado ao público: pesava somente 43 quilos, tinha problemas intestinais, apresentava febre alta e por fim, seus rins e pulmões já não conseguiam cumprir suas funções.

De fato, como diz Susan Sontag (2007, p. 107-108), “todas as doenças metaforizadas que atormentam a imaginação coletiva levam a uma morte sofrida, ou se imagina que a façam. Não basta que a doença seja letal para que cause terror”. E ela continua, dizendo que destas as “que mais causam terror são as consideradas não apenas letais, mas também desumanizadoras – no sentido literal do termo”.

Foi o que ocorreu em torno do adoecimento do costureiro Markito. Mas depois dele, as revistas continuaram a mostrar a AIDS como algo degradante. Foram diversas vezes. Em agosto de 1985, “Veja” (14 ago. 1985, p. 56) iniciou uma reportagem comentando o caso do homossexual José Maurício Lemes, de 24 anos. Escreveu-se que “durante um dia inteiro ele ficou sobre uma maca sem que alguém lhe prestasse atenção. Magro, olhar perdido num ponto indefinido no teto, as mãos esqueléticas movendo-se de forma lenta mas desordenada, como as de um recém-nascido. Já não podia falar”. Uma foto acompanhou o texto, mostrando o rapaz, bastante magro, abatido, deitado na maca.

“Isto É” (29 maio 1985), por sua vez, publicou matéria de capa “Tenho AIDS e não quero morrer”, frase imputada à Júnior, outro rapaz homossexual que concedeu permissão para que suas fotos fossem publicadas. Na capa e no interior da revista, ele



aparece de toca e máscara, deitado em uma maca na sala de isolamento do hospital Emílio Ribas, em São Paulo (ISTO É, 29 maio 1985, p. 48-54). As fotos completaram o sentido mórbido de frases como da chamada para a matéria: “No depoimento de “Júnior”, o drama dos condenados pela AIDS (...)” ou então, referindo-se ao depoente: “encolhido sobre uma maca, com dificuldades para falar, por causa de complicações pulmonares, sofrendo de uma crônica infecção intestinal (...)” (ISTO É, 29 maio 1985, p. 48-54).

Além disso, o próprio paciente entrevistado por “Isto É” indicou a inexorabilidade da doença, acompanhada por uma paradoxal relutância: “Pelo que sei, eu vou morrer (...) a médica falou que um dia a gente morre mesmo, só que a minha morte pode ser antecipada. Mas eu não quero morrer já. Antes, precisava cuidar de minha mãe, que é doente da cabeça, e de meu pai, que já tem 75 anos” (ISTO É, 29 maio 1985, p. 48).

O texto jornalístico que marcou definitivamente o aspecto degradante da doença foi escrito sobre a soropositividade do cantor Cazuzza. Ele ganhou uma matéria especial em “Veja” (26 abr. 1989), que pode ser considerada a síntese da imagem do “aidético”. “Cazuzza. Uma vítima da AIDS agoniza em praça pública”, é o texto da capa da edição de 26 de abril de 1989. Também apresenta uma foto do compositor, extremamente magro, pálido e de cabelos ralos. No corpo do reportagem, uma foto similar. Como nos textos sobre outros indivíduos, neste a situação em que se encontrava o paciente é apresentada:

O que está muito diferente é o corpo do astro. De 68 quilos, ele passou para 40. Seu bronzeado já não esconde as manchas que lhe marcam o rosto (sarcoma de Kaposi) (...) ele agora não consegue andar sozinho, tem dificuldade em colocar uma fita no gravador, se cansa quando fala seguidamente e precisa de auxílio para realizar necessidades fisiológicas (VEJA, 26 abr. 1989, p. 80).

Foram apresentadas na reportagem fotos do cantor, em período anterior à moléstia. Junto com sua ex-banda, Barão Vermelho, ele aparece animado, cantando, corado e visivelmente com maior peso. Isto só reforça o definhamento enfrentado por aquele que contraía o HIV (VEJA, 26 abr. 1989, p. 84; 86-87).

Vale dizer que a intenção dos editores e repórteres foi mostrar, de certa forma, a superação da enfermidade, mesmo que nesta época sua letalidade ainda fosse de 100%. O próprio Cazuzza afirmou que sua criatividade o mantinha vivo, que tinha muita energia. A revista completou, afirmando que, mesmo com apenas 40 quilos, o artista

continuava compondo, gravando e preparava uma autobiografia (VEJA, 26 abr. 1989, p. 80).

Por outro lado, ele foi apresentado, mesmo que de maneira velada, como culpado por sua doença, pois “Veja” não hesitou em afirmar que ele praticou “firulas” bissexuais, usava drogas e não conseguia se livrar do alcoolismo. Além do mais, era uma pessoa agitada, problemática, pois havia sido expulso de diversos colégios na adolescência, e, depois da soropositividade, já havia quebrado a mobília de seu apartamento algumas vezes (VEJA, 26 abr. 1989, p. 80-82).

Esta reportagem gerou enorme comoção social. Na seção “cartas”, nos dias 10 e 17 de maio de 1989, foram publicados inúmeros depoimentos de leitores. Muitos elogiaram a matéria, outros a criticaram por ser sensacionalista (VEJA, 17 maio 1989, p. 12). Foi criado um abaixo assinado por pessoas ligadas ao mundo intelectual e artístico, que teve com 510 signatários, contra “Veja”. Os editores afirmaram que o direito à livre expressão foi ferido (VEJA, 10 maio, 1989, p. 74-75).

O que importa destacar é que esta publicação reeditou, em âmbito nacional, o que já havia sido escrito quatro anos antes sobre Rock Hudson. Foram diversas as reportagens que mostraram o processo de adoecimento do ator que tinha, próximo a data de sua morte, “faces encovadas e cabelos embranquecidos”, e aparentava “ter bem mais do que 59 anos”. Uma foto mostrou o ator já doente, com “sinais do mal”, e, para contrastar, outra quando contracenou, no auge de sua forma, com a não menos conhecida Elizabeth Taylor (VEJA, 9 out. 1985, p. 100).

Em 1985, quando a “Isto É” (11 set. 1985) publicou “AIDS: Risco Geral”, foi indicado o caso do militar Walter Reis, que faleceu em decorrência da moléstia. Na matéria, foi reproduzido todo o laudo de Reis, abaixo de uma foto em que ele estava fardado e com aspecto sadio. É impossível não pensar que, a pessoa que lesse esta edição não se amedrontasse ou entrasse em pânico ao ler que ele faleceu com mais de 10 infecções e 3 tipos de pneumonia, dentre outras complicações, e que praticamente todos os seus órgãos foram atingidos (ISTO É, 11 set. 1985, p. 57).

Da mesma forma, os efeitos sentidos pelo cartunista soropositivo Henfil, foram demonstrados em 1987, indicando que a AIDS dizimava qualquer tipo de pessoa (VEJA, 13 jan. 1988, p.42-45). Na década de 90, a mesma estrutura textual foi utilizada quando se anunciou a morte da atriz Cláudia Magno, que inclusive, foi delineada como uma mulher da chamada “geração saúde”, não tinha vícios e levava vida sexual monogâmica. Uma bela foto sua, e outra do antigo namorado, Marcelo Ibrahim podem

ser evidenciadas. Mesmo assim, para ambos, a AIDS foi fulminante (VEJA, 12 jan. 1994, p. 38-39).

Mas todos estes casos não demonstram, absolutamente, que cientistas e médicos ficaram de braços cruzados, simplesmente assistindo pessoas faleceram, após padecerem diante de uma infinidade de sintomas. Outras reportagens demonstram que a cada descoberta sobre o vírus, o otimismo em relação à possibilidade de um tratamento eficaz, da cura definitiva, e até as possibilidades de imunização, surgiram.

Por volta de 1986 começaram os testes com a azitotimidina (AZT). Na II Conferência Internacional de AIDS, realizada em Paris, em 1986, foram anunciados experimentos feitos com a droga. Também foram comemorados durante o encontro os ótimos resultados conseguidos com o uso da ribovirina. Mesmo assim alertou-se que em relação ao AZT “serão necessários muitos outros testes para se saber se ele é suficientemente eficaz. Somente depois disso será colocada no mercado para uso experimental, mas espera-se que isso venha ocorrer nos próximos meses”.

Em 24 de setembro de 1986 “Veja” (24 set. 1986, p. 115) anunciou os satisfatórios testes feitos com 240 pessoas, nos Estados Unidos. Dois grupos foram formados. Um deles recebeu o AZT, o outro, placebo. Os indivíduos que tomaram a droga exibiram significativa melhora, ganharam peso e tiveram seu sistema imunológico parcialmente recomposto. Mesmo assim, foi questionado o tempo que a droga faria efeito, além de saber que não eliminava o vírus e seu uso poderia desembocar em sérios efeitos colaterais.

Quatro meses depois a mesma revista se mostrou mais rigorosa em relação à azitudimidina, afirmando que ela somente era eficaz para tratar a pneumonia causada por pneumocistys carinii, ou seja, era profícua apenas contra uma infecção oportunista, ao invés de agir na destruição do HIV (VEJA, 29 jan. 1987, p. 58). Além disso, “Veja” anunciou em março que em estágios avançados da AIDS, o AZT não surtia efeito algum (VEJA, 25 mar. 1987, p. 90-91).

Porém, neste momento, outros inúmeros medicamentos estavam sendo testados no tratamento de portadores do HIV. Das drogas apresentadas na IV Conferência Internacional de AIDS, realizada em 1989, a que teve maior longevidade foi a DDC, que tem semelhança química com o AZT, e reforça o sistema imunológico, mas somente em estágios iniciais da síndrome. (VEJA, 10 jun. 1987, p. 46-49).

Mas é inegável que o conhecimento sobre o AZT se aperfeiçoou ao longo dos anos. Em 1990, a “Isto É” informou sobre as três fases pela qual passou a recomendação

do medicamento: primeiro, quando lançado, somente em pacientes em estágio avançado, devido à sua alta toxicidade. O problema encontrado por cientistas e soropositivos nesta fase, é que o remédio não surtia o efeito desejado. Por isso, posteriormente, foi utilizado em pacientes quando começaram a apresentar sintomas. Em um terceiro momento, data da publicação da reportagem, um novo paradigma se desenhava: utilizá-lo em pacientes assintomáticos.

Nesta última fase, bastava verificar através de exames a existência de um montante viral maior do que a presença de anticorpos. “Hoje, de acordo com determinados indicadores da imunidade do paciente, começamos com o AZT. O remédio prolonga o período de incubação da doença. É o uso profilático do AZT”, afirmou o infectologista Caio Rosenthal (ISTO É, 9 maio 1990, p. 29). De mesma formação, David Uip fez elogios ao medicamento: “Os resultados são excelentes. Não há os efeitos colaterais descritos habitualmente para pacientes que começam a se medicar em estágio avançado da doença” (ISTO É, 9 maio 1990, p. 29).

O otimismo só aumentou quando, em 1992, o DDC foi liberado para comercialização nos Estados Unidos, junto com outra nova droga, o DDI. Para os pacientes, isso significou muito. Segundo “Superinteressante” (jul. 1992), em conjunto com o AZT, DDI e DDC tinham o mesmo objetivo, a saber, não permitir que o vírus HIV se replicasse. Mas eles funcionavam de maneiras distintas. A explicação está na mesma reportagem:

Os antivirais rendem 100% durante, mais ou menos, seis meses. Depois desse tempo, é como se o HIV aprendesse a se desviar do obstáculo químico que impedia o seu avanço. Mas os três medicamentos existentes hoje em dia são barreiras diferentes — enquanto o vírus derruba uma delas, as demais continuam de pé (SUPERINTERESSANTE, jul. 1992).

A “Superinteressante” continuou citando outro infectologista, André Villela Lomar, Diretor Científico do Hospital Emílio Ribas, de São Paulo “Quando o AZT deixar de fazer efeito em um doente, ele passará a tomar o DDI (...) E quando, por sua vez, a eficiência deste segundo também cair, sobrar a alternativa do DDC. O tempo de sobrevida deve triplicar” (SUPERINTERESSANTE, jul. 1992). A esperança aumentou por saber que o número de remédios que combatiam as infecções oportunistas crescia celeremente. Ainda uma vez afirmou Lomar:

A sobrevida do aidético já não é o calvário de antes. O arsenal químico para combater as chamadas infecções oportunistas vem aumentando. Cientistas alemães e americanos sintetizaram moléculas de antibióticos, sob medida para barrar o protozoário da rara pneumonia pneumocística, que até recentemente era a causa mais freqüente de mortes entre aidéticos. Outro exemplo de vitória são as drogas contra o citomegalovírus. Quando a

infecção por esse micróbio era diagnosticada, os médicos sabiam que o paciente só teria entre quatro e seis meses de vida. E, pior, iria enxergar cada vez menos, até morrer cego (SUPERINTERESSANTE, jul. 1992).

Os grandes problemas em relação ao medicamento, ao menos no Brasil, foram políticos e econômicos. Quando o AZT estava em fase experimental, o sanitarista e médico dermatologista Paulo Roberto Teixeira, reclamou da indisponibilidade do medicamento no país (ISTO É, 18 fev. 1987, p. 31). Por isso, a droga deveria ser importada. Mas o processo burocrático era impressionante:

Em vez de ir correndo à farmácia comprar o remédio, a pessoa é obrigada a ir a uma repartição pública e, em vez de comprar a droga, simplesmente preencher guias de importação e esperar. Depois tem que ir ao Banco Central para comprar os dólares necessários e, mediante uma receita médica traduzida para o inglês, conseguir trazer o remédio por meio de um portador (VEJA, 4 maio 1988, p. 99).

Assim a ABIA criou um banco de AZT. Pessoas com o vírus se cadastravam e, numa emergência, recebiam-no sob a garantia de repor a quantidade usada (VEJA, 4 maio 1988, p. 98)

Mas em novembro de oitenta e oito, a droga foi liberada para comercialização no Brasil. Isto não significou alento. Quase ninguém a comprava, dado seu valor extremamente elevado. As estimativas eram de que por mês um paciente tivesse que gastar 1000 dólares com o tratamento. Os hospitais também não tinham como usar seu orçamento para comprar a droga e tratar seus pacientes (VEJA, 16 nov. 1988, p. 93).

Situação revertida no final de 1991. “Veja” (13 nov. 1991, p. 44) celebrou que o Governo Federal “dava sua maior contribuição para o tratamento da Aids no país”, pois “iniciou a distribuição gratuita de 64.000 frascos do AZT – única droga disponível no mercado nacional que atenua os sintomas da AIDS” (13 nov. 1991, p. 44). Mas poderiam se beneficiar somente aqueles que já apresentassem sintomas da síndrome e pacientes assintomáticos foram excluídos do benefício (13 nov. 1991, p. 44). De toda a forma, como demonstra a citação retirada de “Veja”, foi algo considerado excepcional.

A história da AIDS tal como relatada pelas revistas não era mais a mesma. Desde o começo da década de noventa, tanto “Veja” como “Isto É” e “Superinteressante” insistiram em afirmar que a doença estava em vias de se tornar tratável. O infectologista André Lomar disse nesta época que “ela poderá ser encarada como a diabetes, que não tem cura, mas tem controle. O doente toma sistematicamente a insulina e vive bem” (ISTO É, 22 mar. 1995, p. 71). É também exemplar o trecho exposto em “Veja” (19 jun. 1991, p. 73):

Pode-se dizer (...) que a moléstia está assumindo um perfil mais ameno. No início dos anos 80, os aidéticos eram indivíduos condenados à morte em execução sumária. Em 70% dos casos, os doentes morriam um ano depois que a síndrome era diagnosticada. Hoje, esse perfil está se invertendo. Menos de 40% dos aidéticos morrem um ano depois da manifestação dos sinais da doença. Muitos deles conseguem sobreviver por até cinco anos – graças a medicamentos que combatem as chamadas infecções oportunistas e restabelecem parte das defesas imunológicas dos pacientes. O paciente está aprendendo a conviver com a moléstia e a retomar a vida social enquanto faz o tratamento.

O desfecho para tornar a AIDS controlável ocorreu nos anos de 1995 e 1996, com a utilização de remédios chamados inibidores de protease, sendo o primeiro chamado indinavir, ou MK- 639. Estes remédios foram uma grande novidade, pois, assim como o AZT, DDC e DDI, não permitem a replicação do vírus; mas desta feita, agem em outro estágio, quando o agente etiológico já está maduro.

“Isto É” explicou duas fases de ação do agente etiológico da AIDS quando dentro das células. Trata-se de um ciclo: primeiro o HIV se duplica com a ajuda da enzima transcriptase reversa, mas neste processo perde uma membrana que o envolve. Outra enzima, a protease é a responsável por recobrir o vírus, que, assim, continua sua multiplicação. Os remédios mais antigos, como o AZT, por exemplo, agem no primeiro estágio. Como o vírus é mutante, cedo ou tarde ele consegue passar para a fase seguinte, o que significava sérios problemas e o paciente faleceria rapidamente. Mas é justamente neste estágio que um medicamento como o indinavir age, inibindo a ação da protease, e por extensão, a replicação do agente causador da AIDS (ISTO É, 13 set. 1995, p. 54).

As pesquisas divulgadas foram animadoras. Quando o indinavir foi experimentado em 380 soropositivos brasileiros, percebeu-se que em alguns havia uma redução de 99% do montante viral. Ademais, elevou o número de células defensoras, as CD-4, em até 50, o que significou uma melhora substancial (ISTO É, 13 set. 1995, p. 54). Mesmo assim, “Veja” alertou que “ainda é cedo para dizer que o MK-639 é uma droga eficaz ao longo do tempo. O remédio pode estar passando pelo que os infectologistas chamam de ‘lua-de-mel’: um período em que o HIV ainda não criou resistência aos seus efeitos” (VEJA, 13 set. 1995, p. 53).

Mas no começo de 1996 surgiu a chamada terapia tríplice<sup>4</sup> - a combinação de três medicamentos que barravam o avanço do vírus HIV no corpo do paciente.

---

<sup>4</sup> Preferimos não utilizar a palavra “coquetel”, que correntemente é utilizada para se referir ao conjunto de remédios dispensados ao tratamento de soropositivos. Cremos que tal termo é vago, não demonstra as especificidades dos inúmeros remédios utilizados contra o HIV ao longo do tempo, tampouco suas potencialidades.

Anunciou “Isto É” (14 fev. 1996, p. 78-79) a existência de 14 drogas e 56 combinações possíveis para barrar o avanço do HIV. Dentre os inibidores de transcriptase reversa, citou o AZT, DDI, DDC e os novos DT-4 e 3-TC. Já os inibidores de protease contavam com inivirase, indinavir, ritonavir e viracept.

Com tantas drogas a disposição, primeiro escolhiam-se três, duas que agiam contra a transcriptase, e uma contra a protease. Geralmente a combinação era Indinavir, AZT e 3-TC (ISTO É, 14 fev. 1996, p. 78-79). E com as inúmeras associações que poderiam ser feitas, pela primeira vez conseguiu-se vencer o HIV em sua face mais nefasta, a mutação e resistência. Como afirmou “Veja” (10 jul. 1996, p. 91):

(...) o HIV não consegue mais escapar do ataque químico pelo caminho natural. Ou seja, desenvolvendo resistência à droga. Em dezoito meses, o vírus fica resistente a uma única droga – ao AZT por exemplo. As chances, porém, de que ele ao mesmo tempo desenvolva resistência ao AZT, ao 3-TC e ao ritonavir são matematicamente quase nulas.

“Se o vírus escolhe o caminho evolutivo de ficar resistente ao AZT, ele acaba se tornando suscetível ao ritonavir. Ele não consegue mutar duas direções ao mesmo tempo”, afirmou o médico Roy Gullick na mesma reportagem (VEJA, 10 jul. 1996, p. 91).

Sabe-se atualmente que o advento da terapia tríplice foi um franco sucesso. Sobre isso, comentou Francisco Inácio Bastos (2007, p. 63):

O sistema imunológico que emergiu da era pós-coquetel (...) se mostrou bastante mais dinâmico e flexível do que até se supunha (...) Fato é que, livre por algum tempo, dos ataques à sua integridade compreendidos pelo HIV, o sistema imunológico se mostrou plenamente capaz de recompor sua estrutura e função, com uma redução e mesmo eliminação das doenças secundárias à sua fragilização (denominadas oportunistas).

Recompondo o organismo, os indivíduos voltaram a ter uma vida social muitas vezes tranqüila. “Pessoas que até então se debatiam brevemente contra o horizonte sombrio de uma morte anunciada, puderam retomar plenamente suas vidas, sob os mais diferentes aspectos, desde o afetivo-sexual ao profissional e social”, pois os medicamentos, continua Bastos (2007, p. 73):

Determinaram um aumento dramático da sobrevida dos pacientes com Aids e uma redução muito importante das doenças oportunistas, que afligiam o cotidiano desses pacientes e lhes impunham hospitalizações dolorosas e muitas vezes prolongadas. Ao livrar seu cotidiano dessas agruras, as pessoas vivendo com Aids puderam retomar suas vidas de forma plena.

O que aconteceu se pensados os trechos destacados de Francisco Inácio Bastos. O que não quer dizer, por outro lado, que a corrida pela cura não tenha continuado. Pois faltava tão pouco! Somente 1%! David Hoo, o pesquisador mais aclamado por ter criado

a terapia tríplice, continuou pesquisas em busca da cura total. Desejava ele primeiro identificar o 1% restante, que ficava indetectável no corpo.

Por outro lado, todo o otimismo foi relativizado, pois existia um problema para aqueles que desejavam, ardentemente, se livrar das agruras que o HIV os impunha: não possuir recursos para adquirir o remédio. Em 1996 um frasco de Invirase, quando chegou ao mercado brasileiro, custava 550 reais, e durava somente 30 dias (ISTO É, 13 mar. 1996, p. 47). Não bastasse, era de conhecimento que 95% do princípio ativo da droga era eliminado pelo paciente. (VEJA, 6 nov. 1996, p. 102).

Mas feito um cruzamento de fontes, estas informações sobre o custo dos medicamentos não se mantêm, ao menos teoricamente. Já em 1995 o Governo Federal passou a distribuir, além do AZT, o DDI, ganciclovir, fluconazol, pentamidina, aciclovir e anfoterecina B. Tudo isto definido por Portaria federal, aprovada em março de 1995. Esta Portaria também determinou aqueles que poderiam receber gratuitamente os remédios, basicamente aqueles que apresentavam sintomas de AIDS e uma contagem baixa de células CD-4 (BRASIL, 1995, Portaria Ministerial 21).

Um ano e oito meses depois, pela lei 9.313, sancionada pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, isto foi reiterado. A lei dizia que, por intermédio do Sistema Único de Saúde, o paciente de AIDS receberia toda a medicação necessária para o tratamento gratuitamente. O custo seria arcado com recursos da seguridade social advinda de todas as esferas da federação. A lei é um tanto vaga no que diz respeito a quem poderia receber os remédios, pois, não obstante a distribuição universal, o documento afirma que “o Ministério da Saúde padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença” (BRASIL, 1996, lei 9.313).

#### **1.4 A morte antes da morte**

A despeito de toda a busca científica para o controle da AIDS, ela foi uma doença dolorosa e sofrida. Até o surgimento de remédios realmente eficazes, ter o HIV no corpo significava, para o imaginário social, que a pessoa definharia até a morte, ficaria desfigurada, provocaria asco. Tais imagens determinaram efeitos. Um corpo que definha causa repúdio e medo. Sublinha Anderson Rodrigues Corrêa (2006, p. 102):

O corpo não saudável acarreta aversão, pânico às pessoas. O medo do contágio faz com que os indivíduos afetados pelo HIV e que desenvolveram a AIDS sejam, de certa forma, afastados do convívio social. Esse afastamento também se deve a visibilidade das complicações decorrentes do



desenvolvimento da síndrome, que podem ficar expostas, marcadas, no corpo soropositivo.

A doença também mostrou a incapacidade da sociedade em conseguir conviver com a morte próxima. No século XX, a morte não fazia parte do cotidiano, como outrora havia sido. Ela foi deslocada para os confins da sociedade. Não podia mais aparecer, ser verbalizada. Depois dos oitocentos, para quem fica, deve-se não falar em morte, e afirmar que está tudo bem é uma obrigação. Esconde-se inclusive a dor - não em sinal de respeito ao morto, mas em sinal de respeito ao corpo social - e segue-se em frente, como se nada tivesse acontecido. Tudo se faz as escondidas, pois a sociedade recalçou completamente a morte: não aceita que nenhum indivíduo lembre-a de que a finitude existe (ARIES, 1990, p. 53-57).

Segundo Norbert Elias (2001), compreender a passagem de sociedades antigas para sociedades industriais desenvolvidas é salutar para explicar o interdito imposto à morte. Nas sociedades modernas o conhecimento médico científico tende a ser altamente desenvolvido, o que leva a uma maior expectativa de vida e mesmo uma previsibilidade do que a ela oferece riscos. Somado a isso, passou a existir um maior tempo de paz, portanto, a morte em massa não está lá para lembrar a finitude humana. Por tudo isso, diz Elias (2001, p. 15):

A atitude em relação a morte e a imagem da morte em nossas sociedades não podem ser completamente entendidas sem referência a essa segurança relativa e à previsibilidade da vida individual - e à expectativa de vida correspondentemente maior. A vida é mais longa, a morte é adiada. O espetáculo da morte não é mais corriqueiro. Ficou mais fácil esquecer a morte no curso normal da vida.

Ainda segundo Elias, aconteceu com a morte o mesmo com outros sentimentos elementares da vida cotidiana, como sexo, aspectos fisiológicos, sentimentos exacerbados etc, que foram recalcados. Por ser a morte “um dos grandes perigos bio sociais da vida humana” ela foi constantemente relegada aos “bastidores da vida social durante o processo civilizador”. O grande problema é que ela não é desencarnada. Só aparece no corpo do outro, de alguém. Por isso a rejeição social daquele que adocece, envelhece e morre (2001, p. 18-19). Afirma Elias (2001, p. 16-17) que:

Aqui encontramos, sob forma extrema, um dos problemas mais gerais de nossa época - nossa incapacidade de dar aos moribundos a ajuda e afeição de que mais que nunca precisam quando se despedem dos outros homens, exatamente porque a morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte. A visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte.

Assim, a morte social ocorre antes da morte biológica. Aquele que anuncia a possibilidade de morte é excluído, pois no outro, saudável, não existe o desejo de lembrar que também um dia vai morrer: “há um desconforto peculiar sentido pelos vivos na presença dos moribundos (...) *Para os moribundos essa pode ser uma experiência amarga. Ainda vivos, já haviam sido abandonados*” (2001, p. 31) (grifos nossos). A morte, nesse sentido, torna-se sinônimo de doença. Elas se completam em seu sentido excludente: “Socialmente, a passagem da vida à morte operou-se efetivamente através dos procedimentos que fazem do doente um morto, independentemente, poder-se-ia dizer, de seu óbito real: ele está morto a partir do momento em que foi tratado como tal” (HERZLICH, 1993, p. 17).

É exatamente o que ocorreu no caso da AIDS. Fernando Seffner (1995, p. 131) sustentou que:

Morte por AIDS é a morte antes dela mesma, tanto no sentido físico e clínico, mas especialmente no sentido de morte civil, de perda de cidadania. A morte por AIDS quase não é vista pelo senso comum como morte no sentido biológico, já que suas representações e significações a aproximam da idéia de fracasso, punição, castigo e provação.

Situações de exclusão social foram direcionadas a homossexuais durante os primeiros anos da doença no Brasil. Em 1983, “Isto É” (13 jul. 1983, p. 37) informou, que dois soropositivos “não puderam participar de um programa de televisão, em São Francisco (...) porque nenhum funcionário da emissora aceitou pregar microfones na lapela dos entrevistados”. Na Inglaterra, em 1985, bombeiros foram proibidos de fazer respiração boca a boca em gays, nem atender ocorrências em bares voltados para o público homossexual. Em São Paulo, funcionários enviaram abaixo-assinados solicitando a demissão de colegas homossexuais (ISTO É, 13 mar. 1985, p. 37).

A exclusão social teve origem, por vezes, na seara religiosa. Dom Avelar Brandão Vilela, Cardeal-Arcebispo de Salvador, publicou um artigo na “Veja” no final de 1985, dizendo que a AIDS não era um castigo que Deus impunha aos homossexuais, pois, se “Deus tivesse que fustigar o homem sempre que ele cai em pecado ou se desvia do caminho certo (...) precisaria desfechar minuto a minuto o azorrague de sua ira contra milhões de pecadores” (VEJA, 4 dez. p. 178).

A culpa pela doença, segundo ele, estava “distribuída pela humanidade inteira. A AIDS só se difundiu graças à permissividade sem limites dos nossos tempos”, pois, escrevia ele um pouco antes “em nome da liberdade, tudo pode ser feito, todos os comportamentos merecem complacência”. Mesmo assim, fica claro que para ele a

prática sexual entre dois homens não era natural, pois tinha “pena da chamada ‘família gay’, de todos aqueles que rejeitaram, consciente ou inconscientemente, o sentido fundamental da especificidade dos sexos” (VEJA, 4 dez. p. 178).

Nem sempre a Igreja Católica foi tão comedida. Em 1992, o Vaticano preparou uma Carta Pastoral de Orientação aos Bispos, capitaneada pelo Cardeal Joseph Ratzinger (atualmente Papa). Nela, relata “Isto É”, existem trechos como “A discriminação aos homossexuais não só é justa como necessária” ou “A tendência homossexual é uma desordem objetiva”. No que concerne à AIDS, o documento afirmou que “limitar os direitos dos homossexuais pode prevenir o contágio e proteger o bem comum”. Muitos criticaram o posicionamento da Igreja, como o antropólogo brasileiro Luiz Mott. Os próprios elaboradores da matéria foram de encontro a atitude do Santo Ofício, pois segundo eles o Vaticano elegeu, com semelhante atitude, novas vítimas para sua perseguição (ISTO É, 12 ago. 1992, p. 38-40).

O fator religioso teve grande peso na culpabilização homossexual pela AIDS. Diversos leitores ao longo da década de oitenta escreveram para as revistas comentando trechos bíblicos. Assim fez Jackson Santos ao citar o versículo 27, do primeiro capítulo da epístola aos romanos: “E, semelhantemente também os varões, deixando o uso natural da mulher, se inflaram em sua sensualidade uns para com os outros, varão com varão, cometendo torpezas e recebendo em si mesmos a recompensa que convinha a seu erro” (VEJA, 4 set. 1985, p. 13). Foi também o caso de Rosângela Santos, que citou o versículo 23 do capítulo 26, também de romanos: “Porque o salário do pecado é a morte, mas o dom gratuito de Deus é a vida eterna” (VEJA, 25 set. 1985, p. 14).

Algumas vezes, era a própria natureza que se erguia contra o homem. Disse Mario Alves Rego que “a AIDS [era] um mal necessário, um mal de reparação moral, um castigo da natureza por sua violação: pois só assim os homens conseguirão despertar a fim de buscar o seu verdadeiro ponto de moralidade” (ISTO É, 4 mar. 1987, p. 35).

O repúdio ao homossexual não se consumou apenas no seio da Igreja Católica, mas permeou outros campos sociais. No começo da marcha da doença no Brasil, quando atingia somente os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, o médico endocrinologista e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Marcelo Negreiros, propôs que bancos de sangue sumariamente rejeitassem doações de homossexuais e usuários de drogas (ISTO É, 22 jun. 1983, p. 45).

Outro médico, Vicente Amato Neto, perguntado se a AIDS era doença de homossexual, respondeu: “Começou com eles, não é? As primeiras estatísticas eram

praticamente só de homossexuais. *Daí veio o resto*” (ISTO É, 18 jul. 1987, p. 81) (grifos nossos). O médico também sugeriu medidas coercitivas se não houvesse cooperação dos homossexuais. E para ele não existia, já que diversos países, como EUA, Inglaterra e França, investiram em campanhas de esclarecimento, mas o número de indivíduos infectados entre homossexuais não diminuiu.

Amato Neto ainda sustentou que os “homossexuais confundem o respeito que eles merecem como seres humanos, o que considero inquestionável, com uma espécie de licença para disseminar a doença”. Assim, mesmo afirmando que não possuía um método para barrar a disseminação do HIV, citou que alguns países mandaram embora homossexuais, enquanto outros simplesmente os condenaram (ISTO É, 18 jul. 1987, p. 81-82).

A população ficou dividida em relação às afirmativas de Amato Neto. Fernando Lobo demonstrou sua indignação, e sugeriu que o médico tinha visão “reacionária e medieval” (ISTO É, 1 jul. 1987, p. 35). Duas semanas depois, foi a vez do leitor Gil Motta se manifestar, mas prestando apoio a Amato Neto, pois “teve a coragem de afirmar que a AIDS começou com os homossexuais e defendeu o uso de medidas coercitivas contra eles” (ISTO É, 15 jul. 1987, p. 53).

Seria um engano pensar que situações e enunciados como estes se dirigiram somente a homossexuais. Muitas vezes, bastava que uma pessoa fosse soropositiva. No Brasil, ocorreram algumas situações extremas ao longo do tempo. “Isto É” publicou em uma reportagem de 1988 uma foto evidenciando profissionais encarregados de sepultar soropositivos utilizando luvas, máscaras e soldavam o caixão antes de enterrar (ISTO É, 1988, p. 74).

Casos isolados ocorreram. Uma prostituta soropositiva e grávida foi duramente perseguida em Minaçu, pequeno município goianense, e foi transferida sob custódia da polícia para Anápolis, além de ter seus colchões e roupas de cama queimados (VEJA, 26 ago. 1987, p. 103); outra mulher, residente em Casimiro de Abreu, interior do Estado do Rio de Janeiro, despertou suspeita de ser soropositiva por trabalhar na casa de um homossexual, que faleceu em decorrência da síndrome. Mesmo com um exame apontando que não era portadora de HIV, demais moradores encaminharam um abaixo assinado ao juiz da cidade solicitando providências, ao que o magistrado agiu prontamente, propondo três alternativas à mulher: que deixasse a cidade, se internasse em um hospício ou então começasse um tratamento em hospital (VEJA, 14 set. 1988, p. 52-53).

Em Morretes, no Paraná, o Secretário de Saúde afixou em diversas localidades do município um edital, assinado pelo próprio, por um médico e mais uma inspetora de saneamento informando a população que o vendedor Sérgio Barbosa era portador de HIV e “uma fonte potencial de contaminação”. O rapaz passou a provocar pavor, e muitos moradores chegaram a pedir que ele fosse proibido de nadar no lago da cidade (VEJA, 2 fev. 1994, p. 79).

Foram casos isolados em pequenas cidades brasileiras. Mas em capitais ou municípios de médio porte, a negação do paciente de AIDS também ocorreu, e muitas vezes partiu de pessoas que, a princípio, deveriam ajudá-los: os profissionais de saúde. Em matéria em que demonstrou cotidiano de médicos e enfermeiros que trabalhavam no atendimento a soropositivos, “Isto É” (18 fev. 1987, p. 30-37), apresentou a determinação de muitos, principalmente em face de poucos recursos financeiros. Porém, indicou casos de médicos que se recusaram a fazer cirurgias ou análises laboratoriais de material recolhido de pessoas que viviam com HIV, por medo de contaminação sanguínea.

A “Veja” (9 dez. 1987, p. 56) anunciou em dezembro de 1987 que a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS iria iniciar protesto contra hospitais que se recusavam a atender pacientes da síndrome, em especial hemofílicos. A ONG possuía documentos que provavam a recusa a dez pessoas. No mesmo anúncio, a revista ainda informou que o hospital São Vicente de Paula, no Rio de Janeiro, aceitou internar somente o cartunista Henfil, mas o deixou isolado numa área que poderia abrigar outros nove pacientes. A mesma revista insistiu em semelhante discriminação ao mostrar o caso de um homem de 31 anos e de um bebê recém nascido, que tiveram atendimento negado em diversos hospitais paulistas e cariocas respectivamente, por serem HIV positivo. Ambos faleceram (VEJA, 13 jul. 1988, p. 81).

O caso do bebê não foi o único. Em 1991, a entidade Casa Vida, que abrigava crianças soropositivas abandonadas, situada em São Paulo e mantida por um convênio entre a Igreja Católica e a Fundação para o Bem-estar do Menor (FEBEM), foi processada pela família que morava ao lado, primeiro por medo de contágio da AIDS, uma vez que as crianças, durante atividades recreativas, atiravam brinquedos por sobre o muro; após primeira derrota na justiça, insistiram argumentando que a casa onde funcionava a Instituição foi construída de maneira irregular (ISTO É, 23 out. 1991, p. 44).

Talvez mais exemplares foram os casos do garoto Leandro Santos e da menina Sheila Cortopassi. Referente ao primeiro, pais de colegas seus da escola aonde estudava fizeram um abaixo assinado e solicitaram sua expulsão. “É um absurdo que um garoto doente conviva livremente com crianças normais”, disse um dos pais. Mesmo assim, Santos não perdeu sua vaga (ISTO É, 22 maio 1991, p. 34). Já no caso da menina, foi o próprio Sindicato das Escolas Particulares de São Paulo, que por intermédio de seu Diretor, José Aurélio de Camargo, negou sua matrícula, primeiramente em uma das escolas da rede, depois em todas as escolas privadas. No momento da reportagem, Sheila Cortopassi estava impedida de estudar, e seus pais moviam ação na justiça contra o sindicato (ISTO É, 13 maio 1992, p. 35).

Contra estas situações, algumas medidas foram tomadas. Se revistas e campanhas governamentais muitas vezes fomentaram o medo e a discriminação, também agiram de forma a condenar práticas preconceituosas. Em 1985, “Veja” (14 ago. 1985, p. 68-69) publicou reportagem em clara defesa a quem contraía HIV, em especial o homossexual. Ela foi intitulada “A peste e a culpa. A AIDS ameaça fazer voltar a um tempo de trevas em que mais do que a doença se combatiam os doentes”. As duas páginas que a compõe mostraram os quadros “O Triunfo da morte”, de Bruegel, e “A dança da morte”, de Holbein, para sublinhar o temor trazido por epidemias (VEJA, 14 ago. 1985, p. 68-69).

Textualmente, apontou-se que:

De maneira mais ou menos disfarçada, há também a condenação do doente, ou pelo menos a suspeita de que alguma coisa ele fez, ou deixou de fazer, para atrair a má sorte (...) das várias e formidáveis ironias surgidas no bojo da explosão da AIDS, nestes últimos meses, foi fazer o mundo recuar no tempo e recuperar a velha tradição histórica de não apenas se lamentar ou combater a doença – mas também condenar o paciente. Ou, por outra, fazer com que o doente não apenas sinta os efeitos da moléstia – mas também o seu estigma (VEJA 14 ago. 1985, p. 68-69).

Logo em seguida, lembrou que o estigma pesava muito mais sobre o homossexual, informação embasada pelo maior número de casos neste grupo na época. Além disso, fez relação com outras doenças, como a sífilis e a chamada peste negra. Disse a revista que:

O que está ao alcance de um leigo fazer, hoje, enquanto se assiste ao avanço da AIDS e se aguardam as pesquisas nos laboratórios, é tentar evitar que, juntamente com a doença, avancem também as forças das trevas. *O mundo tem hoje já uma história suficientemente longa, e está suficientemente consciente de si próprio, para saber que a ignorância, o preconceito e a falta de compaixão não ajudam em nada na detenção de uma epidemia.* Caso se tenha a tendência a estigmatizar uma doença contraída por contágio sexual, deve-se lembrar que o papa Júlio II (1443-1513) teve sífilis. Caso se tenha

inclinação a perseguir uma minoria, recorde-se que durante toda a peste negra, que por mais de cinquenta anos assolou a Europa, no século XIV, houve historicamente massacres de judeus. Eles eram acusados alternadamente ou de poluir a água ou de, simplesmente, serem ímpios em face de Deus e com isso atrair sua ira. *E a história e o simples bom senso ensinam que o que se deve combater é a doença – não o doente. Não há notícia de um vírus que tenha sido exterminado pelo ódio a uma minoria, ou pelo estigma lançado contra o paciente* (grifos nossos) (VEJA, 14 ago. 1985, p. 69).

Face às campanhas governamentais, é perceptível a mesma situação. Desde o começo, a população foi solicitada a não discriminar o soropositivo. Em um dos vídeos produzidos pelo Ministério da Saúde, ainda na década de oitenta, o narrador informou:

De todos os sintomas da AIDS, o que causa mais dor é a solidão. Na maioria dos casos, a família e os amigos se afastam do doente da AIDS, por medo ou preconceito. AIDS não se pega convivendo com doente da AIDS. AIDS não se pega com abraço. AIDS não se pega com afago e com afeto. Enquanto a cura não vem, o carinho é o melhor tratamento (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d).

As imagens são significativas. Até chegar ao trecho “afago e com afeto”, a câmera se desloca de um corredor totalmente escuro, entrando num quarto aonde aos poucos a luz vai tomando conta da cena, até chegar a uma pessoa sentada, de costas, em uma poltrona, olhando através de uma janela de onde vem a luz. Quando chega ao indivíduo o soropositivo, a luz é forte e narra-se o trecho a partir de “enquanto a cura não vem...”, e somente o braço de uma pessoa aparece e afaga o ombro do paciente. A mensagem associou escuridão e práticas de preconceito, mas quando se aceitava o soropositivo e o tratamento dispensado a ele era de carinho, uma luz surgia (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d).

Sobre este mesmo assunto, um dos slogans de uma campanha veiculada em 1993 afirmou claramente: “Previna-se da AIDS, não das pessoas” (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d). No final deste ano, outro vídeo foi veiculado, a propósito do Dia Mundial de Combate a AIDS, lembrado em 1 de dezembro. Neste, um homem adulto aparece jogando tênis de mesa. Depois de sacar duas vezes, e a bola não retornar, ele faz mais uma tentativa. Nesta, existe retorno. O homem sorri para a câmera. O texto diz que “ao portador do vírus da AIDS, não pode faltar esperança, apoio, carinho, nem gente amiga para conversar. Solidariedade faz bem a vida” (CEDOC ABIA, CAMPANHAS OFICIAIS DE PREVENÇÃO, s.d). O sentido é claro: é necessário sempre o retorno ao soropositivo, seja de afeto ou em situações da vida social. O importante é que não fosse excluído.

Este é o contexto desenvolvido a partir de fontes jornalísticas e das campanhas estatais de prevenção e esclarecimento sobre AIDS. Como visto foi um período conturbado, que demonstra uma história contraditória, tensa e, até por estes dois aspectos, multifacetada. No capítulo seguinte, um dos objetivos será justamente mostrar como Daniel refletiu sobre o começo da epidemia, quando ainda não se sabia soropositivo. Por outro lado, a intenção é destacar outras reflexões feitas por ele, sobre ditadura militar, esquerda e guerrilha armada, cidadania e homossexualidade e mais alguns temas. Todos estes aspectos podem estar presentes na forma como deu conta da soropositividade, e por isso é imprescindível destacá-los.



## Capítulo 2: Política, homossexualidade e AIDS: aspectos da história de Herbert Daniel até a soropositividade

### 2.1 Rastros de uma vida: fontes para analisar a trajetória de Herbert Daniel

Neste capítulo serão apresentados os aspectos importantes da trajetória social de Herbert Daniel. É importante um capítulo dedicado a esta temática, pois cremos que suas respostas à AIDS estiveram em grande medida referenciadas às suas experiências de vida construídas ao longo das décadas de sessenta, setenta e oitenta. Porém, também cremos ser verdadeiro o fato de a doença ter significado algumas rupturas, colocando para ele a necessidade de readequação da forma como vivia, e percebia a vida em sociedade e até mesmo a existência humana.

Para isso, seremos guiados por Ângela Pôrto e sua discussão sobre “trajetória de vida”, utilizado em sua tese de doutorado quando analisou o processo de adoecimento do poeta Manuel Bandeira. Para Pôrto, primeiramente a trajetória de determinado indivíduo deve sempre estar relacionada ao contexto em que é construída. Assim, é necessário fazer a relação entre o que sente o doente e as imagens coletivas que sobre ele pesam:

(...) faz-se necessário garantir ao doente seu direito de voz que se constrói pelo testemunho do outro. O que chamamos de direito de voz clarifica-se enquanto trajetória de vida, ou seja, o processo de reconstrução do fenômeno de adoecimento no que se explicita os sentimentos e as concepções do enfermo referentes ao que está se passando com ele. Tal reconstrução aponta para o desenho da identidade do doente a partir de sua visão de si mesmo, relacionada aos sentimentos e concepções dos outros sobre o que o doente experiência. Desse modo, fica claro que o trajeto de vida é algo que, fundando-se na vivência individual da doença, não se dá de forma independente, sendo, antes, um efeito do jogo eu/outro (PÔRTO, 1997, p. 9).

Entretanto, é necessário destacar que, segundo Pôrto, deve-se levar em conta não apenas as imagens que são produzidas sobre o doente, mas a “relação do enfermo consigo mesmo, marcada pela profunda experiência da dor e do aniquilamento, e com o mundo circundante” (PÔRTO, 1999, p. 523). Somente assim estará garantida a compreensão da experiência do adoecimento.

A noção de “trajetória de vida” contempla um antes e um depois na vida do sujeito doente. Como apontou a autora o objetivo central de seu trabalho foi:

Examinar como um indivíduo acometido pela tuberculose se vê, levando-se em consideração a imagem que fazia de si antes da descoberta da doença; a imagem de si construída a partir da condição de doente, e, finalmente, a imagem de si que se consolida a partir daquilo que o indivíduo desenvolva como recurso para o trato com a doença e para a reelaboração de suas relações com o mundo exterior (PÔRTO, 1997, p. 10).

Implícito está que a doença, incurável, causa uma ruptura na condição de quem é por ela acometido. Sobre Manuel Bandeira, Porto afirmou que sua escolha por trilhar o caminho da literatura, se tornando um poeta, auxiliou na re-elaboração de sua identidade. O adoecimento o relegou aos cuidados da mãe e irmã e foi tributária da quebra de antigos vínculos sociais:

A condição de poeta se lhe apresentou como alternativa privilegiada a tudo o que não pode ser. Apesar do caráter compensatório, a poesia (...) um recurso privilegiado, pois é através dela que, como homem, Bandeira pôde dar conta, esteticamente, da destruição provocada pela doença (...) Seu projeto poético, foi, portanto, a chave para a superação de sua condição de físico (PÔRTO, 1999, p. 548).

Mas Pôrto alerta para o fato de que a doença não significa uma total ruptura na vida do indivíduo acometido. Na verdade a “gestão da identidade” ocorre no cruzamento entre o que muda e o que permanece da experiência individual construída ao longo da vida. Diz Pôrto (PÔRTO, 1999, p. 523-524):

O sujeito (...) constrói-se a partir de um complexo trabalho de reestruturação de sua identidade rompida pelo surgimento da doença. A ‘experiência extrema’ de se saber acometido de uma grave moléstia, para a qual não há cura, envolve, primeiramente, o esforço de preservação da própria identidade. Este esforço será bem-sucedido na medida em que aquele que se descobre doente for capaz de acionar seus recursos individuais, ou desenvolver habilidades que possam ajudá-lo em sua trajetória singular. Por outro lado, a vivência progressiva da doença conduzirá também a um trabalho intenso e sistemático de reconstrução da identidade, entendendo-se por isso todo um processo de desenvolvimento da capacidade de administrar a própria vida após a experiência trágica dos primeiros tempos de doença.

Teremos como base heurística artigos publicados em periódicos acadêmicos, periódicos de grande circulação, capítulos de livros ficcionais e autobiográficos. Elencamos a seguir o tratamento que devem receber aqueles que podem causar maiores controvérsias, as autobiografias e as narrativas ficcionais.

Contamos com as autobiografias “Passagem para o próximo sonho. Um possível romance autocrítico” e “Meu corpo daria um romance. Narrativa desarmada”, lançados respectivamente em 1982 e 1984. Para que possa existir, uma autobiografia deve indicar uma identidade entre quem escreve e o que está sendo escrito, portanto, desenvolve-se a partir do “eu”: “Esta identidade se caracteriza pelo emprego da primeira pessoa”, informa Maria Lígia Leite Pereira (2000, p. 123).

Mas este reconhecimento não deve ser somente entre o indivíduo e o que se narra, mas entre autor e narrador, “isto é, a identidade entre o indivíduo que conscientemente deseja falar de si e que para tal assume uma voz específica” (2000, p. 123), que geralmente tende a confirmar uma unicidade do autor. E também entre autor e

personagem, ou seja, de que maneira a vida do autor está sendo retratada no texto (NASCIMENTO, 1998, p. 157).

Até por isso, a autobiografia mostra-se como uma narrativa em função do presente. Ela não é desinteressada. Escrever sobre a própria vida é sempre um ato interessado, e ao qual o historiador deve estar atento. Segundo Ana Paula Simioni (2007, p. 252):

Na prática autobiográfica, o autor impõe-se o desafio de narrar sua própria história, por meio de elementos selecionados e reagrupados segundo uma lógica compreensiva pré-existente. Isso significa que ele está a uma razoável distância em relação aos momentos de sua trajetória, que serão olhados, compreendidos e reconstruídos em função de uma unidade e de uma consciência criadas pelo presente do autor. A vida é, assim, reinterpretada, narrada em função de intenções não explícitas que, muitas vezes, estão subjacentes no texto. Ou seja, os fatos, os documentos, as cargas simbólicas são alocados não com base em uma suposta “veracidade” objetiva, como uma (impossível) recapitulação fiel do passado, mas sim por meio de critérios, interesses, desejos pessoais.

Ocorre uma ordenação da memória na autobiografia. O que é marcante no presente do autor determina as passagens destacadas de sua vida pregressa, ao passo que muitas outras serão deixadas de lado. É Nascimento (1998, p. 160) quem explica a seletividade mnemônica:

A memória sofre flutuações em função das preocupações no momento em que ela se articula, em que ela se expressa. Essas preocupações constituem o elemento de estruturação da memória (...) como um dos elementos definidores da memória, a seletividade mostra que ela é um fenômeno construído, ou seja, reconstrói-se o passado no contexto psicológico do presente e a partir de nossas representações atuais.

Essa reconstrução é uma atividade puramente individual, ainda que pressionada por um contexto social presente. O grande desafio do historiador é resgatar essa narrativa singular por excelência, irreduzível a esquemas analíticos, mas que, de maneira diametralmente oposta, é algo intrínseco ao ser humano, ao menos desde o começo da modernidade, e por isso é perfeitamente comunicável (NASCIMENTO, 1998, p. 164). É sobre esta tensão que uma narrativa autobiográfica deve ser lida.

Passamos agora ao diálogo com autores que informam como narrativas literárias devem ser tratadas, já que a lista de fontes também é composta pelo ficcional “Alegres e irresponsáveis abacaxis americanos”, publicado por Daniel em 1987, além de que os livros autobiográficos já citados “Passagem para o próximo sonho – um possível romance autocrítico” e “Meu corpo daria um romance – narrativa desarmada” são entrecortados por alguns pequenos contos ficcionais.

Assim, uma primeira pergunta se coloca: é legítimo utilizar como fonte histórica algo que, por sua própria natureza, é uma invenção, uma criação de algo que “verdadeiramente” não ocorreu, para responder a questões que justamente dizem respeito a experiências “reais”? Os autores que trabalham com este tipo documental informam que pensar em fronteiras rígidas entre o que é real e o que é fictício, não é um bom pressuposto para a análise do documento literário. Isto porque mesmo a invenção compõe elementos reais, destacam percepções de seu autor sobre determinada situação.

Desta feita, eles sustentam que mesmo uma história inventada possui marcas do seu tempo e discute alguma questão premente aos contemporâneos. Não há possibilidade para um romancista se “apagar”, ser totalmente isento da realidade que o circunda. Assim, mesmo uma história com personagens criados, que desenvolvem uma trama ficcional, é perpassada por elementos da realidade. “Um escritor que inventa uma história, uma narração imaginária que tem como protagonistas seres humanos deve representar personagens baseados nos usos e costumes da época em que viveram: do contrário eles não seriam críveis”, afirma Carlo Ginzburg (2007, p. 82).

Ginzburg continua afirmando a legitimidade deste tipo de fonte apontando outro aspecto. Neste tipo de documento, segundo ele, “se insinua algo de opaco, comparável às percepções que o olhar registra sem entender, como o olho impassível da máquina fotográfica (...) Essas zonas opacas são alguns dos rastros que um texto (qualquer texto) deixa atrás de si” (GINZBURG, 2007, p. 11-12), pensamento corroborado por Margarida de Souza Neves, quando sugere que a literatura “fornece uma chave que permite desvendar os segredos da alma e as qualidades do espírito do autor e, ainda, os meandros de todas as experiências da sua vida àqueles leitores dispostos a matar o temor e descobrir a vida através da aparente opacidade das letras impressas” (SOUZA NEVES, 2004, p. 80).

É justamente a opacidade a que se referem Ginzburg e Souza Neves que potencializa a qualidade da fonte literária: “Das narrações de ficção é possível extrair testemunhos mais fugidios, porém mais preciosos, justamente porque se trata de narrações de ficção” nos diz Ginzburg, e continua, citando Jean Chapelain: “Os médicos analisam os humores corrompidos de seus pacientes com base em seus sonhos: do mesmo modo podemos analisar os usos e costumes do passado com base nas fantasias representadas em seus textos” (GINZBURG, 2007, p. 84).

A literatura, então, passa quase a ser mais real do que o real. O real está exposto nele em sua plenitude, mas de maneira velada, metaforizada (PESAVENTO, 2006, p.

7). Vale dizer que os textos ficcionais de Daniel têm caráter metafórico e os significados são de difícil apreensão. Mesmo assim, são documentos importantíssimos para nossas pretensões, visto que, sob a capa da ficção, apreendemos diversos aspectos de argumentações sobre o “real”, levadas a cabo por Daniel.

Vamos a partir de agora, reconstruir parte da trajetória de vida de Herbert Daniel. Lançaremos luz para alguns temas caros para ele, como cidadania, democracia, ditadura, esquerda brasileira, homossexualidade e AIDS.

## **2.2 Entre a Ditadura e a Guerrilha: propostas de Daniel para a construção da cidadania**

Herbert Daniel viveu o começo da idade adulta quando o Brasil vivia uma ditadura militar, em 1964 (DANIEL, 1982, p. 15-20). Como muitos jovens de sua geração, se envolveu intensamente com grupos da guerrilha que atuou nesta época no Brasil, como Polop, VPR, VAR-Palmares, Colina,<sup>5</sup> etc, todos descontentes com os rumos impressos ao país pelos militares.

Como forma de pressionar o governo brasileiro para que soltasse companheiros presos que sofriam os terrores da tortura Daniel passou por pesado treinamento militar (DANIEL, 1982, p. 29), se envolveu também em alguns assaltos a banco e participou de dois seqüestros de embaixadores ocorridos no Rio de Janeiro na década de 70 (KAMEL; FONSECA; SANCHES, 1986, p. 20-21).

Porém em 1972, com o desmantelamento de diversas organizações e pelo perigo de ser capturado, já que nesta época o Brasil vivia os chamados “Anos de chumbo”, quando, sob a Presidência de Garrastazu Médici, práticas de perseguição e extermínio foram potencializadas (GASPARI, 2002, p. 17), Daniel se exilou em Portugal e na França junto com aquele que se tornaria seu companheiro por mais de 20 anos, Cláudio Mesquita (DANIEL, 1982, p. 34). Só retornou ao país em 1981, e foi considerado o “último exilado” (INSTITUTO HERBERT DANIEL, Disponível em: <<http://herbertdaniel.blogspot.com>>). Passou a escrever crônicas e livros sobre a situação política brasileira e pleiteou uma vaga na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro nas eleições de 1986, quando não logrou sucesso (INSTITUTO HERBERT DANIEL, Disponível em: <<http://herbertdaniel.blogspot.com>>).

---

<sup>5</sup> Respectivamente: Polícia Operária, Vanguarda Popular Revolucionária, Vanguarda Armada Revolucionária e Comando para Libertação Nacional (DANIEL, 1982, 47-55).

## O

que mais perturbou Herbert Daniel durante a ditadura, foi o sufocamento da liberdade civil, da democracia e da cidadania. Entre 1964 e 1968, época dos governos Castelo Branco (1964-1967) e Costa e Silva (1967-1969) (FICO, 2004, p. 72) foram criados os chamados “Atos Institucionais”, sendo o primeiro datado de 9 de abril de 1964 (FICO, 2004, p. 74). Em 1968 foi decretado pelo Presidente da época, Costa e Silva, o mais repressor dos Atos Institucionais, que ficou conhecido como AI-5. Como afirma Janaina Martins Cordeiro (2009, p. 89):

A edição do Ato Institucional nº 5 em dezembro de 1968 desencadeou um aumento substantivo da repressão contra os grupos de oposição ao regime (...) Por algum tempo, não foi tolerada sequer a oposição do Movimento Democrático Brasileiro (MDB); a imprensa foi posta sob censura; os sistemas de segurança e informação foram aperfeiçoados, e a tortura foi tornada política de Estado. Além dos antigos Departamentos Estaduais de Ordem Política e Social (Deops), surgiram novos mecanismos de repressão: data de 1969 a Operação Bandeirantes (Oban), que a partir de 1970 passaria a agir integrada ao Destacamento de Operações de Informações - Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-CODI).

Esta prática repressiva foi referendada por grande parte da população. Cordeiro tentou fugir de binarismos estáticos, e não percebe a ditadura estruturada com militares no poder e grupos de oposição. Segundo ela, entre tais segmentos existiram pessoas que, de forma passiva, se calando, concorreram para a formação de um consenso em torno do regime ditatorial, oferecendo assim sua sustentação (CORDEIRO, 2009, p. 90-91).

De toda a forma, em 1974, surgiram possibilidades de abertura política, que culminaria com a transição para a democracia em 1985. Tal processo se iniciou com o Presidente Ernesto Geisel, que pregava uma abertura “lenta, gradual e segura”. Isto continuou com o sucessor de Geisel, João Batista Figueiredo. Como afirma Adriano Codato (2004, p. 93):

O propósito do governo Geisel (1974-1979) foi promover uma distensão, isto é, um relaxamento dos controles políticos impostos à sociedade. A censura prévia foi parcialmente suspensa, os resultados eleitorais, depois de algumas manipulações das regras, foram admitidos, os protestos dos empresários contra o "modelo econômico" foram, embora com reservas, tolerados e as inesperadas reivindicações operárias, surgidas a partir de 1978, foram um efeito não antecipado da ação liberalizante. Esse projeto foi mantido, no governo Figueiredo (1979-1985), sob o nome de "política de abertura", com lances controversos e sob oposição da extrema-direita militar.

No governo Figueiredo foram efetuadas importantes políticas de abertura, como, por exemplo, o começo da Anistia e uma reforma partidária (CODATO, 2004, p. 84). O processo de distensão tomou corpo e, em 1985 ocorreu a transição política: o poder saiu

das mãos de militares e foi entregue a um governo civil, do Presidente José Sarney. (CODATO, 2004, p. 83).

Vale lembrar que a década de oitenta contou com uma efervescente pressão da sociedade, através de grupos organizados, para que novos rumos políticos fossem colocados em prática. Na verdade desde o final da década de setenta já ocorriam greves e protestos desenvolvidos por operários brasileiros – o chamado “sindicalismo operário” - notadamente na região do ABC paulista, quando se clamou, para além de reajustes salariais, por liberdade plena ao trabalhador, como por exemplo a livre associação dos sindicatos e o direito a greve (SALLUM JÚNIOR, 1994, p. 158).

Justamente nesta linha, em 1983 ocorreu o que Sallum Júnior definiu como sendo o “maior movimento político de massas que o país já vira”: o “Diretas já”. Segundo este mesmo autor (SALLUM JÚNIOR, 1994, p. 159-160):

A campanha por ‘Diretas Já’ colheu os frutos da autonomização dos trabalhadores e da classe média assalariada que desde os anos setenta elaboravam novas formas de organização coletiva, desenvolviam movimentos sociais variados e sufragavam majoritariamente candidatos de oposição

Mesmo a emenda Dante de Oliveira<sup>6</sup> não se concretizando, estaria abalada a organização político-militar, já que, depois dela, cada vez mais as pessoas elegiam parlamentares de oposição (SALLUM JÚNIOR, 1994, p. 160).

O processo de transição para a democracia se concretizou, segundo muitos, entre 1987 e 1988, anos em que foi elaborada a nova Constituição Brasileira. A Assembléia Constituinte foi convocada através da Emenda Constitucional número 26, datada de Novembro de 1985. Após as eleições para Deputados Federais e Senadores, no final de 1986, a Assembléia pode se reunir, e debateu longamente até chegar ao texto final da Constituição – as reuniões ocorrera entre fevereiro de 1987 e setembro de 1988 – ocorrendo sua promulgação em Outubro de 1988. (MAINWARING; LINAN, 1998, p. 109-111).

Ao menos teoricamente, a Constituição de 1988, através de seu preâmbulo, afirmou os direitos do cidadão, prevendo a “liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos (...)” (BRASIL, 1988, p. 1).

---

<sup>6</sup> A lei recebe o nome do Parlamentar que a propôs, ainda em 1983, e que previa eleições diretas para Presidente da República. Em abril de 1984 ela foi votada, mas não foi aprovada por não angariar 2/3 dos votos no Congresso Nacional.

Destacados estes aspectos da recente história política brasileira, cumpre notar primeiramente o posicionamento de Daniel sobre as relações mantidas entre governo militar, população e os grupos que enfrentaram a ditadura. Importante ressaltar aqui que a maioria dos escritos de Daniel sobre o período em que participou da guerrilha, bem como sobre a ditadura militar, foram escritos a posteriori, já nos anos oitenta. Assim, marcam um reposicionamento seu em relação a algumas questões defendidas nas décadas de sessenta e setenta. Ocorre a seleção da memória, como apontamos no diálogo com Dilene Nascimento no início deste capítulo.

Por isso, quando Daniel voltou do exílio, ele começou a escrever críticas à ditadura, mas também (auto) críticas às organizações guerrilheiras da qual fez parte, justamente porque o que colocaram em parênteses segundo ele foi a população, a massa. Daniel comparou a situação a um jogo de futebol: o povo assistindo a luta entre guerrilha e ditadura, mas sem conseguir intervir para o resultado final (DANIEL, 1982e, p. 108-109). Como ele afirmou, “torcer não é participar, mas a condição limitada da platéia” (DANIEL, 1982e, p. 108).

Daniel também repudiou a idéia de vanguarda, conceito fundamental da esquerda do período. Segundo ele, a articulação entre massa e vanguarda era considerada um dado já que “a guerrilha afirmava que as condições objetivas estavam dadas, que a massa estava preparada para a insurreição”. No pensamento de Daniel, nunca um grupo leva outro a uma nova realidade, a uma nova organização sócio-política. Diz ele:

A idéia de que a massa permaneceu ‘imóvel’ e de que a derrota foi causada pelas formas de organização e luta adotadas é um produto ideológico típico das organizações falidas. Primeiramente porque tem a idéia messiânica de que a *massa* não se move sem a direção duma *vanguarda*. O que é perfeitamente absurdo. Não foi nenhuma vanguarda que impulsionou os mais importantes movimentos que existiram no nosso país. As vanguardas aproveitaram-se disso, claro, cresceram com isso. E só provaram que não foram vanguardas: porque nunca foram úteis para dar continuidade às lutas que começaram ‘espontaneamente’. Em segundo lugar, as táticas (formas de organização e luta) só vieram agravar uma derrota que já estava inscrita numa estratégia incoerente (DANIEL, 1982e, p. 61).

A idéia de vanguarda desembocou em uma falta de identidade entre guerrilha/população. “À parte os poucos envolvidos – nós e a ditadura – ninguém mais sabia o que estava acontecendo. E não tínhamos nenhuma condição de nos explicar”, afirma Herbert Daniel (DANIEL, 1982e, p. 114). De fato, Daniel fez duras críticas à esquerda da década de setenta. Aliás, vale destacar que em inúmeros momentos, afirmou que a militância, a forma de atuar durante o período militar esteve equivocada



desde o início. Como sustentou (DANIEL, 1982e, 32): “Má política fizemos não compreendendo o tempo que pretendíamos transformar”.

Uma de suas estocadas mais pesadas foi em relação à falta de unidade e direcionamento na luta contra a ditadura. Daniel dedicou diversas páginas para demonstrar o problema dos “rachas” entre organizações, o que gerou por sua vez, um intenso fracionamento e uma grande confusão provocada pelas inúmeras siglas criadas devido ao surgimento de novos grupos ou mesmo de alianças, que invariavelmente acabavam por, tempos depois, serem desfeitas (DANIEL, 1982e, 47-55).

Tal situação levou, para Daniel, a não resolução dos problemas que se apresentaram. Sobre isso, ele foi mordaz em determinados escritos:

De todo o jeito, as Organizações armadas (pelo menos as que conheci de perto) nunca resolveram a questão da política interna. As disputas que surgiram, em torno de questões nem sempre muito claras, levavam frequentemente a soluções drásticas, como o racha (...) O que é evidente é que nenhuma organização conseguiu superar o espírito de seita. Ninguém apresentou soluções melhores. Todas cometeram os mesmos erros. Nenhuma delas conseguiu criticar o mito do monolitismo do Partido. Todas elas acabavam reescrevendo a história da esquerda – quando não a história do país – como se toda a evolução progressiva não fosse senão a previsão daquela nova sigla que resolveria definitivamente os problemas da revolução brasileira (DANIEL, 1982e, p. 51-52).

A situação sofreu um agravante porque o lado oposto, o governo militar, também teve como pressuposto a condução da massa. O Estado desta época, personificado na figura do tecnocrata, aquele que “não faz criação nenhuma: tecnocrata não cria, conserva, segundo as regras que aprendeu” (DANIEL, 1982e, p. 100), percebeu a população como um corpo amorfo. Explicou Daniel que:

A massa do povo, para os tecnocratas, é um físico: um corpo anônimo, formado de corpos neutros. Assim, essa matéria física é modelada segundo as regras excêntricas duma consciência alheia. O povo não tem consciência, diz o tecnocrata, trata-se de conformar nela um ato dirigido por um outro, um indivíduo, uma consciência política. A consciência política é o dirigente totalitário: a consciência aqui é o Poder (DANIEL, 1982e, p. 100-101).

Claro que este gerenciamento da população não foi somente mero abstracionismo. Em “Os brotos invisíveis”, Daniel indicou alguns pontos em que agia o poder totalitário da ditadura, mas que foram passados à população como “progresso” e “modernidade”:

No caso do Brasil, recebemos de presente (indesejável) uma ditadura que ‘modernizou’ nossa vida política. Nos seguintes aspectos: a) a eliminação da responsabilidade individual do cidadão: ‘a democracia com responsabilidade’ significa o direito de ser conduzido (aonde?) sob responsabilidade de ‘competentes’. Em resumo: o autoritarismo seqüestra a consciência do cidadão; b) a massificação uniformizadora: já não existem pessoas, apenas indivíduos numerados e vigiados. Quem não pensa, não goza (...) Em

resumo: é o seqüestro do corpo do cidadão – tornado mero aparelho produtivo/ reprodutivo; c) a burocratização da administração, que se baseia no mito da eficiência. Que a eficiência seja a corrupção e a repressão brutal, são conseqüências pertinentes do conceito de ‘competência técnica’: a política tornou-se técnica de dirigir moldar, modelar. Em resumo: é o seqüestro do espaço político, ou seja, do tempo de viver a vida auto-gerida; d) a tecnocratização do trabalho cujos meios são impostos como conquistas alheias ao trabalhador, como fruto da ‘ciência e da técnica’. Entre o trabalho e o meio ambiente (natural e cultural) existe um corte, um abismo. Em resumo: é o seqüestro do espaço físico do cidadão, incapaz de adaptar-se ao seu meio ambiente (DANIEL, 1982b).

Daniel percebeu também aqueles grupos intermediários de que fala Janaina Cordeiro, que viveram, passivamente, a ditadura. Ele afirmou que indivíduos destes segmentos deram sustentação ao regime:

A simples referência à ditadura dá todas as razões do mundo à revolta e à insurreição. A explicação (...) se resume assim: por que, tendo em vista a situação da época, tantos e tão numerosos NÃO se revoltaram? Porque a ditadura conseguiu chegar tão longe na opressão? (...) O x [sic] da questão não é encontrar na vida de alguns as causas de serem diferentes, mas na vida de todos a permanência assombrosa da indiferença. Hoje o mais importante não é permitir que os que se revoltaram se expliquem, mas garantir aos que permaneceram indiferentes a entrada no diálogo (DANIEL, 1982e, p. 46).

Fica evidente que Daniel não teve em boa conta o gerenciamento da população, situação sustentada por governo, “indiferentes” e, bom não esquecer, opositores. Mas isto poderia ser superado, desde que fosse engendrada outra forma de se organizar politicamente, a partir da democracia, o que pressupunha a participação concreta e efetiva de todos nos rumos do país. Explicou Daniel (DANIEL, 1982e, p. 111) que:

[A] participação democrática - que é o caminho da revolução – não é uma enganosa ‘liberdade de opinião’ sobre a ação dos outros. Uma opinião vale o que vale: quer dizer, nada, se não corresponde a uma possibilidade de agir conforme as idéias e interesses que supõe tal opinião. Enquanto falar ‘deles’, a massa será sempre, ela mesma, a terceira pessoa – ausente – do discurso político. A democracia é um diálogo sem ausentes.

Ele indicou como chegar a um país realmente democrático. Primeiramente, por instrumento que, na época, começou a ser colocado em prática no Brasil: o voto. No texto, “Confissões de um eleitor semi-virgem”, de Outubro de 1982, Daniel relatou sua experiência como “votante” para governador de Minas Gerais. Tal prática, a do voto, não foi vista por ele de forma totalmente positiva, já que, afirmou, era também algo que não foi conquistado pela população, mas foi algo oferecido por militares. (DANIEL, 1982c). Sobre isso, Daniel disse que:

Nosso voto, além de ser constitucionalmente obrigatório é também legalmente involuntário (...) entre nós é fundamental ter vontade obrigatória, pois nosso governo quer cidadão involuntários. Fomos designados como voluntários (...) para a tarefa de construir a democracia vinda de cima, como

a chuva ou um edifício incompetente desses que se esparramam que se esparramam pelo chão, como a batatinha quando nasce (DANIEL, 1982c).

Era o tempo da “transição para a democracia”, que, ao que parece, incomodou Daniel de sobremaneira, porque não era a democracia por ele desejada, para a participação de todos. Foi por demais “controlada” para que ele, naquela época exilado, ex-clandestino, aceitasse:

Vocês pensam que é possível que todos manifestem livremente suas escolhas? Ora, isso seria uma balbúrdia, uma dessas democracias perigosas e inseguras (...) que tanto assustam nossos patriarcas. Nossos generais querem democracia com responsabilidade, isto é: democracia para eles, responsabilidade para nós; para eles a respeitabilidade, para nós respeito ao próximo – general presidente; para eles a decisão, para nós o ‘discordo, mas respeito’. Em resumo, vontade sim, mas não qualquer uma: só a tolerável e respeitável. Por tudo isso, não é possível que a gente vá querendo o que quer. A gente tem que querer o que deixam. E nossos governantes sacrificam-se para elaborar uma legislação cuidadosa, gastam neurônios preciosos para ensinar a todos qual é a opção que precisam fazer. Limitam assim os estragos produzidos por uma vontade descontrolada (DANIEL, 1982c).

Mas o voto, para Daniel, era uma moeda de duas faces. Concebido como forma de regular a participação popular na política, poderia funcionar contrariamente como arma para a construção da democracia e da cidadania, como se percebe no trecho a seguir: “Agora, tem isso: mesmo limitado e fraco, o voto é uma ferramenta. Menos do que eleger representantes, cada voto devia ser representativo de uma idéia que cada um se faça a respeito de si mesmo” (DANIEL, 1982c). Mais do que isso. Daniel sustentou que o voto poderia ser utilizado contra aqueles mesmos que o propuseram como forma de controle: “Nenhum totalitário suporta o voto. Nada como a urna pode ser tão bombástica para derrubar os privilégios do arbitrário” (DANIEL, 1982d).

Além do voto, a construção da democracia deveria passar necessariamente pela formação de grupos comunitários. Estes, a um só tempo, deveriam agir de forma a retomar direitos apropriados pelo Estado, e que reivindicassem melhorias tendo como base a própria experiência, ou seja, não delegar a função a uma vanguarda. Além disso, grupos comunitários, os “microgrupos” ou “microorganismos”, como ele define em “Os Brotos Invisíveis”, seriam responsáveis pela destruição do poder tal como estava constituído, ou seja, como privilégio, e alargariam os direitos de todos os cidadãos:

Dos grandes traumatismos dos anos sessenta, idéias brotaram. Revolução ou revoluções que a sua maneira são festas. Alternativas (...) O que tem sido uma constante na rebelião é a retomada pela sociedade civil dos direitos que o Estado seqüestrou. O que são os microgrupos, os milhares de pequenas iniciativas que ocupam lugares recusados, senão o coração de novos direitos? Hoje em dia não se trata apenas de reivindicação de direitos. Procura-se ampliar – inventando e impondo novos direitos (...) os microorganismos se formam em torno de questões (‘culturais’) que atingem em cheio a mecânica

do poder. São grupos que medeiam entre a luta e o prazer, entre a recuperação da consciência e a criação de um corpo capaz de criar-se (DANIEL, 1982b).

Possivelmente todas estas discussões elencadas por Daniel sobre retomada de poder, conquista de direitos e ampliação da cidadania no Brasil, tiveram como motivação a própria situação que passou ao longo da ditadura, quando esteve na clandestinidade, quando viveu momentos em que as necessidades mais básicas lhes foram vetadas. Como dito, ele foi clandestino no Brasil por seis anos (1968-1974) (KAMEL; FONSECA; SANCHEZ, 1986, p. 21) e exilado por mais sete (1974-1981).

Sobre este período, Daniel relatou seus temores em relação à tortura, quando constantemente sonhou com supostos carrascos e a sala onde ocorreriam os bárbaros atos: “Preparei-me longamente para ser torturado. Dia após dia eu esperava (...) o meu momento” (DANIEL, 1982e, p. 40). Além disso, escreveu sobre a rápida saída do país, pela fronteira com a Argentina, os quatorze meses entre finais de 1974 e 1975, vividos com conforto, calma e tranquilidade em Portugal, país que teve que abandonar por não ter conseguido documentação. Também relatou o restante do período de exílio vivido na França e a angústia pela aprovação de seu retorno ao Brasil, muitas vezes negada (DANIEL, 1982e, p. 40).

A clandestinidade e o exílio não foram situações consideradas por Daniel de maneira diferenciada. A situação geográfica, que poderia distinguir ambas, não teve tanto peso quanto o silêncio que, tanto no Brasil como no exterior, foi lhe imposto e a todos que não concordaram com o governo militar. Ele deixou clara esta situação na seguinte passagem:

O exílio, como afastamento, é uma das formas do silêncio. E vice-versa. O exílio é o grande asilo para dissidentes. Não importa sua situação geográfica: o exílio é antes de tudo uma localização política e ideológica. Um dos meus exílios se passou no asilo, relativamente confortável, em Portugal, depois na França. Os outros exílios posso localizar menos precisamente – e o palco foi *também* o Brasil... e depois: a esquerda, a família, a militância, e assim por diante. Não há pior desterro do que aquele que se vive no meio duma gente que fala uma língua que parece ser a nossa (DANIEL, 1982e, 34-35).

Além do silêncio, tais condições implicaram uma constante quebra de identidade. No limite, geraram até certa impessoalidade. Como ele destacou, falando sobre si: “Nosso personagem trocava seu nome quase tanto quanto mudaria de casa” (DANIEL, 1982e, p. 35). Em trecho ficcional de “Passagem para o próximo sonho”, Daniel discorreu sobre determinado personagem, que troca de nome e de moradia inúmeras vezes:

Por enquanto era sua primeira manhã, no seu primeiro hotel, onde pernoitara sua recém-clandestinidade. Acordado, dava-se conta que era outro, que nome mesmo? Sim, não esquecera (...) Os nomes que teria, tantos quantos, durante os anos seguintes, eram sempre inesquecíveis de brejeirice, de associações de brasilidades bárbaras: souzas, ramos, silvas, carvalhos, oliveiras. Passou por todas as frequências que enriquecem colunas inteiras do catálogo: forma mais simples do anonimato, chamar-se como todo mundo. Refletiria que ninguém se chama realmente como todo mundo. Mesmo João e Maria e Francisco e Silva e Souza, quando são, trazem um selo outro, uma espécie de fronteira pessoal que faz do nome um jeito, uma parcela de alma existente (...) Muitas vezes teve que decorar dados diferentes de si mesmo. Minha mãe chama Helena, meu pai Alberto, nasci em Santos, Juiz de Fora, Campos; o nome da mãe é Lucinda, Olga, Francisca, nunca deverei esquecer estes dados. Preciso guardar a data do nascimento. Não é possível confundir-se com tais detalhes no registro do hotel (...) Clandestino, o nome e os dados são um encontro que se interpreta. Desta forma, cada nome evocava um mundo próprio. A cada nome que adotou, tinha uma estória a contar: como era a mãe, o pai, a infância, a vida. Não era apenas um nome falso. Viver com ele impunha a aquisição de uma memória postiça, francamente real. Um outro era... (DANIEL, 1982e, p. 73-74).

A clandestinidade e o exílio eram situações que complicavam a prática da democracia, idéia tão cara a Daniel. Como vivê-la plenamente, se nem ao menos poderia contar com uma identidade, sem poder afirmar seus ideais e, para conservá-los, tinha que fugir e manter-se escondido, inclusive perante militantes e a família? A temática do silêncio e impessoalidade foi aprofundada por ele em outra situação, que, justamente, englobava seus familiares, conhecidos e companheiros de guerrilha: a homossexualidade.

### **2.3 O gueto homossexual e a perda da autonomia sobre o próprio corpo**

A homossexualidade começou a ser sentida como um problema por Herbert Daniel quando residiu na França, época em que trabalhou como porteiro em uma sauna em Paris (DANIEL, 1982e, p. 155-191). Diz ele que o “homossexualismo era ainda uma pendência. Comecei – no exílio – a conhecê-lo, e suas regras. Ferozes. O cerco. O círculo” (DANIEL, 1982e, p. 155).

“O cerco. O círculo”. Para Daniel, a vivência da homossexualidade era em si um exílio. O homossexual era obrigado constantemente a viver na clandestinidade. Os próprios locais de encontro sexual entre homens a indicavam: “A entrada da sauna é uma porta neutra, sem anúncio luminoso, sem indicação evidente. Uma portinha discreta, quase clandestina, que dá entrada a uma pequena recepção com ar de guichê de cinema ou de estação de ferro numa cidadezinha perdida”, afirmou ele, descrevendo o local onde trabalhou (DANIEL, 1982e, p. 155).

Significativo notar que a palavra “gueto” permeou quase todos seus escritos quando se referiu ao modo como viviam homossexuais. Aliás, duramente criticado. O gueto era para ele um espaço de controle, um local, geralmente fechado, aonde aquele tipo de sexualidade poderia ser vivido: jamais fora dele. Tal situação teria nascido recentemente (Daniel não especificou um tempo), depois de um longo período de existência da homossexualidade, mas quando não era propriamente controlada, somente o reverso da sexualidade oficial (heterossexual). Mas quando surgiu, ocorreu “a ordenação do caos primitivo. Aqui, e somente aqui, a homossexualidade passa a ser submundo, sem parte no mundo. Não mais parte integrante: região integrada, com limites. Internamente são fixadas leis. Funda-se Sodoma” (DANIEL, 1982e, p. 172)

Contudo, em entrevista a revista “Veja”, ele identificou o nascimento da homossexualidade nos oitocentos, a partir de um trabalho de sistematização sexual feito pela medicina. Segundo ele, a partir daquele momento:

Homossexualidade indica a necessidade que se teve a partir do século XIX de enquadrar pulsões que estavam dispersas, fenômenos que se multiplicavam no social. Sua criação faz parte de um movimento geral de medicalização do sexual, que dividiu, classificou e esquematizou o sexo (VEJA, 27 jul. 1983, p. 82).

Foi a época em que proliferaram os discursos sobre sexo. Segundo Michel Foucault, foi subvertida uma noção profundamente arraigada no imaginário ocidental: de que a época vitoriana se caracterizou pela pura e simples repressão sexual (FOUCAULT, 1999, p. 21-36). Ao contrário, Foucault diz que o assunto sexualidade se tornou algo natural, e por claros objetivos. Diz o filósofo francês que:

Essa colocação do sexo em discurso não estaria ordenada no sentido de afastar da realidade as formas de sexualidade insubmissas à economia estrita da reprodução (dizer não às atividades infecundas, banir os prazeres paralelos, reduzir ou excluir as práticas que não têm como finalidade a procriação)? Através de tais discursos multiplicaram-se as condenações judiciárias das perversões menores, anexou-se a irregularidade sexual à doença mental; da infância à velhice foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizados todos os desvio possíveis; organizaram-se controles pedagógicos e tratamentos médicos; em torno das mínimas fantasias, os moralistas, e também e sobretudo, os médicos, trouxeram à baila todo o vocabulário enfático da abominação: isso não equivaleria a buscar meios de reabsorver em proveito de uma sexualidade centrada na genitalidade tantos prazeres sem fruto? (FOUCAULT, 1999, p. 37).

Foucault é coerente quando responde a pergunta que ele mesmo colocou, se os discursos sobre sexo não se prestaram para afastar do real aqueles que não tinham uma sexualidade normal – com o objetivo de procriação - como homossexuais, prostitutas, onanistas, pederastas, etc. Ele responde afirmando que não houve a intenção de abolir

tais práticas. Ao contrário, são extremamente importantes para manter as fronteiras entre normal e anormal, permitido e não permitido. Ora, se não existe o transgressor como parâmetro, como é possível definir que alguém age de maneira correta? Para Foucault:

A mecânica do poder que ardorosamente persegue todo esse despropósito só pretende suprimi-lo, atribuindo-lhe uma realidade analítica, visível e permanente: incrava-o nos corpos, introdu-lo nas condutas; torna-o princípio de classificação e de inteligibilidade e o constitui em razão de ser e ordem natural de desordem Exclusão dessas milhares de sexualidade aberrantes? Não, especificação, distribuição regional de cada uma delas. Trata-se, através de sua disseminação, de semeá-las no real e de incorporá-las ao indivíduo (FOUCAULT, 1999, p. 44).

Eis o porquê da existência do gueto. Ele se tornou um lugar aonde as “torpezas” poderiam ser levadas a cabo, local em que os “desviantes” sociais poderiam se encontrar. Passar os limites do aceitável é permitido, desde que longe dos olhos e ouvidos dos “normais”. Permitido porque sua existência é necessária exatamente para que a norma também possa se realizar. “A alguns cabe o papel de desviantes, para garantir, com exorcismo, a norma” (DANIEL, s.db, p. 13). Por isso Daniel escreveu que “sua enorme população [do gueto] flutuante é isto: peças da cidade boiando na transgressão, garantindo por isso o funcionamento das Instituições (...)” (DANIEL, 1984, p. 65).

Vale aqui destacar que as categorizações homo/ heterossexual se tornaram corriqueiras no Brasil, segundo o antropólogo Richard Parker, principalmente após o advento dos primeiros casos de AIDS. Categorias essencialmente médicas e que já circulavam nos meios letrados e acadêmicos desde o início do século XX, devido à importação e do diálogo com novas idéias que davam sustentação ao projeto das elites de modernizar o Brasil, foram vulgarizada principalmente pela mídia (PARKER, 2002, p. 64-68).

Com a AIDS, a maioria dos indivíduos que tinha atividade sexual com pessoas do mesmo sexo passou a se definir como “homossexuais” (PARKER, 2002, p. 69). É o que Parker chama de “racionalização” da vida sexual, quando, ao menos no Brasil, o termo “homossexual”, ou “heterossexual”, passaram a estruturar monoliticamente a identidade sexual do brasileiro, calcada mais no desejo sexual do que no papel sexual (PARKER, 2002, p. 65-66). Para Herbert Daniel tal identidade era negativa, uma vez que matizava a rica pluralidade que poderia ser identificada nas diferentes vivências (homo) sexuais.

Quando resenhou “Os homoeróticos”, livro publicado em 1985 por Décio Lima, Daniel lançou diversas críticas ao fato de o autor considerar o homossexual um ser ontológico, alguém que “carrega” consigo a homossexualidade, entendida como algo que pode ser definida, classificada, rotulada, facilmente percebida. Daniel salientou que “o que está conceituado é um ‘homossexual’ como entidade, ou seja, o agente portador da homossexualidade, um ente ou uma instituição humana completa, supra-histórica ou a-histórica, absolutamente distinta e específica” (DANIEL, 1985).

Para Daniel, tal concepção não passava de uma “mistificação grosseira”. Isto porque existiam homossexualidades, “vivências homossexuais – muitas, que não são nunca fundamento ou fundação de uma pessoa, tanto no seu desejo, tanto na sua identidade humana, quanto na sua participação num grupo, comunidade própria, subcultura ou minoria” (DANIEL, 1985). Ou seja, a homossexualidade segundo ele não poderia ser tomada como “coisa”, mas ela é construída de diversas e diferentes maneiras através da vivência cotidiana, e que de forma alguma poderiam ser rotuladas.

Tais assertivas vão ao encontro daquelas de Parker, que arrolou diversas “subculturas” sexuais brasileiras que não se enquadravam no jargão médico “homossexual”, caracterizadas por indivíduos que se encontravam em locais de “pegação”, como saunas, cinemas, bares especializados, como os gays, os bofes, o travesti, o michê, o entendido (PARKER, 2002, p. 72-85).

Mas foi justamente algo diametralmente oposto desta pluralidade, percebida por Daniel como algo positivo, que a clandestinidade conferiu ao homossexual: a homossexualidade como identidade só poderia existir, segundo Daniel, porque vinculada ao gueto: “Você, homossexual no gueto, deixa de ser qualquer coisa para ser somente um sexo abstrato, que é sua alma e lhe dá realidade. Esta raça que um dia te ensinaram, era um porão, um inferno, um gueto, uma perseguição” (DANIEL, 1982e, p. 234). E tal identidade foi engendrada de tal forma que a negação do homossexual ocorria de maneira sutil, praticamente imperceptível:

Não se persegue um grupo, modela-se uma raça. Massacram-se indivíduos diferentes para igualá-los na falsa liberdade do gueto, campo de concentração. Pura ironia: a opressão ao homossexual não é uma negação, mas a instilação do aprendizado para fazê-lo crer que é uma coisa própria, especial, uma humanidade paralela e predestinada (DANIEL, 1982e, p. 234).

É óbvio que tal fenômeno, o gueto e a identidade homossexual indicaram somente uma coisa para Daniel: cerceamento da liberdade. E o pior de tudo foi a aceitação da clandestinidade por aqueles que eram afligidos por ela. A sustentação da



arbitrariedade esteve principalmente na forma de agir politicamente dos militantes homossexuais. O trecho abaixo, aliás, lembra muito as críticas de Daniel aos pressupostos da esquerda brasileira das décadas de sessenta e setenta:

O discurso do movimento homossexual sempre se caracterizou pelo que chamo de “machismo-leninismo”. Isto porque ele sempre se considerou uma organização de vanguarda, em que alguns poucos bons, que se consideram iluminados a respeito do sexo, vão levar à grande massa a consciência sobre o corpo (VEJA, 27 jul 1983. p. 84).

Perguntado à que levava o “machismo-leninismo”, ele discorreu sobre o ponto central no que dizia respeito à repressão do homossexual:

Acho que é uma tentativa de politização reacionária do gueto homossexual. Porque, na verdade, quando apresenta o gueto como vanguarda, ela nada faz além de reafirmar o gueto. E reafirmar o gueto, no fim das contas, é sempre pedir mais opressão. Isso significa, como programa, pedir que a sociedade mantenha os homossexuais isolados, que os conserve a parte do meio social (VEJA, 27 jul 1983. p. 84).

É como mostrou Marcos Melo, autor que trabalhou a construção de identidade junto aos grupos homossexuais. Recorrendo a importantes autores, como Philippe Áries, Michel Pollack, Sérgio Carrara, dentre outros, Melo se alinha à Herbert Daniel ao afirmar que os grupos homossexuais engendram sua identidade de maneira machista e preconceituosa (MELO, 2009, p. 5-7). Utilizando como fonte um manual veiculado pelo Grupo Gay da Bahia, em 2008, intitulado, “Termo de ajustamento de conduta”, ele indica que o objetivo era construir a imagem de um homossexual correto, que deveria se inserir na sociedade reprimendo gestos exagerados, falas agudas, que, ao contrário, deveriam ser utilizados somente em “ambientes de pegação” (MELO, 2009, p. 8). Ou utilizando o termo utilizado por Daniel, o “gueto”.

Com estas argumentações, desenvolvidas na década de oitenta, Daniel reeditou alguns conflitos do período em que participou da guerrilha, na época da ditadura. Durante a militância, ninguém sequer chegou a suspeitar que era homossexual. Foi um segredo guardado a sete chaves. Em reportagem de “Afinal”, os repórteres destacaram que Daniel adotou como estratégia a abstinência sexual e o silêncio para que sua homossexualidade não fosse descoberta. “Assim como nunca foi preso, também ninguém na VPR jamais suspeitou que ele fosse homossexual”, diz o texto (AFINAL, 1986, p. 21). E seguiram citando uma fala de Daniel: “Eu tinha um pavor enorme de ficar desmoralizado” (AFINAL, 1986, p. 21).

Tinha medo de expor e debater sua homossexualidade, pois acreditava que isto atrapalharia a militância política. Em “Meu corpo daria um romance” ele afirmou que

seu pensamento na época era de que “não era papel de guerrilheiro sair oferecendo corpo a corpos de ruas, o que então comecei a analisar como forma de prostituição capitalista” (DANIEL, 1984, p. 129), ou de maneira em que praticamente compactuou com os discursos dominantes sobre o homossexual, “eu via que a homossexualidade não era um assunto que se devia discutir, era uma delinquência, mais ou menos sórdida (...)” (DANIEL, 1984, p. 196). Este medo é totalmente compreensível: o comando da guerrilha decidiu afastar um companheiro homossexual que havia sido agredido a facadas, e repreendeu severamente outro militante, Simão, por freqüentar a casa de um amigo aonde se encontravam homossexuais (DANIEL, 1984, p. 196-197).

João Silvério Trevisan, relatando sua participação, no final da década de 70, início da década de 80, no jornal “Lampião da Esquina” e do “Grupo Somos”, entidades reconhecidas como aquelas que impulsionaram o movimento homossexual brasileiro (VITIELLO, 2009, p. 15-18), faz coro com Daniel, ao afirmar que o movimento, a princípio articulado pela esquerda, esbarrou em questões como “é legítimo discutir homossexualidade num contexto de graves problemas políticos?” (TREVISAN, 2002, p. 337). Por isso, Trevisan afirma que, com a formação do Grupo Somos, a tentativa foi a desvinculação do grupo em relação à esquerda brasileira do período, para agir de maneira auto-gerida, apartidária (TREVISAN, 2002, p. 339-340).

Mas a aceitação tácita de Daniel mudou radicalmente quando retornou ao Brasil. Suas críticas ao posicionamento mantido pela guerrilha foram mordazes, tais como aparecem em “Passagem para o próximo sonho”. Segundo ele, a esquerda não considerava a homossexualidade, e de maneira mais ampla, a sexualidade algo que demandasse discussões políticas. Daniel destacou a fórmula clássica dos militantes da época, quando se referiam à homossexualidade: “isto não é um assunto *diretamente* político” (DANIEL, 1982e, p. 215).

Para ele, a esquerda pecou por silenciar em relação à homossexualidade. No limite, fazendo isso, se equiparou a própria ditadura, sustentando uma forma de censura:

A forma mais geral de se falar sobre a homossexualidade é o silêncio. Esta mudez (censura) é um dos mais renitentes resíduos do totalitarismo. Porque se diz, calando-se, ‘compreensivo’, que entende o ‘aleijão’ dos outros. A (homo) sexualidade é sempre coisa alheia (marginal), impertinente, sempre um ‘problema’ médico, jurídico, ideológico, ou o que o valha (DANIEL, 1982e p. 215).

Esta situação gerou enormes problemas. Primeiramente, porque reforçou o próprio discurso do movimento homossexual, que reiterava o gueto. “O silêncio é a forma do discurso duma certa parcela da esquerda sobre a homossexualidade. É uma

forma de exilar os homossexuais” (DANIEL, 1982e, p. 217). Depois porque resultou na autocensura: o silêncio da esquerda, como “discurso”, imobilizou os próprios homossexuais: não auxiliou com discussões e com ações que reivindicassem direitos ou de denuncia ao preconceito.

Sobre isso, Daniel comentou a respeito de um debate proposto em 1979, pela Comissão de Cultura do Brasil pela Anistia (CBA) - ao que tudo indica, considerado por Daniel um grupo composto por esquerdistas - que ocorreria em Paris: “Mas aqueles [CBA] não queriam nem mesmo discutir e divergir. Tudo bem, teriam direito de se calar (...) O grande senão é que não admitiam que os outros falassem. Queriam emudecer todos, impedir, reprimir a ferro e fogo (...)” (DANIEL, 1982e, 214).

Mas Daniel não fez somente críticas pontuais à esquerda. Ele também atacou o próprio sistema, grupos conservadores da sociedade, de direita, que embasaram as estruturas que garantiam a dominação e o preconceito. Com sagaz ironia, ele comentou a respeito daqueles que chamou de “moralistas”:

São homens de visão: a divisão é seu forte. Donde então, nas alturas legiferantes da sua moral, vêem diferenças que fixam. Existem assim leis a serem seguidas pelas pessoas segundo a classificação arbitrária em que foram divididas segundo a visão do legislador. Todas as formas de comportamento fixadas pelo moralizador dependem de sua visão dos outros. Por isso, todos os códigos de ética acabam se revelando codificações de uma ótica (...) Queremos que todos tenham comportamentos que nos agradem (DANIEL, 1984, p. 324).

Em outros termos, o corpo encontrava-se alienado do cidadão, porque não lhe pertencia. As pessoas não poderiam escolher que sexualidade exercer - como visto, segundo Daniel existiam múltiplas possibilidades - exceto aqueles modelos que lhes eram impostos. “Nossos corpos são o que exigem de nós, sede de recepções, rampa de projeções, espaços alheios de mim (...) Diante da multiplicidade feliz do que poderíamos ter sido, um ataque feroz nos reduz à estreiteza de uma uniformidade. Uma unicidade”, ele diz (DANIEL, 1984, p.180-181).

E um dos piores modelos de sexualidade que poderia ser “permitido” às pessoas, segundo Daniel, era justamente aquele das divisões binárias, isto é, hetero/ homo; passivo/ ativo; dominador/ dominado. A homossexualidade estava embasada pela dualidade macho/fêmea, que colocava um primeiro problema, que diz respeito à hierarquização entre ambos: “A relação macho e fêmea não aparece nessa ideologia como um confronto de atividades sexuais (quero dizer: corporais) distintas e igualmente ativas. É uma conjugação de uma dualidade fundamental: passivo x ativo” (DANIEL, 1984, p. 321). Neste modelo dominante, o homem deve cumprir um papel, o de ativo; a

mulher, o contrário. Qual o problema para o homossexual? Ele era tomado como fêmea, logo, passivo: “Os homossexuais (...) herdaram o estigma do passivo homossexual. Passam a ser considerados aberrações, porque não obedecem os papéis sexuais pré-determinados” (OKZINHO, 1982, p. 2).

Recorrendo novamente a Richard Parker, é possível destacar que o modelo de sexualidade embasado pelo par ativo/passivo existe no Brasil de longa data, muito antes de se engendrar o paradigma racionalizante médico, centrado em concepções como homo/hetero/bissexualidade. Segundo o antropólogo americano o modelo que se atém a passividade e a atividade tem raiz no período colonial brasileiro, época em que a própria sexualidade esteve, de certa forma, influenciada pelas características econômico-sociais, centradas no sistema de produção conhecido como plantation, na escravidão, na casa-grande e no patriarcalismo (PARKER, 2009, p. 34-40).

Parker alerta que mesmo com a modernização e urbanização que ocorreram no Brasil principalmente em meados do século XX, e, portanto, a conseqüente afirmação das ideologias médicas sobre a sexualidade, este paradigma tradicional ainda continuou presente na vida dos brasileiros (PARKER, 2002, p. 54). E mais importante: tal estrutura “foi utilizada para organizar e conceitualizar as relações sexuais tanto entre membros do sexo oposto como entre membros do mesmo sexo” (PARKER, 2002, p. 56).

Assim, se por um lado a identidade sexual no Brasil tem como referente as idéias médicas racionalizantes, centradas no desejo sexual, por outro, tem raízes coloniais e estaria profundamente arraigada muito mais nos papéis sexuais e de gênero (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 28-30; PARKER, 2002, p. 48-58). Como esclarece Parker:

Neste modelo de vida sexual, a ênfase cultural parece ser colocada não apenas nas práticas sexuais nelas e delas mesmas, mas na relação entre as práticas sexuais e os papéis de gênero – em especial, na distinção entre *atividade* masculina percebida e *passividade* feminina como o cerne da organização da realidade sexual. É em termos desta distinção simbólica entre atividade e passividade que noções de *macho* e *fêmea*, de *masculinidade* e *feminilidade*, e similares, foram organizados no Brasil (PARKER, 2002, p. 55).

Segundo Parker, o estigma é muito mais forte e evidente para os homossexuais passivos. São indivíduos que ficam conhecidos pelos termos pejorativos “viado” ou “bicha”, que fracassaram por não conseguirem “obedecer” seus papéis biológicos, devido a um comportamento não sancionado socialmente, pois homem deve ser necessariamente, ativo. É por isso que o homossexual ativo jamais coloca em xeque sua masculinidade e cumpre seu papel social – não tem imagem feminilizada e é o ativo que

penetra durante o ato sexual. Logo, o estigma é muito menor, quando não inexistente (PARKER, 2002, p. 56-57).

Mas vale a ressalva: Parker deixa claro que os indivíduos podem quebrar as regras, e alguém que é ativo pode fazer as vezes de passivo, e vice-versa. É o que se conhecesse, na linguagem popular, como “troca-troca”. Mas isto só funciona justamente para testar a masculinidade. A passividade é conhecida para saber o que não se deve ser (PARKER, 2002, p. 59-60).

Se Daniel foi contrário a uma identidade homossexual médico-racionalizante, também foi contra a identidade colonial, estruturada em torno do binarismo “ativo-passivo”. Este foi resumido por ele em um termo: machismo, que era mais um pilar contra a liberdade “A divisão entre homo/ hetero ou passivo/ ativo é uma ilusão fomentada pelo totalitarismo que busca domesticar o erotismo” (DANIEL, s.db., p. 13). Mas novamente, a aceitação do binarismo ocorria com os próprios homossexuais. Em entrevista concedida por Herbert Daniel para a revista “Veja”, o repórter José Castello afirmou: “Normalmente se pensa que a opressão contra os homossexuais vem apenas de fora do meio gay”, ao passo que Daniel prontamente interveio:

Mas ela vem também de dentro. Ao reproduzir o modelo falocrático de amor, aquele em que há sempre um dominador, os homossexuais masculinos oprimem também uns aos outros. Não basta assumir papéis ditos femininos para compreender a condição da mulher. Ao contrário. Assumir sua parte feminina, para muitos homossexuais, significa assumir uma caricatura da mulher dominada (...) Ter relações com outros homens, por si, não acaba com o machismo. Pode até levar a algo muito pior: estar dominando, ser dominado, e não entender o nome dessa dominação (VEJA, 27 JUL. 1983., p. 83).

Portanto, se desenvolveu um gueto, sustentado pela coletividade, pelos grupos dominantes, pelo silêncio da esquerda e pelos próprios homossexuais, que reproduziram, talvez inconscientemente, formas de dominação, como o fato de assumirem *uma* identidade e modelos de vivência sexual binária. O que Daniel propôs para desatar este nó, imposto e aceito pelo homossexual?

Em “Meu corpo daria um romance”, Daniel enveredou por caminho interessante. Ele escreveu onze capítulos em que relatou algo que aconteceu com ele e, possivelmente com seu companheiro Cláudio, certa noite em Copacabana, no Rio de Janeiro. Neste episódio, ele se despediu do companheiro com um beijo na boca justamente no momento em que deveria embarcar no ônibus. Todos os passageiros viram o ato, e agiram de maneira discriminatória. Este foi o motivo que levou Daniel a discorrer sobre questões referentes à sexualidade, hetero e homossexual.

Ao longo do livro Daniel desenvolve a tomada de consciência de que algo deveria ser feito em relação à opressão sexual, particularmente, a negação e discriminação do homossexual:

No infinito passeio, sob a guarda deles, minha única saída era interrogar o meu sexo, forma possível de questionar o de todos. É sempre vã – e ditatorial – a explicação expositiva impositiva do sexo alheio. Só no nosso próprio sexo podemos encontrar alguma indicação (DANIEL, 1984, p. 52).

Em diversos trechos ele comentou sobre sua não aceitação, o silêncio auto-imposto, sentimentos de culpa etc. Mas desenvolveu idéias que apontam para uma ação contra o preconceito, como no interessante diálogo consigo próprio:

Reagi, sem mover, nos meus internos me elucidando: Daniel, você aos trinta e seis anos, publicamente homossexual, está amedrontado e sufocado por um pavor inútil, no meio de pessoas cuja hostilidade você provocou por descuido ou irrealismo. O seu pânico só dá razão àqueles que dizem que ‘o povo não está preparado’ – nem para votar, nem para provocar mudanças, nem para tolerar a diferença. O seu pânico é covarde e reacionário. É equivocado e injustificável. Tente se enfrentar e enfrentá-los. Daniel, você tem argumentos bons e racionais, você tem razão e mais que isto: lucidez para localizar a justiça. Não se abata pelo susto. Se houver provocações, procure responder sem aceitar a intolerância. Não é esta a primeira vez que você está sendo submetido à humilhação. Não será a última (DANIEL, 1984, p. 85).

Para que a homossexualidade fosse de fato aceita, Daniel propôs a retomada do poder sobre o próprio corpo, a liberdade para dispor dele da forma como bem aprovasse a cada um. Ou seja, de maneira coerente com seu pensamento sobre cidadania e democracia, ele propôs também neste âmbito, a autonomia individual: “É preciso dar o salto tríplice sem a rede de pais, mestres, patrões, regentes, gerentes, governantes, sátrapas, déspotas, pais-do-povo...” (DANIEL, 1984, p. 307).

Como fez o idoso Firmino, personagem do conto “A longa agonia de Firmino”, que, percebendo a morte próxima, suplicou para que falecesse em casa: “Me deixem morrer aqui, nesta cama. Não me levem ao hospital, é meu último pedido”, disse o senhor. Ele foi atendido: “Morreu naquela cama” (DANIEL, 1984, p. 102). Ou então Tilica, mulher que passou a vida toda reprimida, sem poder dispor de seu corpo como desejava: foi impedida de seguir sua vocação, o canto; quando doente, por conta de Hanseníase, ficou tempos internada em um sanatório e, no momento máximo de sua vida, quando recebeu pedido de casamento, foi impedida de aceitar, por pressão de sua mãe.

Porém, retomou seu corpo depois de morta, quando Oswaldo, seu pretendente, derramou uma lágrima sobre seu caixão. Tilica então derrama sangue, através de seu nariz, e mancha toda sua roupa branca (DANIEL, 1984, p. 251-265). A alegoria

utilizada por Daniel é evidente: o sangue maculou a virgindade de Tilica, e a lágrima a lavou e renovou, devolvendo-lhe o corpo.

Para angariar a autonomia corporal, as pessoas deveriam discutir a sexualidade em âmbito político. O cidadão deveria sair da indiferença e questionar o poder em sua tentativa de alienar os corpos:

Na medida em que a sexualidade é uma inquietação, impondo opções, a indiferença abalada. A pessoa, ao diferenciar-se nas opções sexuais, assume posturas diante do poder. Portanto, milita, portanto torna-se subversiva e não mero indiferente, castrado e castrador. Toda ditadura depende da indiferença e esta começa na indiferença às questões que envolvem as atitudes corporais, as relações com o gozo pleno das capacidades individuais (DANIEL, 1982a, p. 73).

Sair da indiferença significava, para Daniel, quando abordou a temática homossexualidade, o abandono da pretensa identidade homossexual, e do binarismo “ativo-passivo”, que transformavam a vivência da homossexualidade em um exílio, um gueto. Ele foi taxativo em páginas finais de “Meu corpo daria um romance”:

A homossexualidade? É. Não quero me livrar apenas do rótulo, mas inclusive do aprendizado de uma identidade que é só a forma da repressão que aparece às vezes como “liberação”. Não quero ser praticante ou defensor da ‘homossexualidade’. Quero compreender minha condição masculina, forma peculiar da condição humana (...) Sabe, vou me libertar da homossexualidade para viver intensamente minha sexualidade com os homens que sexualmente me interessam. Para dimensionar meu erotismo num corpo capaz de se auto-instituir autonomamente como criação da pessoalidade, da pluralidade de relações eróticas com todos os corpos atuais e atuantes. Quero ser história. E não uma subcultura que reduz a sexualidade a um confronto de sexos impostos (DANIEL, 1984, p. 371-372).

E se a esquerda não auxiliou, visto que o sexo não era considerado pelos militantes um problema político, a pressão deveria ser via movimentos sociais autônomos, “das ‘minorias’ [que] atacam a corte de pequenos diabos cotidianos da opressão política” (DANIEL, 1982a, p. 73).

Todas estas discussões sobre ditadura, grupos de esquerda, autonomia política e corporal, gueto, etc., serviram como norte para Herbert Daniel compreender e agir perante o surgimento e rápida disseminação do HIV/AIDS.

#### **2.4 Contra tudo e contra todos: as severas críticas de Daniel à mídia, religião, medicina e homossexuais na questão da AIDS**

Aos 18 anos, Herbert Daniel começou o curso de medicina fato, aliás, relevante para esta pesquisa, visto que a “formação na área médica e a leitura crítica sobre a racionalidade médica serão resgatadas no debate que se estabelece com o advento da

pandemia da aids” (INSTITUTO HERBERT DANIEL, Disponível em: <<http://herbertdaniel.blogspot.com>>)

Como visto no primeiro capítulo, os primeiros casos de AIDS brasileiros datam de 1983, época que praticamente coincidiu com o retorno de Herbert Daniel ao Brasil. Tão logo voltou ao país começou a produzir textos sobre a doença que então era delimitada pelo saber médico e discutida por boa parte da sociedade.

Vale destacar que o início da década de oitenta marca profundas mobilizações por mudanças na área da saúde. Na década de setenta se formou e se fortaleceu o chamado “Movimento Sanitário”, formado por diversas lideranças sanitárias e políticas. Tais atores sociais pressionavam por mudanças estruturais na área da saúde, para que se incluíssem no rol de práticas sanitárias os mais desprovidos (MACEDO, 2006, p. 17-18). Dialogando com demais autores, Macedo afirma que o “Movimento Sanitário” teve grande importância para a criação do Sistema único de Saúde (SUS), previsto na Constituição Federal de 1988 e implantado em 1990 (MACEDO, 2006, p. 19). Esta mesma autora (2006, p. 20) e Teixeira e Fonseca (2007, p. 131) mostram também a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986 para a futura implantação do SUS.

A partir de 1990, com o início do SUS, o que se vê no Brasil é uma constante tentativa de implantação das diretrizes de tal sistema, previstos em 1988, quais sejam, de que a saúde é direito de todos (universalização) e dever do Estado, a participação da comunidade, a coordenação entre todas as esferas do governo – federal, estadual e municipal – na implantação de programas de saúde, e, conseqüentemente, a descentralização na gestão de saúde pública (MACEDO, 2006, p. 20-23; TEIXEIRA, FONSECA, 2007, p. 131; 141-142; COSTA MARQUES, 2003, p. 141).

No bojo de todas as discussões é que, após certa demora, surge o Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS), em meados da década de oitenta (COSTA MARQUES, 2003, p. 125-126; NASCIMENTO, 2005, p. 100; GALVÃO, 2000, p. 117; TEIXEIRA, 1997, p. 55-56). De fato, Teixeira (1997, p. 56) afirma que esse

período [1986] se caracteriza por seu fortalecimento [do Programa Nacional de DST/AIDS] e pela sua implantação em todo o território nacional. Através da realização de encontros macrorregionais, ações programáticas foram implantadas, progressivamente, em todas as unidades federadas. Em decorrência disso, e após algum tempo, pode-se desenhar um panorama da epidemia no país, e iniciar a implantação e estratégias comuns para todas as regiões



Sob a Coordenação de Lair Guerra, o Programa passou a produzir campanhas preventivas – que, bom que se diga, não foram consenso (NASCIMENTO, 2005, p. 101) – e foi criada a Comissão Nacional de AIDS, em 1987, um importante órgão que auxiliaria a Coordenação do PNDST/AIDS no gerenciamento da doença (COSTA MARQUES, 2003, p. 126) e se constituiu também como um espaço de articulação entre o Governo Federal e a sociedade civil organizada, não sem certo confronto, principalmente devido a tentativas de centralização do Programa, a falta de diretrizes mais claras para o combate da síndrome (NASCIMENTO, 2005, p. 101; GALVÃO, 2000, p. 124).

Vale dizer que, quando Herbert Daniel adoeceu, o Programa Nacional de DST/AIDS estava sob comando de Eduardo Cortês, e o Ministro da Saúde era Alcení Guerra. Este período é fortemente marcado, segundo a literatura consultada, por forte desarticulação do Programa de AIDS brasileiro, a falta de repasse de verbas, a veiculação de campanhas discriminatórias e forte isolamento em relação ao restante da sociedade e dos Programas Estaduais de AIDS (GALVÃO, 2000, p. 123-124; COSTA MARQUES, 2003, p. 143-147; NASCIMENTO, 2005, p.101-102; TEIXEIRA, 1007, p. 62-64). Contudo, os mesmos autores destacam que foi nesse período que se iniciou a distribuição gratuita de AZT na rede pública<sup>7</sup> e é este momento que marcou a primeira aparição de um Presidente – Fernando Collor de Mello – em rede nacional para falar sobre AIDS (COSTA MARQUES, 2003, p. 147-149; GALVÃO, 2000, p. 124-125).

Como dito, Daniel se envolveu profundamente nestas discussões. Em seu romance “Alegres e Irresponsáveis Abacaxis Americanos”, lançado em 1987, ele evidenciou a celeuma instaurada pelo surgimento da AIDS. Em uma vila carioca, composta por pequenas casas, um armazém e um casarão, e habitada por diversos tipos de pessoas, jovens e idosos, mulheres e homens, ricos e pobres, homo e heterossexuais etc., a doença passou a fazer parte do cotidiano a partir do falecimento de um dos personagens, Gauderêncio, um homossexual. A partir disso, sob a capa da ficção, Daniel teceu argumentações e comentários sobre a então recente moléstia, o que era, quem atingia, como as pessoas deveriam se prevenir, dentre outros aspectos (DANIEL, 1987c).

Algo que permeia toda a narrativa é a discussão sobre o pânico das pessoas diante de um mal então pouco conhecido. Ela ganha corpo principalmente através da

---

<sup>7</sup> Ver também página 42 desta dissertação.

personagem Rita, para quem “todo o cuidado é pouco... pega [a AIDS] e mata sem remédio” (DANIEL, 1987c, p. 21). Ademais, é também ela quem, tomada por preconceito, ameaça chamar a Higiene Pública (DANIEL, 1987c, p. 22) para despejar “esses coisos [sic]” – se referindo aos moradores homossexuais: “Vamos acabar com essa cambada!”, brada ela (DANIEL, 1987c, p. 25). De fato, o medo chega a tanto que diversos moradores arrombam a casa do falecido Gauderêncio, reúnem seus móveis na rua e ateiam fogo, por “precauções sanitárias” (DANIEL, 1987c, p. 51)

Se esta situação existia, ela tinha como epicentro, em grande medida, a mídia. Para Daniel foi a hipervalorização que os veículos de comunicação conferiram à AIDS o fator determinante para que pânico e preconceito se desenvolvessem. Esta atenção exacerbada dedicada a AIDS motivou Daniel a formular diversas questões direcionadas à imprensa:

(...) há razão para tamanha cobertura de uma questão ainda tão obscura? Porque a imprensa se preocupou tão intensamente com isso? Por seriedade? E no entanto essa mesma imprensa deixa de lado questões urgentes que ameaçam a própria sobrevivência das populações (podemos nos esquecer das catástrofes ecológicas? Da situação econômica? Da situação da saúde pública no país?). Porque será que esta síndrome ganhou privilégios da maior ameaça à vida saudável dos brasileiros? (DANIEL, 1983b, p.123).

Ele descartou como resposta a preocupação com a informação pública (DANIEL, 1983b, p.123). Na verdade, considerava os diversos textos jornalísticos uma ode ao preconceito e ao pânico, objetos que somente veiculavam “anti-informação” (DANIEL, 1983b, p. 124), além de “pouco científicos” (DANIEL, 1983b, p. 122).

O exemplo claro disso, para Daniel, foi a articulação entre AIDS e homossexualidade. Ele afirmou que esta temática explorada por jornalistas não teve outro objetivo senão a obtenção de lucros com vendas. Recorrendo ao histórico da moléstia ele afirmou que:

De todas as curiosidades tipo ‘acredite se quiser’ da novidade mórbida, uma serviu de brilhante chamariz: quase todos os atingidos pela entidade patológica recém descoberta eram *homossexuais* (...) para atrair um público ingênuo que buscava sensações fortes, a imprensa veiculou (veicula) os fatos e dados da ‘epidemia’ com evidente oportunismo caça-níquel. Afinal, as bichas sempre fizeram rir. Nada mais natural do que contar a ‘última da bicha’, a piada macabra do câncer, o único câncer alegre, ridente, sorridente: o horror desmunhecante torna-se o oh-rir. Pura viadagem (DANIEL, 1983b, p. 122).

A citação acima foi retirada de um texto de 1983, quando tal articulação era extremamente forte. De toda a forma, sua atenção já estava direcionada para este aspecto. Segundo Daniel, tal caracterização englobava todo e qualquer tipo de vivência

homossexual, porque correntemente recorria-se ao silogismo: homossexualidade=promiscuidade=AIDS (DANIEL, 1983b, p. 129). Assim, ele atacou primeiramente a uniformização, ou seja, de que todo o homem que mantinha relações com outro homem fosse promíscuo. Disse ele que “a forma como a homossexualidade é vivida por este grupo de homossexuais [que cometiam “excessos” sexuais] não é absolutamente uma contingência de todas as homossexualidades” (DANIEL, 1983b, p. 129).

É evidente que se o raciocínio se encerrasse aqui, uma contradição poderia facilmente ser detectada, porque parece que Daniel estava criando um preconceito para destruir outro, isto é, a AIDS não seria doença de todos os homossexuais, somente dos “promíscuos”. Ele chegou até a comentar que era legítimo classificar um “grupo de risco” (DANIEL, 1983b, p. 129). Mas Daniel se justificou, quando tentou destruir a idéia de que certos comportamentos levariam inexoravelmente à doença. Ou se levassem, não seriam práticas exclusivas a determinados segmentos, mas comum a maioria dos indivíduos:

A decantada promiscuidade não é inerente à orientação homossexual. Também não é a utilização de drogas, ou outras condições pretensamente facilitadoras da AIDS. Essas condições são opções individuais (de homossexuais ou não), que, como tal, devem ser respeitadas. Além do mais, não é a própria promiscuidade ou a utilização de drogas que impulsiona ao mal: esta é uma visão moralista e reacionária que procura associar a doença com uma punição qualquer de forças divinas (DANIEL, 1983b, p. 129).

Assim, por exemplo, não apenas homossexuais eventualmente cometiam “excessos”, mas, também, homens heterossexuais poderiam incorrer em promiscuidade. Daniel afirmou claramente que tais práticas deveriam ser identificadas à masculinidade e não à homossexualidade (VEJA, 27 jul. 1983, p. 83).

Além disso, ele apontou para o fato de que a doença, já em meados da década de oitenta, tinha potencial para atingir qualquer pessoa. Em conversa travada pelo carteiro Roi e pela artista plástica Val, personagens de “Alegres e irresponsáveis abacaxis americanos”, a percepção geral da AIDS, por parte de Daniel, fica evidente. Comentando sobre Ia, por quem estava apaixonado, Roi demonstra a possibilidade da contaminação sexual feminina: “Ela não é virgem. Mas foi muito afetada pelas epidemias atuais e tem que se resguardar (...) Ela tem as defesas imunológicas muito pequenas” (DANIEL, 1987c, p. 110). Ao passo que, de maneira mais incisiva, a artista o interpela: “Roi, Roi... Não seja tão ingênuo. Não fantasie. *Ninguém escapa das epidemias dos nossos dias*. Dias é um anagrama de Aids, sabia?” (DANIEL, 1987c, p.

110 – grifos nossos). Assim, Herbert Daniel fez coro com aqueles que consideravam a possibilidade de uma “AIDS geral”, como destacamos no primeiro capítulo.

Mas estaria relegado ao silêncio outro ponto importante se afirmássemos que Herbert Daniel somente criticou a mídia por, de certa forma, construir a “peste gay”. Para ele, um dos piores componentes que poderiam ser destacados das abordagens jornalísticas, foi a criação de metáforas acerca do HIV/AIDS. Sobre isso, muita tinta já foi utilizada. Basta lembrar o livro “AIDS e suas metáforas”, de Susan Sontag (2007). Nele, a filósofa decodificou diversas alegorias que cercavam a epidemia. O pesquisador Marcelo Secron Bessa afirma que o projeto daquela autora foi justamente isentar a AIDS de qualquer processo de significação. (BESSA, 2002, p. 63).

Por isso, Sontag propôs que as pessoas se desligassem de concepções que a viam como a doença própria a homossexuais, usuários de drogas, politransfundidos ou receptores de sangue; que não a percebessem como um castigo às minorias já estigmatizadas; que não considerassem o indivíduo soropositivo como alguém com comportamento culposos, vergonhoso; e que não indicassem o HIV como um agente com vida, com intenção, um inimigo externo que deve ser destruído, nem que para isso seja necessário destruir o próprio paciente etc.

O importante a se perceber, é que Daniel, segundo Bessa, se filiava a perspectiva “sontaguiana” - termo do autor (BESSA, 2002, p. 77). Assim, já em 1986, Daniel reconhecia o fascínio mórbido suscitado pela AIDS, afirmando que ela conseguia “misturar numa só sigla misteriosa ingredientes fantásticos” e que ocorria “o inevitável: a gigantesca curiosidade da população a respeito desse amálgama de coisas indizíveis, e a tentativa frustrada de ‘informar’ sobre o que haveria de oculto por trás da sigla” (DANIEL, 1986, p. 108).

Acontecia então um ciclo vicioso: a mídia informava aspectos sobre a doença o que instigava a população a pressionar por descobertas, novas informações, que, invariavelmente, seriam construídas a partir de alegorias, conotações. Mas isto não era desejável. Como afirmou Daniel: “A AIDS, como qualquer ‘doença’ deve ser colocada no lugar dela: como uma doença. Sem fazer da sigla mais do que ela é: uma doença grave, perigosa e mortal, que carrega consigo toda uma carga de preconceitos bem característicos dos nossos dias” (DANIEL, 1986, p. 108).

E como atingir isso? Para Daniel a questão era simples: considerando que sobre a AIDS não existia nada a informar, nenhum enigma a ser desvendado, dever-se-ia passar de uma informação exagerada, pululada por metáforas, ao que ele denominava

“não-informação”, entendida por ele como uma banalização: “(...) é preciso retirar da SIDA sua força de esfinge [Daniel utiliza-se do jargão ‘decifra-me ou te devoro’]. Estritamente: *ela deve ser banalizada, como doença, discutida no conjunto das doenças de hoje*” (DANIEL, 1987b, p. 55).

Em suma, Daniel queria que a AIDS não fosse mais valorizada do que outras doenças e problemas sociais. Preocupante e desafiadora, que demandava estudos e respostas da saúde pública (DANIEL, 1987b, p. 53), mas que fosse veiculada apenas como “mais alguma coisa”, para que não exercesse um fascínio mórbido, uma curiosidade extremada, que como se verá, desembocava somente em malefícios. Ademais, a moléstia não deveria dizer algo além daquilo que era.

Se a mídia não agiu corretamente ao recorrer à articulação AIDS/homossexualidade nos primórdios, e também na insistente produção de metáforas, falhou também, segundo Daniel, ao passar à população informações calcadas somente no conhecimento médico. Algo que, recorrendo novamente aos gráficos em anexo, é evidente: a maioria das reportagens das revistas está alocada em seções como “Medicina”, “Saúde” e “Ciência e tecnologia”. Algo destacado também por Claudine Herzlich e Janine Pierret, em “Uma doença no espaço público. A AIDS em seis jornais franceses” (2005), quando informam que a sociedade francesa tomou conhecimento da AIDS a partir de informações médicas, evidentemente, manipuladas por jornalistas. É tentador imaginar que isso ocorreu ao menos em todo o mundo ocidental.

De qualquer maneira, para Daniel dados advindos da medicina eram incipientes, já que “existem outras [informações] sociais e políticas, absolutamente imprescindíveis para a compreensão da AIDS e de seus mecanismos epidêmicos” (DANIEL, 1983b, p. 126), além de que, ao menos em 1983, os médicos tinham pouco conhecimento sobre a moléstia:

(...) os próprios médicos revelam-se bastante perplexos com o grau de conhecimento que possuem sobre a AIDS. Pouco adianta uma ‘informação médica’ neste caso. Os médicos não têm feito senão transmitir dados estritamente técnicos ou revelar suas próprias perplexidades (DANIEL, 1983b, p. 126).

Mas o grande problema não foi somente este. Aliás, em termos de medicina, não foi o mais preocupante, isto é, a mídia recorrer somente a dados médicos para informar a população. Para Herbert Daniel o pior de tudo foi o fato de que, dando a maior parte do destaque à indivíduos do meio médico, criava-se no imaginário social a crença de que somente eles seriam capazes de responder os desafios impostos pela AIDS. Faria

dos médicos os grandes missionários na causa contra a doença (DANIEL, 1987b, p. 61). Ora, para Daniel através da doença não ocorreria outra coisa senão a *medicalização da sociedade*, algo extremamente mal visto e mal quisto por ele.

Não convêm aqui fazer uma discussão aprofundada de tal conceito, até porque escapa aos objetivos desta dissertação.<sup>8</sup> Mas parece evidente que ele está intimamente ligado a obra de Michel Foucault. E pelas próprias palavras e categorias utilizadas em por Daniel em muitos textos - controle, poder, repressão, medicina - seu diálogo parece ser com o filósofo francês.

Na introdução do livro “Batallas contra la Lepra: Estado, Medicina y Ciência en Colômbia” (2002), Diana Obregón Torres apresenta uma boa explicação do conceito de “medicalização”. A autora entende que a “medicalização” só existe a partir do amálgama entre outras duas noções: poder e conhecimento. Assim, Obregón (2002, p. 29-30) afirma que

A medicalização se refere ao processo por meio do qual um número crescente de aspectos do comportamento humano que previamente eram considerados normais ou anormais pelo público em geral passam a ser atribuídos ao controle médico e redefinidos como saúde ou enfermidade. A partir do século XVIII se produziu na sociedade européia uma medicalização geral das condutas, discursos e desejos. Desta maneira, a medicina se converteu em uma instituição dominante até o ponto de que hoje nenhum aspecto da vida humana escapa a seu poder

Em outros termos, a própria forma de se portar socialmente, em seus diversos âmbitos, seria definida pelo saber médico, embora Obregón destaque que em muitas vezes o poder médico se estabelece a partir de solicitações da própria população (OBREGÓN, 2002, p. 30).

A medicalização foi relegada por Daniel. Na verdade, ao longo de sua vida, não teve um bom relacionamento com concepções médicas, nem mesmo quando cursou um ano da faculdade de Medicina. Para ele, o ensino de tal ramo do conhecimento era

---

<sup>8</sup> Para discussões mais aprofundadas sobre o conceito de “medicalização”, ver MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978; COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. Para relativizações e mesmo críticas ao conceito, ver SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. Saber Médico e Ciências Sociais no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 470, 2001; RIOS, Venétia Durando Braga. *Entre a vida e a morte: médicos, medicina e medicalização na cidade de Salvador 1860-1880*. Salvador, 2001, 171 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001, p. 10-11 – neste a autora apresenta discussão com demais autores que criticam o conceito de medicalização, como Flávio Coelho Edler, Beatriz Teixeira Weber e Edmundo Campos Coelho.

abstrato, baseado na memorização de fórmulas e não levava em consideração o doente, a sociedade, a política e a história:

O problema deles (dos catedráticos) era a doença, abstração que controlavam, segundo condições que criavam e entendiam. A saúde era um elemento que se definia por mera exclusão, como ausência de doença. Ao ensinar seu fantasioso mundo de doenças e doentes-corpos-leitos, estavam tranquilos, na sua torre de marfim apolítica, longe do miúdo existir dos mortais comuns. O médico era um sacerdote, moralmente elevado à categoria de grande feiticeiro, cujo poder decorria dos deuses. Intocável (...) A história era banida numa pesquisa que se preocupava com o estudo da doença que envolvia uma abstração (corpo-doente) e um agente etiológico ‘natural’. A cura era procurada nestas circunstâncias como intervenção sobre o indivíduo, como se qualquer doença fosse um caso individual (DANIEL, 1982e, p. 90-91).

A partir deste trecho, é evidente que, se Daniel foi influenciado por Foucault, também se aproximou de concepções desenvolvidas por Charles Rosenberg, para quem, entre os séculos XIX e XX ocorreu uma mudança na forma como a medicina definia a doença e a saúde. Até então, uma pessoa que ficasse enferma tinha seu diagnóstico elaborado a partir da observação de suas idiossincrasias. Logo, os mesmos sintomas poderiam, na época, ser considerados conseqüências de diferentes atos, como se expor ao frio ou beber demais. Evidentemente, o tratamento também era relativo.

Porém, a partir do advento da bacteriologia, no final dos oitocentos, as moléstias passaram a ser vistas como entidades, com existência própria, e sendo causadas por um agente externo. Se antes, a preocupação era com o doente com seu estilo de vida, aqui é a doença que é individualizada (ROSENBERG, 2002, p. 240-247). Eis porque Daniel comentou sobre a “abstração”, e a irrelevância da “história” e da “política”.

Rosenberg também apontou que a individualização das moléstias conferiu grande poder aos médicos, justamente porque eles passaram a ser os responsáveis por diagnosticar do que sofria um indivíduo, além de prescreverem a terapia. Ninguém mais estava habilitado a semelhante tarefa (ROSENBERG, 2002, p. 241).

Em larga medida devido ao que teorizou Rosenberg, Daniel se colocou firmemente contrário à “medicalização da AIDS” porque, para ele, estaria assim reforçada a perda de autonomia do corpo por parte do cidadão, e, em especial, do cidadão homossexual. Daniel lembrou, em 1983, que:

A grave ameaça que paira sobre nossos corpos – e em conseqüência sobre nossas consciências - não é uma doença qualquer, mas a forma social de abordagem desse mal qualquer. A medicalização é uma forma de indispor o corpo ao convívio social, eliminando qualquer recurso à solidariedade (DANIEL, 1983b, p. 127).

O que deveria ocorrer era uma apreensão ampla da doença, com discussão e participação de toda a sociedade. Isto porque a saúde não deveria ser entendida como um monopólio médico, que teria o saber e o poder para determinar o que era uma enfermidade e como se devia tratá-la (DANIEL, 1987b, p. 56). Bem longe desta concepção, Herbert Daniel afirmou que a “saúde se caracteriza pela autonomia do controle dos meios e modos de vida e vivência coletivo” (DANIEL, 1987b p. 56).

Dito de outra forma, as pessoas deveriam, em suas comunidades, ter o poder sobre o próprio corpo, sobre a vida, a morte, a doença e a saúde e as formas como compreender estes diferentes aspectos da experiência humana. Por isso, Daniel afirmou que o problema não era a síndrome em si, tão pouco, um problema dos homossexuais, mas era algo que colocava “em questão a própria cidadania como um todo” (DANIEL, 1986, p. 113).

Assim, o que se colocava como candente era a necessidade de um diálogo entre medicina e comunidade (DANIEL, 1987b, p. 53). E Daniel foi taxativo: somente assim se poderia avançar nas discussões que cercavam a epidemia: “É exatamente na garantia deste diálogo, dessa troca de informações, que se poderá efetivamente criar alguma condição de um combate eficaz para evitar o espraio da AIDS” (DANIEL, 1983b, p. 126).

Evidentemente, isto demandaria uma mudança na própria estrutura social:

isto [o diálogo] implica uma postura do corpo médico mais democrática do que a que assume em relação a outros corpos sobre os quais se considera com direito de manipulação, como ‘competente’, sem aceitar a reciprocidade da intervenção” (DANIEL, 1983b, p. 126).

A título de exemplo, ele criou uma interessante fala de um médico, sobre as possibilidades de cura:

“Cura”? *Ainda* não, responderia o médico. Mas a cura não depende do médico e do seu exclusivo saber. Depende também do considerado doente e do seu meio social. A doença não é meramente um fenômeno individual que dependeria de relações mecânicas entre um agente etiológico e um corpo afetado ou predisposto, inclusive considerando-se aqui a situação social do desenvolvimento da moléstia. A doença em si mesma é um fenômeno social, determinado e desenvolvido a partir de certas relações sociais historicamente dadas. A ‘cura’ nunca é intervenção no individual, mas no complexo conjunto de políticas mais transformadoras. Que são da responsabilidade de *toda* a comunidade sujeita a doença (DANIEL, 1983b, p. 127-128).

Mas isto era desejável. Não quer dizer que ocorreu de fato. Segundo Daniel, a medicalização do homossexual se potencializou com o advento da AIDS. Argumentou ele que



(...) as relações entre homossexualidade e a nova patologia foram amplamente discutidas. Muitos afirmaram que havia no homossexual uma predisposição genética. Outros colocavam a questão assim: não se sabe se a doença é intrinsicamente homossexual ou apenas acidentalmente homossexual. Hoje, a questão continua sendo debatida, mesmo sabendo-se que a doença é uma infecção virótica. Atribui-se ao homossexual uma ‘responsabilidade’ qualquer pela doença. Do doente que era (afinal, a medicina deixou de considerar a homossexualidade uma doença há pouco tempo) agora o homossexual é sujeito a patologias próprias. Estamos assistindo ao nascimento de uma nova especialização médica: a Gayatria... (DANIEL, 1986, p. 110).

As críticas de Daniel não se resumiram somente à mídia e à medicina. Elas também foram direcionadas ao meio religioso, em particular à Igreja Católica. Em “A síndrome dos nossos dias”, Daniel fez um breve resumo das idéias do Cardeal-Arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Eugênio Sales, para quem a AIDS foi resultado da falta de observação da moral cristã, sendo os “perigos maiores” para a contaminação a homossexualidade, promiscuidade e liberdade sexual (DANIEL, 1986, p. 110). Para exemplificar, segue um trecho escrito pelo Cardeal, alocado em outro texto de Daniel, “A AIDS é um tigre de papel... higiênico”, de 1987:

E cai, como raio, na humanidade, o perigo da AIDS... Surge como imposição que atinge, em cheio, a inversão sexual, a troca de parceiros, uma interminável lista de assuntos condenados pela legislação divina... Esse clima revela a decadência dos costumes com as conseqüências de um comportamento humano quando contraria o destino para o qual fomos criados. Os flagelos sociais servem de instrumento para despertar a consciência, explorar a imoralidade reinante, fazer o homem retornar aos caminhos de Deus (DANIEL, 1987b, p. 57).

Para Dom Eugênio Sales, até que ocorresse a tomada de consciência, os que não seguiam as leis de Deus seriam castigados e acabariam por adquirir a doença. A este pensamento, Daniel respondeu ironicamente, tentando evidenciar o componente moral das falas de Sales, comparando o castigo, decorrente do pecado, às mazelas sociais:

Naturalmente, todos sabem que ficar pelado fazendo sacanagem é o grande problema do mundo, enquanto essas mesquinhas de fome, miséria, exploração e todo esse papo antigo são firulas. Morrer de esquistossomose, lepra ou malária segue a lei de Deus. Morrer de AIDS já é castigo (DANIEL, 1987b, p. 111).

Contrariamente a estes posicionamentos, Daniel, em “Alegres e Irresponsáveis abacaxis americanos”, projetou práticas ideais que deveriam a ser adotadas por médicos e religiosos. Pode ser conferido através dos personagens doutores Leogevildo Serra e Polidoro e dos padres Félix e Claudionélio.

Claudionélio e Polidoro são preconceituosos e partidários de atitudes extremas para debelar a AIDS, enquanto Leo - como o médico Leogevildo é conhecido pelos moradores da Vila o médico - e Félix tentam amenizar o pânico, e muitas vezes prestam

informações objetivas e coerentes sobre a moléstia. É assim quando surge a notícia de que o contato com lágrimas de homossexuais levava à contaminação por HIV (DANIEL, 1987c, p. 87).

Diante disso, Leogevildo afirma que “esta notícia sobre o vírus na lágrima é despropositada. Mesmo que ele esteja na lágrima, não é provável que seja capaz de contaminar pelo contato com esse tipo de secreção”, ao passo que Félix repudia o medo e a divulgação de informações errôneas: “Há um pânico irracional se disseminando aos poucos, por causa do sensacionalismo, da irresponsabilidade da divulgação de dados... Cria um campo de cultivo para maiores calamidades (...) O mais importante é esclarecer a todos sobre a realidade da AIDS...” (DANIEL, 1987c, p. 107).

Também é interessante é notar as discussões entre os quatro personagens quando Daniel representou claras fraturas internas em ambas as Instituições. Se existia o preconceito, a tentativa do controle dos corpos - o doutor Polidoro propunha a quarentena, também poderia ocorrer o contrário. Segue o diálogo entre os quatro personagens:

- Desculpe-me, Hermírio, mas não posso ficar calado. Quero discordar da totalidade da teoria exposta pelo doutor. Ela falseia todos os dados que temos...Este... princípio psi (no romance, uma suposta predisposição genética a AIDS, verificável em homossexuais) é uma hipótese absurda!

Calma, Leo...

Doutor Serra, o senhor é um tanto leviano!

Absolutamente, doutor. Não posso concordar com uma tese que parta de uma predisposição genética, que nunca foi comprovada, para demonstrar que os eventuais doentes de Aids devam ser confinados em... campos de concentração.

-Eu disse estabelecimentos de quarentena! Não distorça as minhas palavras. É muito obvio que há uma predisposição genética fundamental...

-Isto é pura especulação. O agente etiológico é um vírus...

-Ah, um vírus! Sim, um vírus que ataca anormais.

Anormais? – até Hermírio espanta-se. – Calma, calma... Assim não poderemos ir muito longe – disfarça com moderação.

-De fato, caros doutores, a exaltação de ânimos serve apenas para semear a confusão e a polêmica – fala pausadamente Claudionélio – É claro que a doença em questão é um nítido aviso da natureza contra os abusos cometidos contra a moral. É preciso meios para combater os corruptos, os perversos, os prostituídos, os pecaminosos. Acabemos com a promiscuidade, ou seja, com a infidelidade conjugal e teremos resolvido parte do problema. Mas não é apenas o adultério que é responsável por este flagelo que se abate sobre os pecadores. Temos que lutar contra os defensores da libertinagem, do sexo livre, do aborto, da pornografia... A Aids é um justo castigo aos infiéis.

-Sim,  
 padre, é verdade – suspira Felix, desolado. - A moral cristã está abalada. Surpreende-me como, em nome da caridade, muitos falam com tanto carinho da doença, e com que violência condenam os doentes... (DANIEL, 1987c, p. 226).

Assim, através da ficção, Daniel se dirigiu a médicos e religiosos, para que repensassem suas formas de atuação perante a AIDS. Ou ao menos as problematizassem, discutissem, e não simplesmente enveredassem pelo caminho da medicalização ou o “combate aos pecaminosos”, como sustenta, na ficção, Claudionélio e Polidoro.

Toda esta série de discursos se abateu na década de oitenta sobre os homossexuais. Para Daniel, estes se portaram erroneamente, visto que negaram a existência da AIDS no grupo e sustentaram a crença de que a doença era uma conspiração moralista para extermínio dos homossexuais (DANIEL, 1986, p. 110-111). Obviamente, perante o discurso muitas vezes homofóbico e o altíssimo número de casos de HIV positivo que surgiam dia após dia no meio homossexual, a negação é compreensiva. Mas para Daniel, isso levava a tentativa de isenção do problema.

No texto “Eu mudei muito meus hábitos sexuais”, de 1987, Daniel afirmou que depois de 1985, a AIDS passou a ser considerada um problema de pouca seriedade. Por isso, no meio homossexual, voltou-se a ter as “mesmas práticas” (DANIEL, 1987a, p. 7). Possivelmente Daniel se referia a não utilização do preservativo e a troca de parceiros, que são temas discutidos no mesmo artigo. Ele relembrou quando trabalhou na sauna em Paris, que um indivíduo tinha cerca de 10 a 15 parceiros por noite (DANIEL, 1987a, p. 7). Não por acaso, ele disse claramente que mudou suas práticas sexuais, pois não tinha somente medo de uma doença considerada incurável, mas também porque tinha consciência de que fazia parte de um coletivo, de um grupo, e que, a partir de um único relacionamento, caso fosse soropositivo, poderia começar uma cadeia de contaminação (DANIEL, 1987a, p. 7).

Sensacionalismo da mídia, moralismo católico, repressão e controle dos corpos por parte da medicina, e aceitação de tudo isso pelos mais atingidos ao longo da década de oitenta: os homossexuais. O que estava em jogo não era o extermínio homossexual, segundo Daniel, mas o *reforço do gueto*: “o grande perigo da utilização da AIDS numa guerra de extermínio, é a organização e higienização do ‘espaço homossexual’ escreveu ele (DANIEL, 1986, p.113). Citação que pode ser complementada com outro trecho, desta feita retirada de “A AIDS é um tigre de papel... higiênico”:

Sodoma precisa ser urbanizada e higienizada. Já andavam procurando um elemento capaz de justificar tal tarefa. Algumas doenças serviram como balão de ensaio. Ainda ressoa o fantasma da hepatite B, do herpes... a SIDA afinal pôde se prestar a interpretar o papel da 'peste', da tragédia sanitária que justifica o esforço de remodelação arquitetônica. O mito AIDS, o monstro, o tigre, cumpre seu papel. Higiénico. Sodoma vai ter maiores ruas, Avenida central, calçamentos, suas perspectivas ousadas... E naturalmente uma branca e paternal polícia que vigia e aconselha o uso do roteiro da cidade (DANIEL, 1987, p. 59-60).

Todos estes discursos sobre AIDS, articulados na década de oitenta, foram percebidos negativamente por Daniel, pois não auxiliaram na busca de uma melhor compreensão dos aspectos sociais da doença. Talvez por isso, ele tenha trabalhado em conjunto com Herbert de Souza, o Betinho, na Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), organização não governamental que agregava intelectuais, cientistas, religiosos e militantes de demais grupos com o intuito de disseminar informações sobre a moléstia, assim como funcionar como um canal de acompanhamento das políticas públicas destinadas a sua prevenção e combate (NASCIMENTO, 2005, p. 93).

Além de ter formado a ABIA com Betinho, ele foi o fundador do Grupo pela Vidua, também ONG, mas que tinha uma atuação diferente da ABIA, como informa Dilene Nascimento (NASCIMENTO, 2005, p. 95): “teve como objetivo dar voz aos portadores do HIV e doentes de Aids, garantindo-lhes participação ativa e determinante nas políticas públicas sobre a doença e retirando-os da posição passiva e vitimizada comum na época”.

Foi na época da fundação do Pela Vidua que Daniel soube-se soropositivo. Até seu falecimento, em 1992, a impressão que se tem é de que o militante intensificou sua produção sobre a AIDS, e sobre a vivência soropositiva, como em “Vida antes da morte”, livro que reúne textos escritos em 1989, ou no famoso texto “O primeiro AZT a gente nunca esquece”, publicado em 1990 no Jornal do Brasil. Além do mais, suas idas a emissoras de TV para entrevistas e debates também aumentaram, e apareceu em programas como “Manchete Urgente”, “Globo Repórter”, “Roda Viva”, dentre outros. É este período da vida de Herbert Daniel que será tratado no capítulo que segue.

### **3 A vivência com a AIDS: discussões de Herbert Daniel sobre a soropositividade**

Este capítulo versa sobre os anos em que Herbert Daniel viveu como soropositivo. Tal período se estendeu de 1989 até a data de seu falecimento, em março de 1992. Neste espaço de três anos, ele continuou escrevendo diversos artigos sobre AIDS, prática, como apontado no final do capítulo 2, recorrente em sua trajetória desde os primeiros casos da doença no país, em 1983. Destacaremos a partir de agora, dois aspectos: primeiro como Daniel interagiu com a construção do novo tipo de pessoa, o “aidético”, com aqueles que o inventaram, e com os que o sustentaram.

Segundo Ian Hacking, as classificações que surgem em determinado momento não moldam totalmente a experiência dos indivíduos que nela se conformam. Se existem inúmeras ferramentas manejadas de forma a criar um novo tipo de pessoa, como mostramos no primeiro capítulo, existe uma utilizada pelos indivíduos em que a classificação se abate. Trata-se daquilo que Hacking chamou de “motor de resistência” que se relaciona principalmente com o conceito de “looping effect” por se tratar da tentativa, por parte do classificado, de retomar o controle sobre sua identidade. (HACKING, 2007, p. 312).

De fato, Hacking avisa que os alvos – as pessoas que se enquadram em determinada classificação - não podem ser pensados de maneira estática, e muitas vezes indivíduos classificados agem sobre os enunciados que tentam conformá-lo em uma identidade. Diz ele que “que nós tendemos a pensar os motores [de classificação] como dirigidos a alvos fixos. Os alvos, no entanto, não ficam parados” (HACKING, 2007, p. 312).

Um bom exemplo é o caso do transtorno de múltiplas personalidades. Hacking fez uma comparação, afirmando que em 1955 não existiam tais tipos de pessoas, mas diversas delas 30 anos após. Na década de setenta médicos começaram a notar que determinados indivíduos tinham mais de uma personalidade. Nesta época, eram somente 3. Foi cunhado o novo “tipo”. Quinze anos após, as pessoas, quando procuravam ajuda acreditando que sofriam do distúrbio, apresentavam cerca de 17 personalidades diferentes. Segundo o autor, esta diferença quantitativa foi apropriada por médicos, e este grande número passou a embasar o entendimento do transtorno de múltipla personalidade, isto é, a etiologia e o tratamento dispensado (HACKING, 2006). Ocorreu o looping, e a classificação foi alterada, por conta das ações dos próprios classificados.

Este é um exemplo em que a situação ocorreu de maneira pacífica, sem tensões. Precisamos verificar agora como ocorreu o looping effect direcionado de Herbert Daniel para as concepções dominantes sobre a AIDS e o soropositivo. De antemão, sabemos que a situação se passou de maneira um tanto mais tensa, e o retorno dado por ele a médicos, políticos, religiosos e pessoas ligadas à mídia, dentre outros, estiveram muitas vezes plasmados em críticas ácidas e embasados por fina ironia.

O outro aspecto que queremos destacar diz respeito à gestão da identidade, operado por Daniel. No segundo capítulo indicamos diferentes nuances que estruturaram sua identidade, a política, a vivência homossexual, seus embates com o meio médico e a apreensão sobre a AIDS quando ainda não havia contraído HIV. Agora, cumpre destacar de que forma a doença significou rupturas na experiência de vida construída até então por Daniel, e, ao contrário, em que medida foi apropriada de modo a compreender sua nova situação de soropositivo, ou, na época, “aidético”.

Antes, porém, é importante destacar o modo como tratar um tipo de documento que ainda não foi utilizado nessa dissertação: as fontes televisivas, ou seja, as entrevistas que Daniel concedeu, e, que comentou sobre sua soropositividade. A historiadora Germana Barata analisou a construção da AIDS a partir do programa “Fantástico”, da Rede Globo de Televisão.

Segundo Barata os meios de comunicação de massa são meios privilegiados para disseminar sentidos sobre uma patologia, e sustenta que a televisão é um dos principais dentre estes, justamente “pela multiplicidade de linguagens que oferece, pelo seu amplo alcance e acesso, e pela posição central que ocupa nos lares, ao redor da qual muitas interações sociais ocorrem” (BARATA, 2006, p. 116-117). Como ela mesma indica, em 2004 mais de 90% dos lares brasileiros possuía televisão. E ficava-se diante do aparelho por mais de quatro horas diárias; à leitura de um jornal era dispensada menos de uma hora (BARATA, 2006, p. 117).

Se no período analisado por Barata (1983-1992), “a TV pode ter influenciado fortemente a maneira pela qual as pessoas lidaram e se relacionaram com a doença e os doentes”, (BARATA, 2006, p. 119) além de ter oferecido histórias atraentes para o público, reportagens fantásticas e absurdas, por outro lado permitiu que paciente de AIDS recorressem até ela para dar depoimentos sobre a soropositividade, como foi o caso, por diversas vezes, de Herbert Daniel. Por isso, a TV também se presta como documento para a análise da experiência soropositiva.

### 3.1 O “Aidético” ou “aquele que vai morrer”: a compreensão de Daniel sobre a morte biológica e a valorização da vida

Já mostramos que, com o surgimento da AIDS foi criado um novo sujeito, o “aidético”. Indivíduo com características próprias, inicialmente de grupos já marginalizados, principalmente homossexuais, supostamente “promíscuos”. Mas, na época em que Daniel adoeceu, a percepção era que este “novo” indivíduo poderia ser qualquer um: a doença começava a se tornar geral. Era alguém que, também a partir de 1987/ 1988 tinha sua situação passível de tratamento por especialistas e que poderia voltar à normalidade. Mesmo assim, nada incomodou mais Herbert Daniel do que a suposição do “aidético” como alguém que em pouco tempo iria morrer: era um condenado a morte.

Foi um incômodo, primeiramente, pela própria consciência de que estava, a partir daquele momento, com uma doença grave, que se insistia em afirmar como letal. Possivelmente, nos primeiros dias após o diagnóstico, Daniel interiorizou este discurso. No livro de pequenos ensaios intitulado “Anotações à margem do viver com AIDS”, publicado em 1991, fica claro o processo que o levou do medo da morte à sua problematização. Inicialmente, ele parece ter sofrido bastante, principalmente por uma “perda antecipada” de seu companheiro, Cláudio. Isto se depreende do seguinte trecho:

Já que Cláudio não dói, invade-me uma jubilosa perturbação um tanto egoísta. É comigo, só comigo. O mundo não vai acabar. Esta constatação, chegada como alívio, imediatamente se transforma num pânico entumescido, numa espécie de sentimento de injustiça sem possibilidade de recurso. É porque o alívio me encheu de minha paixão por Cláudio, ela renasce, como toda paixão, que só o é porque é nascente, é brotamento inevitável. Minha paixão circunscreveu de forma massacrante a dor em mim e me deu o limite da minha morte. Estou morrendo. Estou perdendo. Vou ficar sem o Cláudio, e daí sem mundo. Paixões, todos os meus amores me mordem, sem piedade, arrancam pedaços de mim, arrastam minhas postas pelos cantos do meu mal-estar, ou seja, do meu estar no mundo. Todo prazer é participio passado, toda emoção é disfarce de perda e saudade. Não é a primeira vez que vejo uma injustiça contra a qual nada posso fazer. Já vi muitas, praticamente só vi injustiças. O mundo tem sido isto. Mas pelo menos a indignação me ajudava a suportar a impossibilidade de não ter armas para reagir. Agora, descubro que a indignação ataca minha dor, soma e acrescenta, não é um canal de extravasão: é um agulhão dançando no crescimento da própria injustiça. Meus recursos usuais mostram-se falhos. O mundo agora é outro. É porque estou morrendo (DANIEL, 1991g disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011).

Tão logo se soube doente, Daniel aceitou o fato de uma morte certa. Mas pouco a pouco ele começou a se questionar sobre a morte, ou melhor, num primeiro momento,

sobre a morte biológica. Em entrevista concedida ao Programa de Televisão “Manchete Urgente” (CEDOC ABIA, MANCHETE URGENTE, 1989), Daniel declarou:

Parece que a gente tem AIDS e está sabendo que vai morrer, que a gente vai perder coisas. E isso o Cláudio me ensinou, porque eu estava me enganando e pensando coisas erradas. Na hora eu não pensei nada disso. Depois, eu tive uma saudade gigantesca de café com leite. Eu tomei um café com leite e chorei, foi uma das poucas vezes que eu chorei, porque eu tinha saudade daquele gosto. E eu falei, ‘porque não aproveitar agora e não sentir saudades depois?’ um dia eu estava assistindo televisão, estava assistindo o desfile das escolas de samba, e eu estava muito comovido com a beleza das escolas de samba (...) ‘você está triste porque?’ [pergunta de Cláudio]. Eu fiquei meio triste assim. ‘você está triste porque’ [nova pergunta de Cláudio]. Daí eu virei e falei: ‘porque eu estava vendo isso e ano que vem eu não vou ver, vou perder’. Ai ele falou comigo assim: ‘você não vai perder nada. Quem vai perder sou eu que vou estar vendo isso sem você. Eu vou estar muito triste. Eu vou perder’. Eu aprendi que é isso. O outro é que perde! A gente não perde a vida. O outro perde a vida que a gente tem. Então o medo que a gente tem não é de perder a gente, é de perder a outra pessoa que a gente ama. Então é aquela saudade antecipada. A saudade do café com leite, a saudade do Cláudio, a saudade dos meus amigos. A saudade de você, que agora eu estou amando [se referindo a repórter]. Então, é essa coisa que bateu comigo. Então eu achava que o medo que a gente tinha antes de morrer, era o medo de perder. Mas não é o medo de perder. O medo, o pânico é de uma coisa muito física da dor, que a gente têm. E depois, a saudade que a gente vai tendo das coisas vai obrigando a gente a viver e sobreviver. E isso pode ser muito instrutivo pra gente. Então a minha idéia é mesmo dizer que pra morrer a gente precisa ter o ato do companheirismo das pessoas, pra que essas pessoas dêem a mão pra gente nessa passagem pro nada.

Ele nunca negou a morte biológica. Ao contrário, por diversas vezes afirmou categoricamente que não acreditava na cura para a AIDS, e que ele próprio não teria muito tempo de vida (CEDOC ABIA, MANCHETE URGENTE, 1989). Mas até por isso, o que deve ser ressaltado neste aspecto individual de Daniel, foi a tentativa de inserir, ou reinserir, a morte na vida. Dito de outra forma, ele passou a discuti-la socialmente, e a afirmar que era um acontecimento que afetaria a vida de qualquer pessoa.

Neste sentido, Daniel chamou a atenção para a transitoriedade do humano, a fragilidade da vida, e, mesmo por isso, a necessidade de se viver intensamente. “Viver é morrer” e a AIDS seria somente mais um risco na perigosa caminhada humana:

Os dias ferem, o último mata – adverte um velho provérbio. Por isto, não sou sobrevivente. Costumam falar que o doente de Aids é um *terminal* e tem uma curta *sobrevida*. Se sou terminal, é como um rodoviário, cheio de chegadas promissoras e partidas para as mais formidáveis e apaixonadas estradas dos vivos. Não tenho sobrevida, tenho uma vida de sobra, a única da qual poderei deixar o rastro de uma paixão que sempre moveu em mim alguma coisa imóvel que se enraizou no fundo de um lugar que eu costumava chamar de peito (...) Não será a Aids que me trará inapetência. Apenas me situa, como a explosão de uma verdade corporal, na impermanência. Algo que sempre vivi, mas não sentia (...) Tenho certeza que a maioria dos doentes de Aids passam a viver apaixonadamente, desde que sabem que estão doentes. Muito ingenuamente muitos crêem que esta paixão decorre da explosão da



certeza da verdade da morte. Como se o que sobrasse ao doente fosse o último cigarro antes da queda da lâmina, antes do tiro de misericórdia. A morte não é uma verdade. A morte é nada. A verdade que rebenta, nesta curiosa descoberta, da nossa mortalidade, descoberta fútil e óbvia (mas o óbvio é obscuro neste mundo de alienações) a verdade que eclode é a significância da vida. Antes da morte (DANIEL, 1994, p. 23-24).

E, páginas a frente, reiterou o fato de a AIDS ter recolocado a morte em seu lugar, na vida. “Este é um aprendizado que a doença traz, e, parece-me, nenhuma crença na imortalidade da alma traz alívio para o barro que descobre seu destino de pó” (DANIEL, 1994, p. 26)

Com a AIDS, e com a certeza da morte biológica, Daniel compreendeu a importância de se viver “aqui e agora”. Por isso afirmou, em entrevista ao Grupo GAPA da Bahia, que “entendia que era mortal” e que “nada tinha entendido sobre a morte”: “Entendi apenas que a vida não é o que será quando o tempo escoar, mas é o que é no instante em que você faz a vida, aqui e agora (...) Portanto deve haver intenção, intensidade, que a gente mesmo fabrica” (DANIEL, s.d, p. 2). Ocorreu uma urgência em se viver o presente. Por isso, a gestão do tempo: o futuro foi por ele anulado, e um eterno presente se instaurou:

Meu futuro não será meramente um acúmulo hierarquizado de coisas, mas a intensidade de sua implantação no presente. Não será mais uma abstração, uma suposição de coisas a vir. Tornou-se um compromisso com o momento presente, o instante imediato (DANIEL, 1990c, p. 5).

É patente nesta discussão sobre morte, que Herbert Daniel estava em direção contrária àquilo que Norbert Elias, Claudine Herzlich e Philippe Áries mostraram sobre a tendência, que ocorre a pelo menos quatro séculos, de se recalcar a morte (ver páginas 32-34 desta dissertação). A soropositividade fez com que Daniel, ao contrário, a discutisse, a problematizasse e a fizesse circular socialmente.

E evidentemente, este aspecto de sua argumentação levava conforto a quem adoecia por conta do HIV. Mas Daniel não descobriu somente o caráter mortal do humano. Por sua experiência como militante político, ex-clandestino e ex-exilado, percebeu que a AIDS também era usada como forma de exclusão, de negação do soropositivo. Em um termo mais utilizado por ele, uma espécie de “clandestinização”:

Senti imediatamente que não estava morrendo de AIDS – uma das condições ligadas ao processo de infecção pelo HIV. Estava morrendo de uma outra coisa, também chamada ‘aids’ e que era uma construção social muito complexa que me levava a admitir o ostracismo, a separação, o banimento, enfim, o que chamei de ‘morte civil’, a ausência de todos os direitos humanos. O que será que nos leva a nos alienar de forma tão absoluta de nossas experiências concretas? (DANIEL, 1990c, p. 3-4).

### 3.2 A morte em vida e a “vida antes da morte”: a luta de Daniel contra a “morte civil” imposta ao “aidético”

Neste sub-item a intenção é mostrar como Daniel respondeu a questão colocada na citação acima, bem como as formas como lutou contra a construção do “aidético”, isto é, o soropositivo visto como um ser fadado a morte. Foi a partir de sua soropositividade que ele desenvolveu noções como “vida antes da morte”, ou então as frases que iniciava e encerrava suas palestras e entrevistas, “tenho AIDS e estou vivo” e “viva a vida”, respectivamente – esta última inclusive se tornou lema, na década de noventa, do Programa Internacional de Combate a AIDS, da Organização Mundial de Saúde (CEDOC ABIA, MANCHETE URGENTE, 1989). Ademais, aprofundou outros conceitos, como o de “morte civil”, que perpassou quase todos os seus textos escritos depois de 1989.

Para Daniel, o doente de AIDS era, ao menos no Brasil, condenado a uma espécie de “morte em vida”. Falou sobre isso em uma entrevista por ele concedida ao Grupo GAPA, da Bahia (s.d.c, p. 1-2), quando o tema abordado foi justamente o termo “aidético”. A pergunta dos entrevistadores, por si só, foi interessante:

GAPA: Há um tempo, no Encontro Nacional entre GAPAS, você falava quanto à necessidade do soropositivo e do paciente com AIDS resgatar a cidadania perdida no rótulo que a sociedade lhe impunha de “aidético”. Fala pra gente do teu processo de gritar pro mundo que não és um zumbi.

HD: “Aidético” é uma palavra que serve para acentuar as características da doença em detrimento da pessoa humana que está doente. Ninguém é “aidético”; as pessoas têm aids, estão com uma doença. Os piores preconceitos contra o soropositivo, doente ou não, são os que o condenam à morte civil. O “aidético” é um ser sem nome e sem história. Portanto, quando falo que estou vivo, quero dizer que sou um cidadão que tem um nome e uma história. É uma militância radical em defesa da vida, com o objetivo de combater todas as condenações à morte civil imposta pelos preconceitos e pela discriminação.

Uma boa definição de “morte civil” aparece na dissertação de mestrado defendida por Fernando Seffner, em 1995. Influenciado pelas concepções de Daniel, o sociólogo escreveu que existiam dois tipos de “mortes”, concomitantes, a que estava sujeito o soropositivo: “morte anunciada” e “morte civil”. Assim ele define este par conceitual:

“Morte anunciada” como sendo a situação de contínua lembrança da morte, presença constante da idéia de encurtamento da vida, do abreviamento do espaço de vida. “Morte civil” como sendo aquela pressão que desata a partir da sociedade, do Estado e dos outros indivíduos no sentido de cercar as possibilidades de vida civil do portador de HIV (SEFFNER, 1995, p. 11).

Ambos os conceitos nortearam Daniel. A idéia de encurtamento da vida é clara em seus escritos, por isso tentou reinseri-la na vida. Mas a “morte civil” novamente a

ele se apresentou: exclusão parece ter marcado sua trajetória social. Sentia que novamente alguém alhures o estava condenando ao exílio. Ele mesmo afirmou que “viveu” diversas mortes. Na guerrilha “a morte na bala, na tortura” ou como homossexual, um excluído da sociedade de longa data (DANIEL, 1991g, p. 20 disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011). E depois, nova exclusão: pois, no tempo em que viveu soropositivo para o HIV, foi considerado um “aidético”.

A “morte civil” imposta ao “aidético” para Daniel ocorreu em diversos momentos na sociedade brasileira. Um ótimo exemplo está em sua discussão sobre a distribuição gratuita de AZT. Em torno do remédio, segundo ele, existia a percepção social de que somente prorrogava a vida do doente de AIDS por um curto período. Era um modo paliativo para alguém que inexoravelmente encontraria a morte. Como Daniel afirmou, em artigo em que comentou o momento em que passou a usar o remédio, datado de finais de 1990:

O que mais me surpreendeu foi o fato de não ter percebido o mais grave dos efeitos colaterais do AZT: a fantasia de que se trata de uma droga ‘terminal’, a droga do fim dos tempos, o remédio do irremediável. O cavaleiro apocalíptico que segue o outro, indicado também por uma sigla cosmopolita, AIDS (DANIEL, 1990b, p. 8).

E aqui vale notar um aspecto interessante: se algumas vezes, entre 1989 e 1990 ele afirmou que não teria muito tempo de vida, o que denotava a aceitação da morte biológica, em outras oportunidades, a partir de meados de 1990, afirmou que a doença estava em vias de se tornar, se não curável, ao menos tratável, e se transformava em uma moléstia crônica, principalmente com a popularização do AZT. Somado a isso, Daniel tentou desmistificar os sintomas causados pelo HIV, quando afirmou que nem sempre ocorriam aqueles apresentados por “catastrofistas” (termo de Daniel) (CEDOC ABIA, ENTREVISTAS COM HERBERT DANIEL, 1990). Ele depositou uma fé enorme no AZT. Tentando desconstruir a idéia de que o AZT era um remédio que nasceu “para não curar a incurabilidade”, ele afirmou que:

AZT não é um compromisso com a morte. É um pacto com a vida, com uma terapêutica que por enquanto tem demonstrado alguma eficiência. Não é o que queremos como solução. Mas é aquilo com que podemos contar com alguma segurança atualmente (DANIEL, 1990b, p. 9)

Mas se a morte biológica podia ser contornada com a utilização do remédio, a “morte civil” foi sustentada de todas as maneiras, principalmente pelo governo. Herbert Daniel repreendeu veementemente o fato de que às vésperas de 1991, não existia, segundo sua argumentação, nenhuma vontade governamental no sentido de distribuir o

medicamento gratuitamente aos pacientes de AIDS. “Isto é simplesmente um crime”, denunciou ele (DANIEL, 1990b, p. 9). Diversas vezes se dirigiu especificamente ao então Diretor da Divisão de DST/AIDS, Eduardo Cortes, para que não fosse omissivo e desenvolvesse uma política que efetivamente melhorasse a vida dos soropositivos. Daniel foi mordaz com Cortes: “Se ele quer fingir-se de morto, nós, os que somos condenados à morte civil, por sua política de descaso, estamos vivos e protestamos. Estamos sim responsabilizando-o pessoalmente por esta calamidade e exigindo que ele tome medidas imediatas” (DANIEL, 1991c).

Ademais, ele generalizou a “culpa”, e passou a exortar os governantes a compreender de uma vez por todas que a AIDS era tratável, e com estratégias corretas, como a distribuição do medicamento em rede pública, poder-se-ia conferir a cidadania e o respeito àquele que sofria por conta do HIV (DANIEL, 1990b, p. 10). Em suma, era uma estratégia contra a “morte civil”.

Mas a equipe do então Presidente Fernando Collor parece não ter dado ouvidos à Daniel, por dois motivos. Primeiro porque em 1991, Eduardo Cortes autorizou o aumento do preço do AZT que era comercializado no Brasil. Naquele ano, um frasco com 100 comprimidos passou a custar 190 dólares, o que significou um aumento de 70% em relação ao valor que era cobrado até então (DANIEL, 1991a, p. 1). Daniel reiterava a crítica sobre o fato do aumento do preço sustentar a “morte civil”, já que excluía o soropositivo, mas alertava também para a falta de sensibilidade governamental, que não atentava para o fato de estar ajudando no próprio desenvolvimento da doença, sem ter uma estratégia nacional de enfrentamento, na qual se incluía a distribuição gratuita do remédio (DANIEL, 1991a, p. 1).

Daniel também chamou a atenção para o direcionamento usado pelos Governos José Sarney e Fernando Collor para construir campanhas de prevenção. Campanhas estas que, segundo ele, foram uma ode à “morte civil” imposta ao paciente de AIDS. Daniel parece ter ficado indignado com a propaganda que exibiu um homem e uma mulher apenas por seus contornos, e cada um com um alvo nas genitálias. Ele perguntou na época:

A quem quer atingir o Ministério? Quem é o inimigo? O sexo do cidadão? O cidadão infectado pelo vírus da AIDS? Mas o inimigo não será o vírus, não será a doença, não será a epidemia? Será que ninguém explicou ainda isto aos burocratas do Ministério? (DANIEL, 1991a, p. 1).

Ademais, sua argumentação era de que o Estado, com tal campanha, tentava se esquivar de sua responsabilidade de organizar um programa nacional de combate à

doença, deixando assim a responsabilidade de gerir a moléstia para a sociedade civil: “O governo entrega toda a atividade de prevenção à sociedade, ainda avisando: se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar” (DANIEL, 1991a, p. 2) – esta última frase era o lema da campanha.

Mas aqui, é necessária uma ressalva. Possivelmente quando Daniel comentou sobre a inexistência de um programa nacional de combate à moléstia, se referiu a uma suposta inoperância do mesmo, ou a falta de verbas para seu gerenciamento. Maria Cristina da Costa Marques mostra como entre 1987 e 1989 o Programa Nacional de Aids foi estruturado, muito embora de maneira autoritária, sem diálogo com a população (COSTA MARQUES, 2002, p. 53). Por outro lado, esta autora provavelmente corroboraria as críticas de Daniel feitas entre 1990 e 1991, pois afirma que no período em que a Presidência esteve com Fernando Collor de Mello, “no que se refere às ações contra a AIDS no Brasil (...) é referido na historiografia existente sobre o tema como um dos mais obscuros e desastrosos (...)” (COSTA MARQUES, 2002, p. 55).

Em relação ao Governo, as críticas de Daniel não se encerraram em sua argumentação sobre a falta de uma estratégia nacional de combate à AIDS. Ele ainda elencou, em “Alvos equivocados (enganos da Campanha Governamental contra a AIDS)”, diversos pontos falhos, que longe de auxiliar no esclarecimento e prevenção da enfermidade, somente tornaram mais fortes a exclusão e estigmatização do soropositivo.

Dentre os aspectos, ele destacou justamente o combate ao sexo e à pessoa com AIDS, e não propriamente à doença, além de estimular a desconfiança na população. Ora, para a pessoa que convivia com o vírus isso era terrível, já que acentuava seu caráter de clandestino, afinal, quem iria afirmar que possuía em seu corpo o HIV? (DANIEL, s.da, p. 3). Isto ficou evidente quando ele analisou a frase “a aids pega você”: como a moléstia se personificava, quem “pegava” era uma pessoa real, e não um vírus (DANIEL, s.da, p. 2). Ademais, as campanhas pecavam por ausência de informações básicas e pela ausência de beleza. (DANIEL, s.da, p. 2).

Mas como Daniel se sentiu perante o pequeno filme, apresentado no primeiro capítulo, em que um rapaz afirmou que, por ter AIDS, não tinha cura? Seguramente pensou que o Governo agia, de fato, contra o soropositivo:

Bom, mas eu fui envolvido pessoalmente nessa guerra do Ministério contra a dignidade e a inteligência. No final de novembro (de 1990) recebi uma carta de uma agência de publicidade, que presta serviços à DPZ (sic), responsável pela confecção da campanha (...) Pediam-me aí que fizesse o papel do ‘aidético’ que declara que não tem cura, pois, segundo a argumentação deles,

nenhum ator aceitara até aquele momento participar do filme, para ‘não queimar sua imagem’... Como provavelmente eles me consideram um ‘aidético’ (e não uma PESSOA com AIDS), posso queimar a vontade minha imagem, pois já estou morto mesmo (...) O filme continha em bruto todos os piores preconceitos contra a doença e contra os doentes. Era um insulto a todas as pessoas vivendo com AIDS. Para mim, depois de todo o esforço que venho fazendo nos últimos anos, para transmitir uma mensagem de esperança e valorização da vida, ter sido convidado era um ultraje que me afetava pessoalmente. Seguramente, nunca me prestaria a participar de um tipo de filme que é um decreto de morte civil para os soropositivos, que é um grito de desesperança e uma exibição grosseira da estupidez humana (DANIEL, 1991d, p. 1).

Mas as queixas e críticas se dirigiam também ao campo médico, sempre visto com maus olhos por Daniel. O motivo para a denúncia foi a forma como recebeu a notícia de que era HIV positivo. No texto “Quarenta segundos de AIDS” (DANIEL, 1994, p. 15), antes mesmo de relatar o ocorrido, ele dá pistas de como seria o tom de sua exposição:

O mais espantoso, escrevo esta página para protestar contra isso, foi o despreparo absoluto do médico que me deu a notícia. Este sim. Ilustre representante de uma medicina fósil que tem mais de terrorismo do que ciência, não está preparado para lidar com pessoas, doentes ou não; está preparado para lidar com aparelhos, bactérias, tortura e assassinato.

Denunciava ele a falta de humanismo dos médicos tal como se apresentava no tratamento de pacientes de AIDS. “A competência técnica de um médico é um humanismo, não um treinamento de reflexos condicionados” (DANIEL, 1994, p. 16), ele explicou. Foi um médico que o deixou nu por meia hora, depois de ter colhido mostras de sua saliva, que o comunicou, por eufemismos, que estava com AIDS – disse que Daniel estava com *Pneumocistis Carinii*, o que se confirmou depois um diagnóstico errado: “Muito provavelmente ele viu a *P. Carinii* através dos óculos da minha homossexualidade” (DANIEL, 1994, p. 17).

Segundo ele, a medicina reforçava a “morte civil” imputada ao soropositivo, da mesma forma como fazia o Governo. Mas Daniel também atacou. Longe de fazer uma denúncia vazia de um médico apenas, ele direcionou sua argumentação para toda a medicina, mais precisamente para seu caráter limitado, exposto pela AIDS. E mais do que isso: novamente tentou destruir a idéia de medicalização:

Horror – foi exatamente o que senti. Tinha diante de mim uma máquina de diagnóstico, uma aparelhagem médica desumanizada, que poderia, de repente, me prender em suas engrenagens e me levar a algo bem mais terrível do que a Aids: à indignidade de uma morte vazia, hospitalar, seqüestrada de mim como experiência vital. Temi sobretudo o futuro que aquela monstruosidade me previa. Sabia que ia estar sujeito a uma série de infecções, e tive medo de ter, por causa disso, de ficar sujeito ao totalitarismo dessa geringonça médica dirigida por essa corja de especialistas da desumanização (...) Saí daquele escritório transtornado. Quarenta segundos

de Aids. Escapei. Cláudio, meu companheiro, me esperava aqui fora. Meus amigos me esperavam. A vida me esperava. E livre-me daquela pavorosa doença que me matou por quarenta segundos. *Escapei. Com a convicção de que é preciso libertar desse jugo outros doentes. A Aids real é um caso muito sério para ser tratado por “médicos”, por essa medicina que a Aids veio provar que falhou* (DANIEL, 1994, p. 17-18).

O final da citação lembra realmente, o fato de a AIDS ter colocado em xeque a medicina ocidental, crente de que doenças infecciosas estavam aprisionadas no passado. Mas é legítimo destacar que em outros textos Daniel chamou a atenção para a existência de outros médicos que trabalhavam em prol de uma medicina democrática, que sustentava o paciente como agente ativo de sua cura, e não uma vítima (DANIEL, s.d.c, p. 2).

Vale destacar também a reedição de algumas de suas críticas à Igreja Católica, que também haviam sido desenvolvidas no período “pré-soropositividade”. No texto publicado postumamente, em dezembro de 1992, “AIDS a reação terrorista”, ele novamente criticou o Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro, D. Eugênio Sales por defender o vírus e não as pessoas por ele atingidas, o que atrapalhava a prevenção e maiores informações sobre a moléstia, além de reforçar a morte civil imposta aos soropositivos, já que o HIV continuava sendo visto como um castigo divino que tinha como objetivo punir os pecadores (DANIEL, 1992, p. 3).

Com base nisso, Daniel destacou algo importante. Se de fato, a sociedade agiu de maneira errônea em relação ao soropositivo, é possível pensar que aqueles que se tornavam pacientes da AIDS faziam de tudo para esconder sua nova condição, o que levava, inclusive, a um auto-exílio, a interiorização e aceitação dos preconceitos e da negação. Disse Daniel que:

Nestes últimos anos tenho observado que a tendência à clandestinização, à fuga paranóica da própria doença se tornam elementos importantes na destruição da qualidade de vida das pessoas com AIDS. Nada tem melhorado nesse campo. As pessoas se escondem. Estão submetidas a mecanismos de vergonha, medo e culpa que as impedem objetivamente de escolherem formas de terapia adequadas a seus casos. E mais ainda, tornam-nas clandestinas inclusive com seus parceiros sexuais. Muitos optam por uma forma cruenta de inexistência social. Desistem. Abandonam a idéia fundamental de que são cidadãos, com direitos adquiridos. Ora, a clandestinização, em suas formas obsessivas (...) tem sido uma das maneiras de facilitar o espraiamento do vírus (DANIEL, 1990c, p. 9-10).

E por isso é necessário voltar a atenção para um trecho de uma citação expressa acima: “é preciso libertar desse jugo outros doentes”. Assim, contra a morte civil do soropositivo, o que Daniel propôs?

Em meio a uma noite febril, uma séria crise em decorrência do HIV, ele tomou consciência de que algo contra a AIDS, principalmente aquilo que ele identificou como “aids” – os discursos discriminatórios e preconceituosos que atingiam o soropositivo DANIEL, 1990c, p. 14-17) deveria ser feito:

Neste exato instante, não sei mais a diferença entre AIDS e morte. Sorrio, dizendo-me que não há nenhuma diferença entre uma coisa e outra. Por causa disto, subitamente alarmo-me, tomo-me de novo uma inquietação racional. Começam a nascer perguntas aguilhoantes, deste tipo de pergunta que tira o sono, que grasma e range. Então, de tudo que aprendi nos últimos tempos, a única coisa que sei mesmo é que o novo nome da morte é esta sigla oca, bárbara e dissonante? Sinto-me perfeitamente enganado, encontro um lado na injustiça que é o tradicional, que é aquele onde um injusto, mesmo que não seja uma pessoa ou coisa, onde a fonte da injustiça é identificável e provavelmente vencível. Rola uma rebelião que faz voltar a dor inteira, que torna miserável o corpo, estou aos farrapos, mas rebrilhando numa armadura contra alguma coisa que me parece ser muito bem conhecida. Não é a morte. Nem a doença AIDS. É a aids. Estou deixando, até agora, que falem em mim. Não vou deixar. Eu falo... aids... Agora falo. Faço um comentário, em voz alta. Rouca, minha voz parece ter perdido a maleabilidade. Começo a discursar. Rebento o sono de Cláudio que estremunhado não entende quase nada da catilinária que então sentado na cama. Cláudio acorda e eu reclamo do mal-estar. É preciso fazer alguma coisa, não estou nada bem, estou ruim, parece que vou até morrer, mas não é AIDS não; é preconceito! Começo a reclamar, rabugento, irritado. Ah, não, tão pensando o quê? Alguém faça alguma coisa, assim não fico, acho isto um absurdo, uma escamoteação, não é possível que não tomem providências. Tenho inspiração para um comício. Portanto, faço um comício. Cláudio se perturba com tamanha exaltação, aconselha posições na cama e chás e comprimidos. Rio. De verdade, começo a rir, com uns esgares que não se parecem com nenhum riso, mas é uma autêntica gargalhada. Sinto-me ridículo, tenho noção de ser patético (DANIEL, 1991g, p. 13 disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011).

Daniel conferiu, assim, enorme importância à fala do soropositivo. Este deveria se manifestar contrariamente ao que veiculavam sobre a doença, principalmente seu suposto caráter “letal”. Não foi mera coincidência o fato de Daniel escrever diversos artigos depois de saber de sua soropositividade, conceder inúmeras entrevistas e frequentar diversos programas televisivos, alguns de enorme audiência, como “Globo Repórter” e “Programa Jô Onze e Meia”, da Rede Globo, ou então “Manchete Urgente”, da Rede Manchete. Em tais momentos, aproveitou para desconstruir os enunciados dominantes sobre a “aids”. Percebe-se, inclusive, uma luta pelas “verdades” acerca da moléstia. Se o Governo, por exemplo, auxiliava na “morte civil” e no reforço da construção do “aidético”, Daniel tentava oferecer a população outra visão. Como ele informou:

Este foi o primeiro momento em que percebi o valor da palavra emitida: adoecemos com as palavras, temos delas sintomas, retiramos da definitiva seta lançada pela boca estratégias muito ricas. Foi também um instante em



que comecei a decidir que na fala eu criaria as armaduras para a função de desconstruir a aids que me envolvia e depois envolveria mais e sempre (DANIEL, 1991g, p. 8-9 disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011).

Páginas acima, comentamos sobre as falas de Daniel a respeito do fato de algumas pessoas, que contraíam o HIV, aceitarem tacitamente a violência a que eram submetidos, renegando básicos direitos. Estes destinavam sua vida à clandestinidade. No segundo capítulo, pôde-se perceber como Herbert Daniel simplesmente abominava tal situação, inclusive vivida por ele tanto no Brasil como em países da Europa. No caso da AIDS, não seria diferente. O indivíduo HIV positivo deveria se pronunciar com um claro objetivo: não se tornar um exilado.

Inclusive, não deveria aceitar outros “inimigos”, como “a piedade (e a autopiedade), misericórdia e abstenção” (DANIEL, 1990c, p. 12). Daniel se explicou, não sem uma dose de ironia:

Posso dizer, sem medo de errar muito, que há um certo conforto, no receber o suave olhar dos que nos amam e nos escolhem como os mortos preferenciais. Somos bajulados por um certo cerimonial de corpo presente, muito mais incômodo para os oficiais do que o defunto vivo. Mas o preço a pagar por este conforto é o conformismo. É um caminhar sem rebelião para as regiões mais ásperas da morte civil. Por mim, decidi que prefiro ser um cadáver incômodo. Um cadáver bem comportado deixa-se enterrar logo, com algumas velas e lágrimas. Diante da guerra do mundo da AIDS, temos de nos tornar cadáveres rebeldes. Por uma questão de desobediência civil. Por uma questão de resistência pacífica. Por uma forma de fazer política que vá contra a política de implantação piedosa da morte civil. Como ato político, quero ser um morto impertinente que não empunha verdades definitivas, que duvida e busca e que entoa hinos de viva a vida. Sou um objetor de consciência de uma guerra covarde que deve ser extirpada da Terra (DANIEL, 1990c, p. 12-13).

O processo de aceitação dos estigmas decorria justamente das mitologias que cercavam a AIDS. Tais metáforas, articuladas no eixo “contagiosa, incurável e mortal” (DANIEL, 1994, p. 10), também se ligavam a noções de pecado e culpa. Contra isso, pragmaticamente Daniel indicou os modos de agir do soropositivo:

Para combater a morte civil, o doente tem que romper as barreiras da clandestinidade. Acredito que todos nós temos de nos curar da vergonha, da culpa e do medo. Por isto, é necessário que as pessoas com AIDS não se escondam, mostrem-se como são. Falem de sua situação. Formem grupos de auto-ajuda e participação social. Estes grupos, destinados a combaterem a morte decretada da clandestinidade, não servirão apenas para a terapia de seus membros. Servirão, principalmente, como terapia para uma sociedade que adocece com a discriminação (...) (DANIEL, 1994, p. 11).

Ou seja, “um ato político”. Daniel tentou ser o arquétipo, o modelo de como um indivíduo soropositivo deveria se portar socialmente. Por isso, sua árdua tentativa de

desconstruir as metáforas da AIDS, afirmando que a doença poderia ser evitada, não era sinônimo de morte certa, já que a terapia se desenvolvia rapidamente (DANIEL, 1994, p. 11-12). Por isso também, escreveu um post scriptum para Eduardo Cortes, no texto “Crônica de um insulto”, ironizando-o, quando afirmou que gostaria de fazer um filmete em que os governantes apareceriam falando: “Eu tenho preconceito. Eu tenho cura (...) a solidariedade vai me curar desses meus preconceitos” (DANIEL, 1991d, p. 2).

Da mesma forma, Daniel se expressou quando organizou manifestações, filmadas pela Rede Bandeirantes, em que se dirigiu ao Governador do Estado do Rio de Janeiro, para que fizesse algo, como campanhas de prevenção coerentes, permitisse a testagem gratuita e anônima, elaborasse uma política de medicamentos efetiva e trabalhasse democraticamente em conjunto com a população (CEDOC ABIA, ENTREVISTAS COM HERBERT DANIEL, 1990).

Trabalhar em conjunto com a população, significava para Daniel o abandono de políticas “terroristas” – termo que usou diversas vezes ao longo de seus textos - e começar a agir calcado na solidariedade. Esta palavra também passou a fazer parte constantemente do vocabulário de Herbert Daniel após ter se tornado soropositivo. Ele a definiu como “aquela capacidade de reconhecer e alegrar-se com a diferença, aquele dom de olharmos uns nos olhos dos outros e constatarmos, caso a caso: este é tão diferente que é tão humano quanto eu” (DANIEL, 1990c, p. 19).

Ele exortava a coletividade a perceber que o soropositivo ainda era “igual”. Deveria ser acima de tudo um cidadão, com direitos fundamentais respeitados, que tinha direito a vida, e que poderia ensinar com sua experiência. Talvez por isso, a propagação da solidariedade tenha se centralizado em uma ONG, o Grupo Pela Vidda, fundado por ele em 1989. Este grupo, mostra Dilene Nascimento, tal como a ABIA, confrontava o Estado, apontando falhas na forma como este entendia a epidemia, além de ter criado uma assessoria jurídica, um “disque-aids” para disseminar informações sobre a doença, e desenvolvido encontros de pessoas que conviviam com o vírus HIV (NASCIMENTO, 2005, p. 97).

Mas talvez o aspecto mais marcante do “Pela Vidda” foi o objetivo de conceder a palavra aos próprios soropositivos. Segunda ainda Nascimento, também informa que a ONG comandada por Daniel “teve como objetivo dar voz aos portadores do HIV e doentes de Aids, garantindo-lhes participação ativa e determinante nas políticas públicas sobre a doença e retirando-os da posição passiva e vitimizada comum na época” (NASCIMENTO, 2005, p. 95). O “Boletim Pela Vidda”, periódico do grupo, começou a

publicar em 1991, depoimentos de soropositivos em todas as suas edições (NASCIMENTO, 2005, p. 97).

A fundação do “Pela Vidda” e muitos outros que não convém citar aqui, no Brasil, fez parte de um movimento global: “as pessoas com HIV e Aids falarem por si mesmas, não mais por intermédio de terceiros” (NASCIMENTO, 2005, p. 95). Segundo Dennis Altman, desde o começo da epidemia surgiram grupos que propagaram esta tendência, primeiramente entre os gays, passando a serem desenvolvidas também entre prostitutas, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos (ALTMAN, 1995). Como ele afirma:

É impressionante a extensão da mobilização que a epidemia causou entre as pessoas mais afetadas (...) A epidemia produziu uma extraordinária quantidade de criatividade, atividade política e cuidado apaixonado, em um nível bem popular, em praticamente todos os países onde há a possibilidade de organização comunitária (...) Mas sem o trabalho diário de centenas de milhares de pessoas em todo o mundo, em todos os tipos imagináveis de esforço comunitário, o impacto da epidemia seria considerável (Ibid., p. 23-24).

No caso específico de o “Pela Vidda”, a grande influência para sua criação foi o grupo norte americano People With AIDS Coalition (PWA Coalition). Este teve como grandes articuladores Michael Callen e Bobbi Campbell, de Nova York e São Francisco respectivamente. Em 1985, eles formularam o “Denver Principles” e a nova identidade resistente das Pessoas com AIDS (em inglês, People With AIDS – PWAs)” (BASTOS, C, 1996, p. 93). O “Denver Principles”, recusava o “rótulo de vítima, o que implicava um defeito, e uma quebra com o conceito de paciente, que implica passividade, caridade e dependência do cuidado de outros” (PWA Coalition, APUD BASTOS, C, 1996, p. 93).

Fica evidente a interpenetração entre o que argumentava Daniel, e o PWA Coalition, dos Estados Unidos. Patente também o fato de o “Pela Vidda” ter ajudado inúmeras pessoas, como caso estudado por Dilene Nascimento, da mãe que perdeu um filho em decorrência da AIDS, e conseguiu reconstruir sua vida a partir do Grupo, chegando inclusive a ser Coordenadora do Grupo de Mulheres daquela Instituição (NASCIMENTO, 2005, p. 98). Vale lembrar que Dayse Agra, a mãe, soube da existência do “Pela Vidda”, por meio de um depoimento televisionado de Herbert Daniel. Foi o impulso que ela precisava. (NASCIMENTO, 2005, p. 98). Talvez, naquele período, alguém oferecendo um discurso diferente sobre a AIDS, era o que a sociedade necessitava.

### 3.3 Não somente uma “peste gay” ou doença dos “grupos de risco”: um trauma da civilização

Algo que ainda não foi comentado, mas de extrema importância, é o peso que a homossexualidade teve para Daniel quando se tornou soropositivo. No segundo capítulo ficou claro que esta temática foi por ele discutida, porém, antes de adoecer. Sua recorrência diminuiu após a soropositividade. Vale lembrar que a partir de 1987, coletivamente começou-se a perceber a potencialidade que o vírus HIV tinha de atingir a todos, e a AIDS começou a se tornar “geral”. Herbert Daniel adoeceu dois anos após.

Somado a isso, se empenhou em desconstruir o conceito de “homossexualidade”, ou seja, de que ela como prática social não se verificava empiricamente, e o que existia eram diversas vivências (homo) sexuais. Mesmo o advento da AIDS, para muitos, em boa parte da década de oitenta, a “peste gay”, não o fez considerar a homossexualidade uma “identidade”; ao contrário, abordava em seus textos aquela relação automática também para desconstruí-la – como poderia existir “peste gay” se tampouco existiam “homossexuais”?

Por isso cremos que após a soropositividade, Daniel se voltou definitivamente para a discussão *somente sobre o soropositivo*, independente de orientação sexual, gênero, uso ou não de drogas injetáveis. De fato depois do adoecimento é difícil sequer encontrar a palavra “homossexual” em seus textos.

Isto fica evidente, por exemplo, com a fundação do “Pela Vidda”, como indicado acima. Mas não apenas por isso. Se a transição da década de oitenta para a de noventa foi o momento em que pulularam organizações formadas por soropositivos também foi - e por causa disso - a época de afirmação da identidade soropositiva. Veriano Terto Júnior( 1997, p. 65-66) mostrou como duas concepções, desenvolvidas principalmente por ONG/AIDS, embasaram esta identidade no tempo em que Daniel foi soropositivo.

Existiu uma nomeada “específica”, que caracterizava “pessoas vivendo com AIDS” somente aqueles que fossem soropositivos. As ações, fossem de auto-ajuda ou militância, eram desenvolvidas pelos mesmos, e grupos formados a partir desta perspectiva, como o Grupo de Incentivo a Vida (GIV) no Brasil, focavam muito mais, mas não exclusivamente, a ajuda dispensada a indivíduos com crises após receber o resultado que evidenciava a doença, ou então que passavam pela iminência da morte, sofrendo com as infecções oportunistas (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 83-88). Ademais, indivíduos identificados com essa perspectiva deveriam auxiliar na disseminação de informações de prevenção junto aos soropositivos. Tais grupos eram engajados

politicamente. O Grupo Patrocine a Vida, de Santos, por exemplo, conseguiu que um importante medicamento fosse distribuído gratuitamente para a população local (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 88).

A outra concepção, “universalista”, dizia que “pessoa vivendo com AIDS” era todo e qualquer sujeito, fosse soropositiva ou soronegativa (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 66). Ainda uma vez, Terto Júnior afirma ter sido justamente Daniel quem criou esta definição, que foi:

Além da situação clínica dos indivíduos, pois ‘soropositivos’ seriam não apenas aqueles como vírus no sangue, mas também seus amigos, familiares, amantes, e por extensão todas as pessoas sob risco de contrair HIV. Mais do que a presença do vírus, seria a solidariedade entre *todos os cidadãos* o que mobilizaria a comunidade para enfrentar os desafios impostos pela epidemia (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 69).

Tratava-se de uma estratégia para mostrar que o soropositivo era igual a qualquer outra pessoa, e que o fato de conviver com um vírus não deveria significar a perda de direitos. Caso isto ocorresse, caracterizaria uma violação dos direitos humanos, portanto algo que dizia respeito a todos (TERTO JÚNIOR, 1997, p. 69-70). Como visto no segundo capítulo, a questão dos direitos humanos e cidadania foi muito cara à Herbert Daniel.

Mesmo sendo o criador da concepção universalista da identidade soropositiva, Daniel aponta que no início houve uma relação automática entre AIDS e homossexualidade, relação esta operada principalmente pela mídia: “os jornais anunciavam como ‘peste gay’ ou ‘praga gay’. A notícia chegou, com algum alarde, através da morte de alguns homossexuais mais ou menos conhecidos, que tinham, por acaso, vivido algum tempo nos Estados Unidos” (DANIEL, 1990c, p. 6) Mas afirmou que a associação entre homossexualidade e AIDS não vingou justamente por causa do alastramento da doença para demais segmentos sociais (DANIEL, 1990a, p. 3).

Todavia, ele argumentou que isto não queria dizer que as pessoas passavam a perceber a AIDS de maneira menos preconceituosa. Ao contrário. Brincando com as palavras, Daniel afirmou que “GRID” significava, em inglês, grelha ou grade, que serve justamente para mapear, controlar algo. No caso, não mais o homossexual, mas o soropositivo:

É como se estivessemos mapeando, através de uma ‘grade’, um determinado tipo de comportamento social, e depois pegando um animal ao qual prestaríamos ‘ajuda’. É um pouco essa idéia terrorista da AIDS, do grupo de risco: vamos pegar esse grupo de risco na nossa rede e vamos ajudá-lo, ou seja, ajudá-lo a morrer, não mais do que isso. No Brasil, nos países de língua

latina, a palavra teria que ser SIDA que é um sufixo muito interessante, para uma civilização suicida, ou homicida, ou genocida (DANIEL, 1990a, p. 4).

Era a divisão entre normal e anormal, o “eu” e o “outro” – geralmente o vilão, como a história da AIDS mostra bem – que Daniel destacava. Considerar o heterossexual como passível de contrair HIV não significava mudança substancial na epidemiologia da doença, já que, caso se tornasse soropositivo, possivelmente seria visto como um heterossexual “desviante”, alguém de comportamentos reprováveis. Como Daniel afirmou:

(...) o grupo ‘haitiano’ foi abandonado como conceito de ‘grupo de risco’. Assistimos, posteriormente, a emergência de outros ‘grupos de risco’, como os ‘heterossexuais’... A exemplo dos homossexuais, que não eram apenas homossexuais, mas ‘maus homossexuais’ ou homossexuais promíscuos. São pessoas que têm muito sexo. Agora, os heterossexuais que adoecem são heterossexuais, prostitutas, prostitutos, ou clientes que os procuram (DANIEL, 1990a, p. 3).

Ou seja, a idéia de grupos de risco continuou sendo reproduzida no Brasil, fato que ocorria desde o começo da doença. Somente mudavam os grupos, ou melhor, outros eram agregados aos segmentos passíveis de contrair HIV.

Mas é preciso lembrar que Daniel viveu um período de transição. Se a AIDS começava a ser percebida como geral, ainda existiam resquícios do discurso sobre grupos de risco, ou sobre um deles. Por isso afirmou que o problema era a adoção de modelos explicativos para a moléstia. Ou melhor, do paradigma norte americano – europeu, que afirmava somente a transmissão do HIV por intermédio de relações homossexuais. A crítica aqui se dirigia, mais uma vez, ao governo brasileiro, que, mesmo com todas as evidências de que a AIDS se tornava geral, sustentava tal idéia, sem levar em consideração, por exemplo, o que ocorria na África e nas Antilhas, em que o número de casos da enfermidade era muito maior entre heterossexuais.

O governo federal, ao incorrer em tal erro, fechava os olhos para uma modalidade de transmissão grave que ocorria no país, isto é, por intermédio do sangue. Além, é claro, de sustentar que o HIV continuava restrito a poucos grupos. Daniel questionava algumas estatísticas apresentadas pelo governo, a propósito da AIDS:

Vemos na ‘dança’ dos números que não podemos confiar absolutamente em nenhuma das estatísticas brasileiras. Estas tentam se adequar ao modelo e não vice versa. Aqui no Brasil, há um caso como o de sangue. Em consequência da gravidade da situação do sangue, um genocídio foi cometido contra os hemofílicos, contra milhares de pessoas que foram transfundidas com sangue podre por causa da ganância de traficantes. Temos essa parte importante no modelo brasileiro que o nosso governo faz questão de obscurecer (DANIEL, 1990a, p.4).

Ademais, ele lembrou algo importante. Cada país tinha suas peculiaridades, e era de acordo com elas que as respostas deveriam ser engendradas, e não a partir de modelos:

A epidemia entre nós vai se desenvolver de acordo com características culturais bem próprias. Bem próprias de nossa cultura sexual, bem próprias de nossos recursos materiais e simbólicos para enfrentar as doenças e a saúde, bem próprias de nosso preconceito e de nossa capacidade de exercer a solidariedade. A aids se inscreve em cada cultura de um modo distinto. Cada cultura constrói sua Aids própria e específica, bem como suas respostas a ela (DANIEL 1994, p. 23).

Aparentemente, ocorre algo paradoxal. Daniel estaria propondo também um modelo para compreensão da AIDS. Mas isso é enganoso. Tratava-se muito mais de retórica para criticar o Estado. Para ele o vírus não deveria ser percebido como deste ou daquele grupo, mas sim em seu mais alto grau de generalidade: um vírus humano, patrimônio de toda a humanidade:

(...) abandonados os 4hs, surge agora outro (mais uma vez brinco com as palavras): o H, o I e o V. O vírus da imunodeficiência humana. Agora o H é humano. Portanto, cuidados humanos, não é? De certa maneira recuperamos a idéia de que não se trata de uma minoria que vai ter essa doença, mas que essa é uma doença que pode atingir todas as pessoas (DANIEL, 1990a, p. 3).

Não importava mais a maneira como determinado indivíduo havia contraído HIV. Tão pouco, a que segmento se identificasse. Salutar era perceber que se tornara doente que deveria ter seus direitos garantidos. Esta questão fica evidente numa fala de Daniel sobre a condição do homossexual e da mulher na epidemia, em entrevista concedida ao Programa “Roda Viva”, da TV Cultura:

Mesmo que a doença atingisse só homossexuais, homossexuais são cidadãos completos e devem também... eles devem entender a gravidade do problema, eles devem se precaver sim, eles estão em risco sim, mas não acho que é uma questão só de homossexual não. *Acho que a questão da homossexualidade é uma questão que eu estou discutindo junto com a AIDS, junto com muitas outras.* A questão da mulher, por exemplo, a mulher tem sido permanentemente discriminada na questão da AIDS. A AIDS é tão estudada no campo masculino que parece que é uma doença masculina. Então, quando aparece um caso de AIDS na mulher, é muito mais difícil de tratar, porque foi definida a partir de critérios muito masculinos. Então, a mulher com AIDS sempre sofre a condição de estar sendo mais discriminada (CEDOC ABIA, PROGRAMA SEM CENSURA, 1991b).

Mas seria contraditório afirmar somente o caráter da AIDS geral no pensamento de Daniel. Afinal, como escrito a pouco, o indivíduo soropositivo poderia ser uma mulher a soropositivo: ainda assim, existia a possibilidade de ser considerada “promíscua”, e possivelmente teria sua “morte civil” decretada. Ademais, afirmar que ele discutia a AIDS somente do ponto de vista de quem tinha o vírus, equivaleria a ir

contrariamente ao pressuposto, aceito no começo deste sub-item, de que ele se filiava à concepção “universalista”.

Por isso, é importante reconhecer que Daniel criticava os discursos mais preconceituosos contra o soropositivo, como a construção do “aidético”, mas também que ele não corroborava totalmente as apreensões, na época, mais democráticas e inclusivas. Isto porque, a AIDS não era somente um problema de quem fosse atingido pelo HIV. Era também de quem não era soropositivo, quem talvez nunca fosse contrair o vírus. Em consonância com a “identidade soropositiva universalista”, Daniel afirmou que a doença era um mal da civilização do final do século XX, do final do segundo milênio.

Isto fica evidente na questão dos modelos explicativos. Não existiam modelos para se compreender a doença, tão pouco de quem contraía o vírus HIV. Diz Daniel sobre isso que:

Se entendermos a epidemia *como fato mundial*, não podemos falar de forma alguma, que essa epidemia tenha um modelo em que o homossexual desempenha um papel mais importante que o heterossexual. *Não dá para dividir assim, como não dá para dividir o mundo em doentes e saudáveis. Como não dá para dividir o mundo em mortais e imortais* (DANIEL, 1990a, p. 4).

Assim, somente se a AIDS fosse considerada universal, existiria espaço para a construção da solidariedade:

O ponto inicial de orientação estratégica nos leva a divulgar que temos que viver com a AIDS. A AIDS está entre nós, é uma doença nossa, não é uma doença do outro, do alheio. VIVEMOS TODOS COM ELA. A educação de que a doença é um problema comum de toda a humanidade, gera uma estrutura de enfrentamento de onde surgem as raízes da solidariedade social (DANIEL, 1991g, p. 20 disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011).

No segundo capítulo discutimos que o propósito de Daniel era banalizar a AIDS. A doença deveria ser vista como mais um problema, pois assim, talvez, não se criassem tantos discursos em torno daqueles que se tornavam soropositivos. Por isso, depois que ele próprio adoeceu, começou a afirmá-la como um fato mundial em meio a outros problemas de finais de século XX, que a humanidade não soube resolver. No Brasil, por exemplo, não era somente a AIDS, mas também o problema da democracia:

Segredos da desordem deste país. Não há ninguém, nem mesmo o mais insensível burocrata do Ministério da Saúde que não saiba que estamos às vésperas de um desastre. Afinal, dir-me-eis, este é um retrato do país. O Brasil está convulsionado, atordoado, desbussolado (preciso importar este termo, o país merece). Minha gente, somos um bando de agulhas sem norte e o palheiro foi organizado por economistas e tecnoburocratas. Um país que não amadureceu processos de transformações estruturais desenvolve for- mas



supremas e elásticas da perplexidade. Poucas certezas podem ser entrevistas: por exemplo, a democracia emergente está sendo submetida a uma plástica violenta. Amputações, ablações de órgãos, transplante de membros. A música de fundo imita vendaval e trovoadas, para atemorizar corações doces. Não é ventania e corisco. Tudo é um efeito especial cinematográfico de sopro nos castelos de papel. Inclusive papel-moeda. Os últimos leques do império são fabricados com títulos do tesouro. Em papel de rascunho (DANIEL, 1991g, p. 19 disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011).

Mundialmente, era a falência do socialismo, e a emergência de uma social democracia populista, criticada por Daniel (DANIEL, 1991g, p. 16 disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011.). Uma sociedade decadente ao longo do século em que surgiu a AIDS:

O ‘olhar da época’ é o reconhecimento coletivo da falência de algumas promessas quebradas do século XX. A promessa da vida eterna fornecida pela tecnologia médica, a promessa de vida saudável e da juventude imbatível dada pela publicidade, a promessa de um sexo sem culpa, nem conseqüências dada pelas ilusões de uma suposta liberação sexual, a promessa de prazeres dada pelas explorações de áreas sombrias do corpo e da mente, e muito mais. O ‘olhar da época’, que escolhe em mim o morto preferencial, é o sintoma de uma consciência dolorosa, um pequeno broto do que deva ser a consciência crítica sobre a AIDS como crise de nossa civilização (DANIEL, 1990c, p. 11).

É extremamente interessante notar que, se Daniel era contrário à construção de metáforas acerca da AIDS, aqui é como se a doença exatamente funcionasse como metáfora, mas desta feita para a sociedade mundial. Para ele, viver aquele período, significava “viver hoje a crise de estertor de uma civilização que parece estar no fundo do seu barril (...) Viver hoje é, entre outras coisas, viver com AIDS. Ou há quem duvide disso ainda?” (DANIEL, 1990c, p. 21).

Enfim, o que se percebe é que ele tentou oferecer uma nova visão da doença e daqueles atingidos por ela. Uma concepção é preciso dizer, mais humanista, isenta de preconceitos e que indicava a responsabilidade de todos no combate à AIDS. Mas, também é preciso questionar: ele conseguiu interferir na forma como a moléstia era compreendida?

### **3.4 A herança deixada por Daniel: mudanças na percepção social da AIDS e do soropositivo após seu falecimento**

Daniel faleceu no dia 29 de março de 1992, com 45 anos. O fato teve ampla repercussão, e diversos jornais importantes o noticiaram, como “O Globo” (01 abr. 1992) e “Jornal do Commercio” (31 mar. 1992), do Rio de Janeiro, “Folha da Tarde” (31 mar. 1992) e “Folha de São Paulo” (31 mar. 1992), ambos paulistas. Algumas das

chamadas são interessantes: “Multidão presta homenagem póstuma a Herbert Daniel”, escreveu *Tribuna da Imprensa*, do Rio de Janeiro (*Tribuna da Imprensa*, 31 mar. 1992) ou então “Morte que abalou”, publicada no “*Jornal da Tarde*”, de São Paulo (*Jornal da Tarde*, 09 abr. 1992). Isto demonstra que realmente Herbert Daniel foi uma pessoa importante na história da AIDS no Brasil, e tinha reconhecimento da população – a “*Tribuna da Imprensa*” informou que cerca de cem pessoas acompanharam o enterro (*Tribuna da Imprensa*, 31 mar. 1992).

Com base nisso, é perfeitamente possível afirmar que muito do que foi feito posteriormente pelo Governo, e a forma como a população brasileira passou a entender a AIDS, foi devido à atuação de Daniel. O que não quer dizer, por outro lado, que ele tenha agido sozinho. Basta lembrar, para citar outro notável da história da doença no Brasil, Herbert de Souza, o Betinho, que também escreveu artigos criticando a ação governamental, principalmente a respeito do problema dos bancos de sangue, e chegou a roteirizar um filme sobre um assunto caro à Daniel, a “morte civil”, intitulado “*Dia da Cura*” (ABIA/ IBASE, 1993). Também Caio Fernando Abreu, que à sua maneira, discutiu e desconstruiu a AIDS por meio de seus contos (BESSA, 1997), ou então concedendo entrevistas. Em uma delas, Abreu afirmou a necessidade de o soropositivo em “revelar-se” para “desmistificar a imagem aterrorizante da Aids” (VEJA, 5 jul. 1995, p. 5).

Isso para falar de alguns “notáveis”, mas quantas outras pessoas, voluntários na ABIA, no Grupo Pela Vidda, no Grupo Somos, dentre vários outros, não escreveram, promoveram manifestações, não auxiliaram demais soropositivos? Veriano Terto Júnior (1997, p. 113-229) entrevistou quatro indivíduos que estavam diretamente engajados na causa daqueles que viviam com HIV. A história da luta contra a AIDS no Brasil é, sem dúvida alguma, coletiva.

Mas a importância de Daniel não pode ser menosprezada pelo fato de existirem diversas pessoas que atuaram em prol de outra concepção sobre a AIDS e do soropositivo. Provavelmente ele foi um dos primeiros, senão o primeiro - como foi afirmado no programa “*Globo Repórter*” da Rede Globo (CEDOC ABIA, GLOBO REPÓRTER: ENTREVISTA COM HERBERT DANIEL E VALÉRIA LEWIS, 1991a) - a falar sobre soropositividade e tentar de desconstruir claramente as noções dominantes acerca da enfermidade.

Também por sua atuação, a partir de 1993 foram produzidas campanhas pelo Governo Brasileiro que, se não obstante foram criticadas por alguns aspectos (PAZ,

2006), não propagaram o medo e a desconfiança, tão pouco foi filmado alguém afirmando que iria morrer por conta da AIDS. Atualmente, para falar de outra doença grave, a hanseníase, o governo federal produziu cartazes com depoimentos de pessoas que puderam se curar por conta do tratamento rápido e eficaz e não algo como “tenho hanseníase e não tenho cura”.

Falando ainda de campanhas, elas se tornaram muito mais inclusivas, como mostrou Dilene Nascimento, buscando atingir diversos segmentos, como mulheres e jovens, e não mais somente homossexuais ou usuários de drogas – embora campanhas dirigidas a eles ainda hoje sejam produzidas (NASCIMENTO, 2005). Ademais, a estratégia foi de conscientizar, mostrando a importância do não compartilhamento de agulhas e do uso do preservativo.

Algo importante foi o planejamento e desenvolvimento do Programa Nacional de DST/AIDS, algo também tão solicitado por Herbert Daniel, objetivando o controle, prevenção e tratamento de casos de AIDS. Inclusive, alguns empréstimos foram feitos pelo Governo Brasileiro junto ao Banco Mundial, na década de 1990, os chamados projetos “AIDS I” e “AIDS II”. Maria Cristina da Costa Marques informa que “a proposta de empréstimo por parte do Banco Mundial perfazia o montante de U\$\$ 160 milhões, pagáveis em 15 anos, com uma contrapartida do Governo brasileiro de U\$\$ 90 milhões, somando o total de U\$\$ 250 milhões a serem aplicados no combate à Aids/HIV” (COSTA MARQUES, 2002, p. 58-59). Os objetivos para o investimento foram claros:

Os principais objetivos do programa, apontados igualmente no documento citado, eram: reduzir a incidência e transmissão de HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs); fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de DSTs e HIV/Aids no Brasil. Como estratégias para o alcance de tais objetivos, o projeto propunha definir um programa básico de prevenção para HIV e DSTs e identificar que intervenções nesse sentido seriam as mais eficazes; desenvolver um quadro de profissionais de saúde adequadamente treinados e equipados, capazes de diagnosticar, tratar e levar serviços importantes aos infectados pelo HIV e pacientes de Aids; estabelecer serviços de pesquisa e monitoramento do HIV/Aids e problemas de saúde conseqüentes (DSTs, tuberculose etc.); finalmente, o projeto apontava a necessidade de os municípios e estados brasileiros estarem envolvidos na execução do mesmo (COSTA MARQUES, 2002, p. 59).

Outro fato significativo realizado pelo Governo foi a distribuição gratuita na rede pública de saúde, dos remédios para o tratamento da AIDS, a partir de 1996. Como visto, anos antes, o objetivo foi o de aumentar os valores do AZT, algo criticado fortemente por Daniel.

Por fim, com a concepção de que a AIDS era um problema de todos, e que atingia indiscriminadamente a população, a percepção acerca do soropositivo mudou substancialmente. A visão do “aidético”, muito presente nos anos oitenta, parece ser algo superado. Até porque, com a distribuição dos remédios, a AIDS como uma moléstia letal se tornou ultrapassada no país. Logo, o soropositivo passou a ser percebido como alguém que poderia viver com qualidade de vida por muitos e muitos anos. Ademais, parece ter se arraigado no imaginário que a doença é geral, e não atinge somente grupos já estigmatizados, concepção corrente na década de oitenta.

Por outro lado, Veriano Terto Júnior sustenta que mesmo com arrefecimento da idéia de “peste gay”, ela tinha força suficiente para que causasse medo em muitos homossexuais, levando-os a preferir a morte do que afirmar a soropositividade e assim desvelar suas identidades sexuais (TERTO JÚNIOR, p. 53-54). Uma reedição da dupla “morte civil” imposta ao paciente de AIDS gay?

Isto lembra certo aspecto que Daniel chamava a atenção: o relacionamento entre paciente e médicos. Permanece sob a ótica da medicalização, ou o relacionamento entre médico e paciente está mais democrático? E de fato, a medicalização ocorreu como Daniel afirmava, ou os médicos pensando em ajudar, incorriam na “ditadura da medicina”? Difícil responder com certeza.

Atualmente, ainda ocorrem descasos em relação ao soropositivo. O site da ABIA informou em junho de 2011 que o medicamento Atazanavir faltava pela segunda vez no ano na rede pública de saúde do Rio de Janeiro (Disponível em <http://www.abiaids.org.br/noticias/destaqueView.aspx?lang=pt&seq=12992>, acesso em 14 jul. 2011). No mesmo site, também foi publicada a notícia de que uma paciente soropositiva não encontrou médicos que a atendessem em três hospitais cariocas. Além disso, teria sido tratada com descaso (Disponível em <http://www.abiaids.org.br/noticias/destaqueView.aspx?lang=pt&seq=13000>, acesso em 14 jul. 2011). Seria somente a falta de médicos, ou uma repetição do que ocorreu nos hospitais brasileiros durante os primeiros anos de AIDS, quando pacientes foram recusados?

Vale notar que nos primeiros anos do século XXI, notou-se que a enfermidade passou a atingir outros setores da população brasileira, notadamente pessoas menos favorecidas na escala social e econômica, vítimas da violação de direitos humanos, do tráfico de drogas, de preconceitos étnicos, etc. (BASTOS, F; SZWARCOWALD, 2000, p. 68-74).

Estes últimos aspectos indicam que a AIDS não deve ser banalizada, salvo no sentido que Daniel conferia a ela, isto é, como nada mais do que uma doença, não uma metáfora para comportamentos “reprováveis” ou para a morte. Mas ainda não chegou o tempo de desconsiderá-la como uma enfermidade grave, que continua atingindo as pessoas, alterando suas vivências e cotidiano.

Até por isso, resgatar a trajetória de Daniel e suas lutas é importante. Sua trajetória deve servir como exemplo, pois não sabemos quando outra moléstia tão grave irá surgir. Quando ocorrer, como a sociedade irá agir? Como tratará seus doentes? Olhando para a experiência de Herbert Daniel, talvez as ações de combate a ela, desde o começo, sejam mais humanas.

#### 4 Considerações Finais

Este trabalho teve como principal objetivo analisar a experiência soropositiva de Herbert Daniel. Questionou-se como este indivíduo, que se soube portador de HIV em 1989, e faleceu em 1992, reagiu às percepções de que a AIDS era uma doença própria aos homossexuais e que levava aquele que contraía o vírus inexoravelmente à morte.

A partir da discussão sobre “trajetória de vida”, tal como efetuada por Ângela Pôrto, percebemos que a soropositividade marcou rupturas na identidade de Herbert Daniel. Depois de 1989, suas discussões sobre morte biológica ganharam relevo. A proximidade da finitude o fez escrever sobre este tema com intensidade e originalidade que ainda não havia lançado mão. Nem nos textos em que relembrou os momentos vividos durante a ditadura militar – quando a possibilidade de morte parecia próxima – ele destacou discussões profundas sobre o ato de morrer.

Mas quando se tornou HIV positivo passou a chamar a atenção para a brevidade da vida e a transitoriedade do humano. Por isso as pessoas deveriam viver intensamente, cada segundo. Daniel se colocou contrariamente a tendência atual de recalcar a morte, quando passou a ocupar pouco lugar nas conversas cotidianas. Afinal, passou a provocar medo, asco, algo que não deve ser pronunciado. Desta feita, discussões sobre morte biológica se agregaram à sua identidade e marcaram uma ruptura em sua vida.

O mesmo aconteceu com a temática “homossexualidade”. Porém, este assunto, diferentemente da morte biológica, perdeu força em seu discurso. Algo que permeou seus escritos por toda a década de oitenta, principalmente devido a repressão secular impingida ao homossexual, e reforçada pelo advento da AIDS, foi deixado de lado – apesar de ainda aparecer em poucos momentos pós soropositividade.

Esta ruptura foi motivada, ao que tudo indica, pelo contexto em que Daniel adoeceu, época em que a moléstia começou a ser percebida como um problema de todos. Ocorreu também pela necessidade sentida por ele em desvincular a enfermidade de segmentos específicos e afirmá-la como universal. Se Daniel precisava ainda, entre 1981 e 1988 abordar a temática homossexualidade para desconstruir sua ligação direta com a enfermidade, depois de 1989 este tema passou a ser um empecilho, pois tocar no assunto “peste gay” poderia ir de encontro à identidade soropositiva por ele defendida.

Por outro lado, ainda tendo como norte a noção de “trajetória de vida”, é notório que a AIDS marcou continuidades na vida de Daniel, e muito de sua experiência anterior foi reforçada após 1989. Referimo-nos a sua identidade militante, e a

importância que a política teve em sua vida. No segundo capítulo mostramos suas ressalvas em relação tanto a ditadura quanto à esquerda brasileira, e seu repúdio à noção de vanguarda e à delegação de poderes. Para ele, a população deveria tomar o poder em suas mãos, por isso propôs a criação de grupos comunitários.

Especificamente sobre homossexuais, Daniel os exortou a saírem do gueto, assumirem-se, e conquistarem a liberdade e cidadania totais, com plenos direitos. Era contrário ao exílio e à clandestinidade, vivida por ele tanto geograficamente, por conta do período militar no Brasil, quando foi perseguido e precisou se refugiar na Europa, como pelo fato de ser homossexual, segredo escondido a “sete chaves” de companheiros de guerrilha, família, etc.

Esta discussão foi re-apropriada e direcionada ao soropositivo, quando Daniel os chamou dos esconderijos, fosse por vergonha ou sentimentos de culpa. Por isso criou o “Grupo Pela Vidda”, ONG que concedeu voz ativa aqueles que conviviam com a AIDS, fosse diretamente ou indiretamente – no caso de familiares. A criação do “Pela Vidda” foi um chamado para a retomada da cidadania, o repúdio ao exílio ou, para usar o termo que ele gostaria, à “morte civil” imposta ao soropositivo.

O vírus HIV, longe de debilitar Daniel, parece ter reforçado sua energia para a militância. Foi assim na pressão que exerceu junto ao Governo Federal por melhorias na condição de vida dos pacientes de AIDS, quando apareceu na TV concedendo entrevistas pressionando o Estado para que distribuísse gratuitamente o AZT. De maneira semelhante, protestou contra os responsáveis pelas campanhas de prevenção à doença que, segundo ele, fomentavam a “morte civil”. Nestas situações, em textos, entrevistas ou debates, Daniel sempre repetiu: “tenho AIDS e estou vivo”.

Assim, se discussões sobre morte biológica marcaram novidades em seu discurso e em sua identidade, as argumentações sobre “morte civil” ligaram-se a aspectos caros a Daniel desde os anos sessenta, como cidadania, democracia e liberdade.

Todavia, mostramos que Daniel não agiu somente em relação à política, mas também contra o poder médico, que se apropriava do corpo do cidadão, principalmente depois do advento da AIDS. Segundo ele, a doença teria ampliado o campo de atuação da medicina, que passou a esquadrihar o corpo do soropositivo. Eis a explicação para as denúncias do tratamento dispensado por alguns médicos às pessoas que conviviam com a Síndrome. Mostramos como Daniel escreveu um artigo para denunciar práticas médicas preconceituosas, usando si próprio como exemplo. Isto tem raízes mais antigas

e profundas. No livro “Passagem para o próximo sonho”, de 1982, em diversas passagens Daniel ridicularizou a forma como a medicina, em geral, agia face aos pacientes.

A mídia também foi questionada e repreendida por Daniel, por ter supervalorizado a AIDS. Durante a década de oitenta ele alertou para os perigos de tornar a moléstia algo grandioso e espetacular. Isso se tornou candente a partir do momento em que adoeceu, visto que a supervalorização da AIDS transformava-se em medo, pânico e preconceito, e Daniel corria o risco de ter direcionadas para ele tais práticas. Por isso continuou empenhado em chamar a atenção para a necessidade de se banalizar a síndrome e pressionou para que a mídia a apresentasse como *mais* um problema que afligia a população brasileira, e não como o *maior* deles.

Por fim, suas estocadas à Igreja Católica se mantiveram após o adoecimento. Se existiram em livros como “Alegres e irresponsáveis abacaxis americanos”, de 1987, em textos pós 1989, como “AIDS: a reação terrorista”, sua intenção de polemizar com D. Evaristo Arns continuaram. Daniel abominou a idéia de que a AIDS era um castigo, uma doença que surgiu segundo a vontade de Deus para punir e purificar quem se tornava soropositivo e que incorriam em práticas negativas, como promiscuidade, infidelidade e homossexualidade. Como Daniel argumentou diversas vezes, tal apreensão somente colaborava com a “morte civil” e atrapalhava a disseminação de informações corretas sobre proteção ao vírus HIV.

Portanto, a doença significou para Daniel rupturas e continuidades, obrigando-o a operar uma gestão da identidade. Atividade complexa, mas que lhe permitiu vivenciar algumas situações que se mostraram diferentes de tudo aquilo que havia vivido até aquele momento - a morte, por exemplo - e por isso foram enfrentadas a partir de novas idéias e argumentações. Contudo, a enfermidade significou permanências e reforçou seu caráter “militante”. Ele não procurou outra forma de agir ou trabalhar para dar sentido à sua nova experiência, como ocorreu com Manuel Bandeira, como mostrou Ângela Pôrto. Daniel, ao contrário, buscou em seu passado os elementos que permitiram enfrentar a situação de doente e contrariar argumentações discriminatórias desenvolvidas contra o soropositivo.

Neste trabalho também lançamos mão das ferramentas teóricas “making up people” e “looping effect”, desenvolvidos pelo filósofo Ian Hacking. No primeiro capítulo, apresentamos uma “história da AIDS”, como forma de contextualizar o período em que Daniel contraiu a doença, e perceber quais as pressões sociais que



pesavam no começo da década de noventa sobre o soropositivo. Lá, utilizamos o “enquadramento de análise” como propõe Hacking. Assim, percebemos como um novo tipo de pessoa foi construído, o “aidético” (“making up people”), sujeito fadado à morte certa e degradante, e que, pelo menos até 1987, era percebido como pertencente a algum dos “grupos de risco”. No Brasil, eram os hemofílicos, usuários de drogas e, preferencialmente, homossexuais, embora também tenhamos argumentado que na época em Daniel contraiu o HIV o perfil epidemiológico se alargava, culminando na consideração de que a AIDS poderia atingir qualquer pessoa.

No terceiro capítulo destacamos o conceito “looping effect”, par teórico de “making up people”, e que prevê o diálogo dos classificados com a classificação e seus criadores. Como mostramos, Daniel militou fortemente depois da soropositividade. Envolveu-se em discussões com a mídia, governo, igreja católica e médicos, justamente por acreditar que referendavam a “morte civil” aos pacientes de AIDS.

Ele propôs novas percepções sobre a moléstia. Ao falar sobre morte, algo que na época era um sinônimo para a doença, ele ofereceu uma diferente visão sobre a finitude humana, e a reinseriu nas discussões, denunciando seu recalque. Além do mais, depois de um período de aceitação da morte biológica, Daniel passou a afirmar que a moléstia estava em vias de se tornar crônica, justamente porque a terapia melhorava rapidamente, e por isso era errado afirmar somente seu caráter letal e incurável.

Daniel também argumentou que a AIDS não deveria significar exclusão social. Contra todas as acepções que negavam qualquer direito ao HIV positivo, ele afirmou a importância de dispensar a eles o tratamento que qualquer cidadão deveria receber, ser tratado com respeito e ter afirmadas todas as suas potencialidades. Mas principalmente, o soropositivo deveria ser tratado com carinho e com solidariedade, entendida por Daniel como a capacidade de respeitar e compreender a diferença.

Contra as assertivas que referendavam o conceito de “grupo de risco” ou então de “peste gay”, Daniel sustentou que a AIDS era um problema de toda a humanidade, daqueles atingidos pelo vírus, mas também de soronegativos. Para ele, a doença mostrou a falência de um modelo civilizacional e por isso deveria ser percebida ao lado de outras tantas catástrofes evidenciadas pela sociedade global do final do século XX.

Assim, Daniel foi um “alvo móvel”, como diz Ian Hacking. Ele foi uma pessoa importante e, em conjunto com outros, agiu sobre as “classificações” acerca da AIDS e do soropositivo. Obviamente, não podemos afirmar que somente isso foi um fator de mudança, mas não podemos deixar de pensar que atuações como a de Daniel ajudaram a

diminuir o preconceito e a negação que abatiam pessoas soropositivas, além de auxiliarem no esclarecimento das pessoas.

## 5 Bibliografia

### 5.1 Fontes

#### 5.1.1 Artigos e livros escritos por Herbert Daniel

DANIEL, Herbert. Às vésperas do AI-5exo. s.l, maio 1982a. p. 73.

\_\_\_\_\_. Os brotos invisíveis. s.l set. 1982b.

\_\_\_\_\_. Confissões de um eleitor semi-virgem. s.l. out. 1982c.

\_\_\_\_\_. Computa que partiu. s.l, dez, 1982d.

\_\_\_\_\_. *Passagem para o próximo sonho*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982e. 243 p.

\_\_\_\_\_. 1983: Aquela que virá. s.l jan. 1983a. p. 74.

\_\_\_\_\_. A síndrome do preconceito. In: DANIEL, Herbert; MICCOLIS, Leila. *Jacaré & Lobisomem: dois ensaios sobre a homossexualidade*. Rio de Janeiro: Achiamé/ Soggi, 1983b. p. 121- 133.

\_\_\_\_\_. *Meu corpo Daria um Romance*. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 395 p.

\_\_\_\_\_. Do tabu a tabuada. *Pasquim*, Rio de Janeiro, n. 752, 24-30 nov. 1985.

\_\_\_\_\_. A síndrome dos nossos dias. *Desvios*, s.l, n. 5, p. 108-115, 1986.

\_\_\_\_\_. Eu mudei muito meus hábitos sexuais. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 11 jan. 1987a. Caderno B, p. 7.

\_\_\_\_\_. A AIDS é um tigre de papel... higiênico. *Tema*, Rio de Janeiro, p. 52-63, out. 1987b.

\_\_\_\_\_. *Alegres e irresponsáveis abacaxis americanos*. Rio de Janeiro: Espaço e tempo, 1987c. 333p.

\_\_\_\_\_. Encarando o futuro. *Boletim Ação Anti-AIDS*, Rio de Janeiro, n. 6, p. 8-9, jun, 1989.

\_\_\_\_\_. Direitos Humanos e preconceitos: o caso da AIDS. s.l. jul. 1990a.

\_\_\_\_\_. O Primeiro AZT a gente nunca esquece. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 30 set. 1990b.

\_\_\_\_\_. When I get older... Rio de Janeiro, nov. 1990c. 17 p.

\_\_\_\_\_. Trégua para o triste tigre sem trigo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, fev. 1991a.

\_\_\_\_\_. AIDS: o imobilismo do medo e a resposta da solidariedade. *Boletim Ação Anti-AIDS*, Rio de Janeiro, n. 13, p. 3-4, mar. 1991b.

\_\_\_\_\_. AZT: O preço da omissão. *Última Hora*, Rio de Janeiro, 02 mar. 1991c.

\_\_\_\_\_. Crônica de um insulto. *Boletim Pela Vidda*, Rio de Janeiro, n. 9, v. 2, abr. 1991d. p. 1-2.

\_\_\_\_\_. Instrumentos da vida. *Boletim Pela Vidda*, Rio de Janeiro, n. 10, v.2, 1991e. p. 1-2.

\_\_\_\_\_. Vivendo e aprendendo com AIDS. *Universidade Aberta do Nordeste*. s.l. n. 1, p. 7, 27, set. 1991f.

\_\_\_\_\_. *Anotações a margem do viver com AIDS*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1991g. 20 p. Disponível em <http://reocities.com/Athens/acropolis/7051/leia.html#5> Acesso em 05 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. AIDS: a reação terrorista. *Boletim Pela Vidda*, Rio de Janeiro, n. 14, v. 3, dez. 1992. p. 3.

\_\_\_\_\_. *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro: ABIA. 2 ed. 1994. 30 p.

\_\_\_\_\_. Alvos equivocados (enganos da campanha governamental contra a AIDS). s.l, s.da.

\_\_\_\_\_. Close, Maluf, AI-5exo e outras bicharias. *Pasquim*, Rio de Janeiro, s.db, p. 13.

### 5.1.2 Periódicos

KAMEL, Ali; FONSECA, Celso; SANCHES, Valdir. Duplo clandestino. Homem de ação – mas tinha um segredo. *Afinal*, São Paulo, p. 20-21. 22 jul. 1986.

Os dois lados do beijo (Entrevista Herbert Daniel). *Okzinho*, s.l, jun. 1986

Multidão presta homenagem póstuma a Herbert Daniel. *Tribuna da Imprensa*, Rio de Janeiro, 31 mar. 1992.

Herbert Daniel. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 31 mar. 1992.

Escritor Herbert Daniel morre aos 45 de AIDS. *Folha da tarde*, São Paulo, 31 mar. 1992.

AIDS mata aos 45 o escritor Herbert Daniel. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 31 mar. 1992.

Enterro. *Globo*, Rio de Janeiro, 01 abr. 1992.

Morte que abalou. *Jornal da Tarde*, São Paulo, 09 abr. 1992.

ENTREVISTA GAPA/ BAHIA (Entrevista Herbert Daniel). Grupo de apoio aos portadores de AIDS, Salvador, s.d. 2 p.

Revista *Isto É*, referente aos anos de 1983 a 1996

Revista *Superinteressante*, referente aos anos de 1987 a 1996

Revista *Veja*, referente aos anos de 1983 a 1996

### 5.1.3 Vídeos

ABIA/ IBASE VÍDEOS. Dia da Cura. [filme-vídeo]. Rio de Janeiro. 1993. 1 DVD. 23 min. color. son.

CEDOC ABIA. *Campanhas Oficiais de Prevenção*. [filme-vídeo]. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). s.d. 1 DVD. 30 min. color. son.

\_\_\_\_\_. *Entrevistas com Herbert Daniel*. [filme- vídeo]. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 1990. 1 DVD. 10 min. color. son.

\_\_\_\_\_. *Globo Repórter: Entrevista com Herbert Daniel e Valéria Lewis*. [filme-vídeo]. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 1991a. 1 DVD. 45 min. Color. Son.

\_\_\_\_\_. *Manchete urgente*. [filme-vídeo]. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 1989. 1 DVD. 45 min. color. son.

\_\_\_\_\_. *Programa Sem Censura: entrevista com Herbert Daniel*. [filme-vídeo]. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 1991b. 1 DVD, 95 min. color. son.

### 5.1.4 Atos Normativos

Brasil, Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988; *Documento do Ministério da Educação*, Brasília, DF, jan. 1989. 292 p.

BRASIL, Portaria nº 21 de 21 mar. 1995. Organiza e orienta o acesso aos medicamentos para o combate à AIDS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 27, p. 4179, mar. 1995.

Disponível em:

[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_espelho\\_consulta.cfm?id=3396100&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo\\_norma=27&numero=21&data=&dataFim=&ano=1995&pag=1](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3396100&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=21&data=&dataFim=&ano=1995&pag=1) Acesso em 19 jan. 2010.

BRASIL. Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 nov. 1996. Disponível em [www.senado.gov.br/legislacao/](http://www.senado.gov.br/legislacao/) Acesso em 19 jan. 2010.

## 5.2 Referências bibliográficas

ALMEIDA, Maria Rita de Cássia Barreto; LABRUCINI, Liliana Maria. A Trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contadas pela história oral. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.

ALTMAN, Dennis. *Poder e Comunidade*. Respostas Organizacionais a culturais à AIDS. Tradução de Hugo Melo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS-UERJ, 1995. 220 p.

ARIES, Philippe. *História da Morte no Ocidente*. Da Idade Média aos nossos dias. Tradução de Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ARRUDA, Gustavo Alfredo. *O câncer de mama no alvo da moda*. Análise publicitária do IBCC. Marília, 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação). Faculdade de Comunicação, Educação e Turismo, Universidade de Marília, Marília, 2006.

BARATA, Germana. O Fantástico apresenta a AIDS ao público. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de; MARQUES, Rita de Cássia (orgs.). *Uma História Brasileira das doenças/ II Seminário História das Doenças*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. p. 116-146.

BASTOS, Cristiana. *Transnational Responses to AIDS and the global production of Science: a case-study from Rio de Janeiro*. Nova York, 1996, 399 p. Tese (Doutorado em Antropologia) – City University of New York, Nova York, 1996.

BASTOS, Francisco Inácio. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 104 p.

BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 65-76. 2000.

BELMONTE, Pilar Rodriguez. *Uma História da Homossexualidade: ciência e contra-ciência no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2009. 224 p. Tese (Doutorado em História). Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. p. 22-23.

BESSA, Marcelo Secron. *Histórias Positivas. A literatura (des) construindo a AIDS*. Rio de Janeiro: Record, 1997. 140 p.

\_\_\_\_\_. *Os perigosos. Autobiografia e AIDS*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2002. 440 p.

CAMARGO JÚNIOR, Keneth Rochel. Aids e a AIDS das ciências. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 35-60. 1994. Disponível em <[http://www.coc.fiocruz.br/hscience/vol1\\_1.htm](http://www.coc.fiocruz.br/hscience/vol1_1.htm)>

\_\_\_\_\_: *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências. O discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS UERJ, 1994b. 207 p.

CASTRO GOMES, Angela de. Escrita de si, escrita da História. A título de prólogo. In: \_\_\_\_\_ (org): *Escrita de si, escrita da História*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. 380 p. Introdução, p. 7-24.

CODATO, Adriano Nervo. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. *Revista de Sociologia política*, Curitiba, v. 25, s.n, p. 83-106, nov. 2005.

CORDEIRO, Janaina Martins. Anos de chumbo ou anos de ouro? A memória social sobre o governo Médici. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 43, p. 85-104, jan-jun. 2009.

CORRÊA, Anderson Rodrigues. *No escurinho do cinema... Sobre HIV/AIDS, gênero e sexualidade em filmes hollywoodianos*. Porto Alegre, 2007. 149 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2007.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

COSTA MARQUES, M.C. da. Saúde e Poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, out. 2002. p. 41-65.

\_\_\_\_\_: *A história de uma epidemia moderna. A emergência política da AIDS/ HIV no Brasil*. São Carlos: RiMa, 2003; Maringá: EDUEM, 2003. 174 p.

ELIAS, Norbert. *A solidão do moribundos, seguido de envelhecer e morrer*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

FACHINI, Regina. Movimento homossexual e construção de identidades coletivas em tempos de AIDS. In: PARKER, Richard Guy; RIOS, Luiz Felipe; UZIEL, Anna Paula. (orgs.) *Gênero. Identidade e comportamento em tempos de AIDS*. Rio de Janeiro/ Pallas – Programa em Gênero e Sexualidade IMS/ UERJ, 2004. 211 p. p. 151-167

FICO, Carlos. *Além do golpe: a tomada do poder em 31 de março de 1964 e a ditadura militar*. Rio de Janeiro: Record, 2004. 392 p.

FILHO, Cláudio Bertolli. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.6, n. 3, p. 493-522, Nov. 1999-Fev. 2000

FOUCAULT, Michel. *A História da Sexualidade I: Vontade de Saber*. Tradução de Maria Theresa da Costa Albuquerque e Guilhon Albuquerque. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 152 p.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil*. Agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: 34, 2000. 256 p.

GASPARI, Elio. *A Ditadura Envergonhada*. São Paulo: Cia da Letras, 2002. 507 p.

GINZBURG, Carlo. *O fio e os rastros. Verdadeiro, Falso, Fictício*. Tradução de Rosa Freire d'Aguiar e Eduardo Brandão. São Paulo: Cia das Letras, 2007. 454 p.

HACKING, Ian. Kinds of people: moving targets. *Proceedings of British Academy*, n. 151, 2007, p. 285-318.

\_\_\_\_\_. Making up people. In: London review of Books, Londres, v. 28, n. 16, 17 ago. 2006. Disponível em <<http://www.generation-online.org/c/fcbiopolitics2.htm>> Acesso em 22 out. 2010.

HERZLICH, Claudine; PIERRET, Janine. Uma doença no espaço público. A Aids em seis jornais franceses. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 71-101, 2005.

HERZLICH, Claudine. *Os encargos da morte*. Tradução de Jane Dutra Sayd. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS. Série Estudos em Saúde coletiva, n. 52.1993. 40 p. p.

HORA GÓIS, Sérgio Bosco. Olhos e ouvidos públicos para atos (quase) privados: a formação de uma percepção pública da homossexualidade como doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 75-99, 2002.

INSTITUTO HERBERT DANIEL. Militantes históricos. Disponível em: <<http://herbertdaniel.blogspot.com>>. Acesso em 20 mar. 2011.

MACHADO, Roberto et.al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAINWARING, Scott; LIÑAN, Aníbal Pérez. Disciplina partidária: o caso da Constituinte. *Lua Nova Revista de Cultura e Política*, São Paulo, s.v, n. 44, p. 107-136, 1998.

MELO, Marcos Ribeiro de. *Etiqueta em ambientes de pegação*. Fronteiras e normalização do movimento homossexual brasileiro. 2009. 14 p. Disponível em <<http://www.ram2009.unsam.edu.ar/GT/GT%2019%20%E2%80%93%20Perspectivas%20Antropol%C3%B3gicas%20sobre%20Sexualidades,%20Salud%20y%20Justicia/GT19-Ponencia%5BMelo%5D.pdf>> Acesso em 23 out. 2010.

MONTEIRO, Charles. Imagens sedutoras da modernidade urbana: reflexões sobre a construção de um novo padrão de visualidade urbana nas revistas ilustradas na década de 1950. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 27, n. 53, p. 159-176. 2007.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A construção de si: uma narrativa em torno da experiência da AIDS. *Revista de História Regional*, Ponta Grossa, v. 3, n. 2, 157-166. 1998.



\_\_\_\_\_. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 193 p.

\_\_\_\_\_. Um caminho positivo: Enfrentando o estigma da AIDS. In: \_\_\_\_\_; CARVALHO, Diana Maul de (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. 377p. cap. 20. 323-333.

OLIVEIRA MACEDO, Luciana de. *A política de “saúde da população negra” no Brasil: o caso da anemia falciforme*. Rio de Janeiro, 2006, 111 f. Dissertação (Doutorado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

PARKER, Richard. *Abaixo do Equador. Culturas de desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay o Brasil*. Tradução de Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Record, 2002. 380 p.

PARKER, Richard. *Bodies, Pleasures and Passions. Sexual Culture in Contemporary Brazil*. Nashville: Vanderbilt University Press, 2009. 231 p.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. Estigma, discriminação e Aids. Rio de Janeiro: ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.

PAZ, Josi. *AIDS anunciada: a publicidade e o sexo seguro*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2006. 240 p.

PEREIRA, Lígia Maria Leite. Algumas reflexões sobre histórias de vida, biografias e autobiografias. *História Oral*, v. 3, n. 2, p. 117-127. 2000.

PESAVENTO, Sandra. Jatahi. História e Literatura: uma velha-nova história. *Debates*, p. 1-9, 2006. Disponível em: <<http://nuevomundo.revues.org/index1560.html>>

PÔRTO, Ângela. *A vida inteira que poderia ter sido e não foi: trajetória de um poeta tísico*. Rio de Janeiro, 1997, 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicinal Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. A vida inteira que poderia ter sido e não foi: trajetória de um poeta tísico. *História, Ciências, Saude – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 523-550. Nov. 1999/ fev. 2000.

PRETES, Érika Aparecida; VIANA, Túlio. História da criminalização da homossexualidade no Brasil: da sodomia ao homossexualismo. In: ABREU, João Francisco de; LOBATO, Wolney; SABINO, Cláudia de Vilhena Schayer (orgs.) *Iniciação científica: destaques 2007*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2008. 572 p. p. 320.

RIOS, Venétia Durando Braga. *Entre a vida e a morte: médicos, medicina e medicalização na cidade de Salvador 1860-1880*. Salvador, 2001, 171 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

ROSENBERG, Charles Edward. The Tyranny of diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, v. 80, n. 2, p. 237-260, 2002.

SALLUM JUNIOR, Brasília. Transição política e crise de estado. *Lua Nova Revista de Cultura e Política*, São Paulo, s.v, n. 32, p. 133-167, 1994.

SEFFNER, Fernando. *O jeito de levar a vida*. Trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada. Porto Alegre, 1995, 294 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. Saber Médico e Ciências Sociais no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 469-471, 2001.

SIMIONI, Ana. Paula. Cavalcanti. Souvenir de ma carrière artistique. Uma autobiografia de Julieta de França, escultora acadêmica brasileira. *Anais do Museu Paulista*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 249-278. jan./jun. 2007.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora, A AIDS e suas metáforas*. Tradução de Rubens Figueiredo e Pulo Henrique Brito. São Paulo: Cia das Letras. 2007. 163 p.

SOUZA NEVES, Margarida de. Literatura: prelúdio e fuga do real. *Tempo*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 79-104. jul. 2004.

SPINK, Mary Jane et al. A construção da Aids notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, jul-ago 2001.

SWAIN, Tania Navarro. Feminismo e recortes do tempo presente mulheres em revistas femininas. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 67-81, 2001.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; FONSECA, Cristina Oliveira. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 172 p.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard Guy (org.). *Políticas, Instituições e AIDS*. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro Jorge Zahar Editora/ ABIA, 1997. p. 43-68.

TERTO JÚNIOR, Veriano. *Reiventando a vida: histórias sobre homossexualidade e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

TORRES, Diana Obregón. Introducción. In: \_\_\_\_\_: *Batallas contra La Lepra: Estado, Medicina y Ciencia em Colômbia*. Medellín: Banco de la República/ Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002. p. 17-45.

TREVISAN, João Silvério. *Devassos no paraíso*. A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 2002. 586 p.

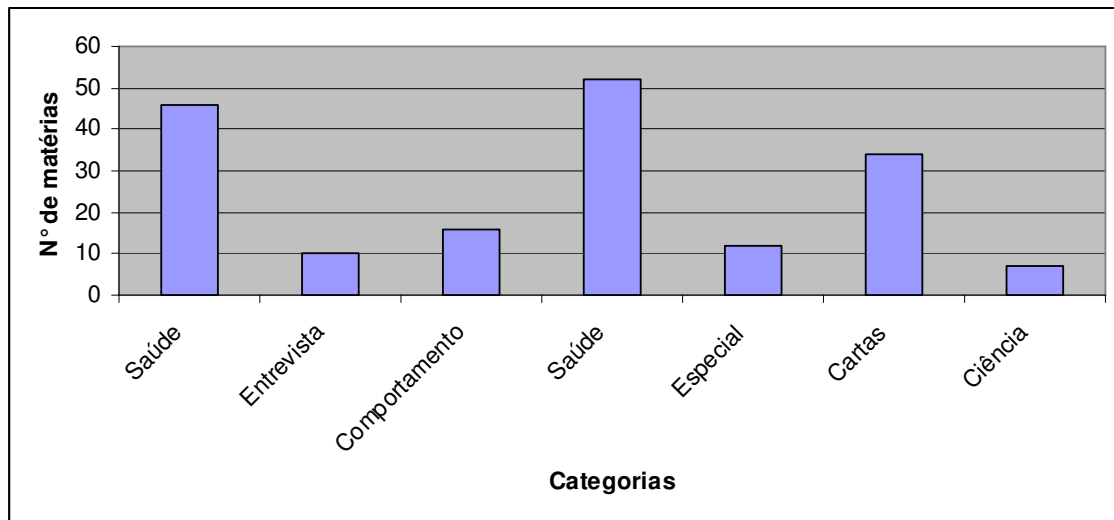
TRINDADE, José Ronaldo. Construção de identidades homossexuais da era AIDS. In: PARKER, Richard Guy; RIOS, Luiz Felipe; UZIEL, Anna Paula. (orgs). *Gênero, identidade e comportamento em tempos de aids*. Rio de Janeiro/ Pallas – Programa em Gênero e Sexualidade IMS/ UERJ, 2004. 211 p. p. 169-199.

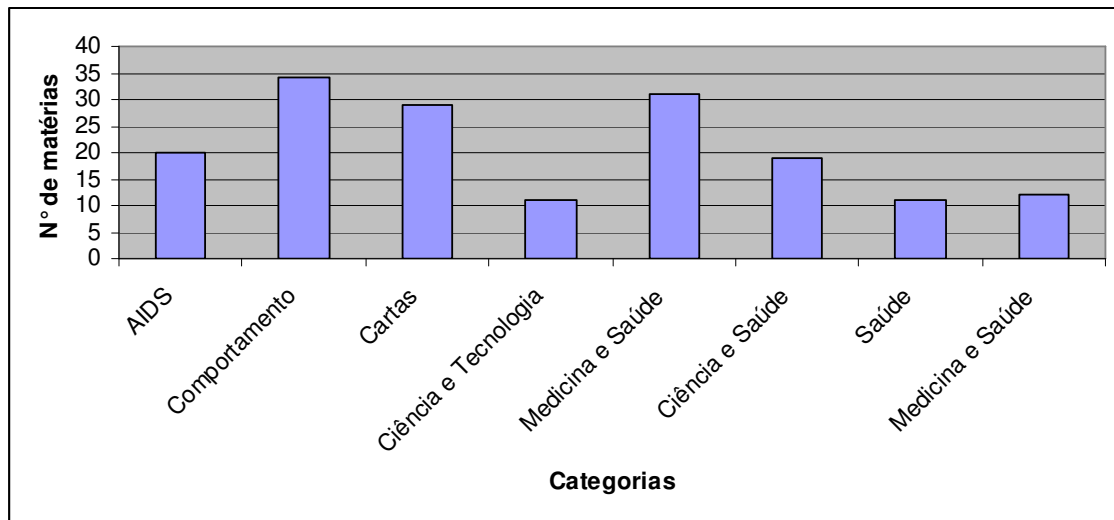
TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo, Lepra e Aids*. Campinas: Unicamp, 2000. 150 p.

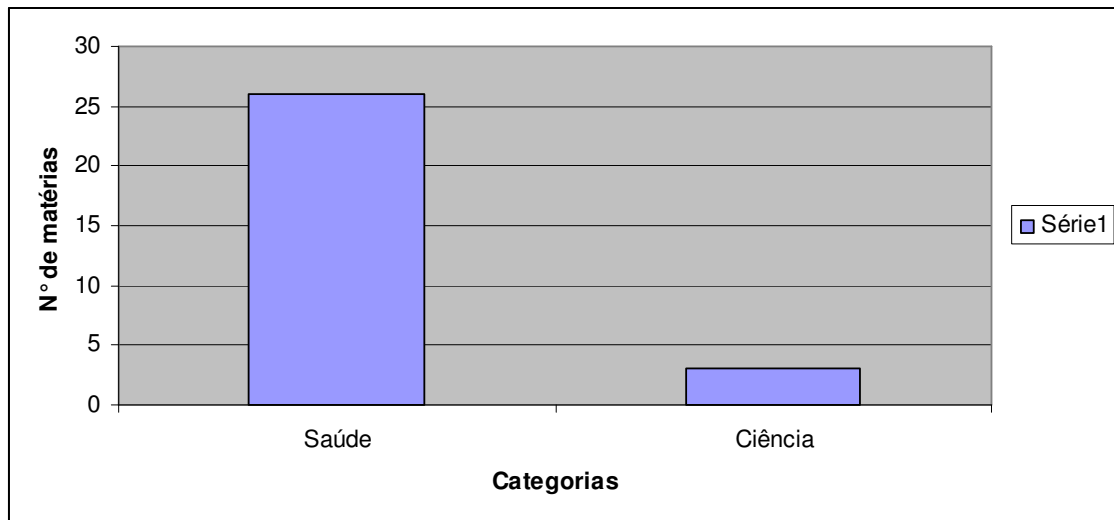
VENÂNCIO, Gisele Martins. Cartas de Lobato a Viana: uma memória epistolar silenciada pela história. In: CASTRO GOMES, Ângela de. (org). *Escrita de si, escrita da História*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2004. 380 p. p. 111-137.

VITTIÉLO, Gabriel Natal Botelho. *A AIDS em cena: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX*. Rio de Janeiro, 2009, 108 f. Dissertação (Mestrado em História) - Casa de Oswaldo Cruz/, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

## **6 Apêndices**

**6.1 206 matérias sobre AIDS em seções específicas da revista "Veja"**

**6.2 195 matérias sobre AIDS em seções específicas da revista "Isto É"**

**6.3 29 matérias sobre AIDS em seções específicas da revista "Superinteressante"**

#### 6.4 Cronologia Herbert Daniel

- 1946 – Nasce Herbert Eustáquio de Carvalho, em 14 de dezembro.
- 1964 – Inicia o curso de Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- 1967 – Entra na luta contra a Ditadura, passando por grupos como “Política Operária” (POLOP), “Comando de Libertação Nacional” (COLINA), “Vanguarda Armada Revolucionária” (VAR-Palmares) e “Vanguarda Popular Revolucionária” (VPR).
- 1969 – Início da clandestinidade/ começo do treinamento militar em Ribeira.
- 1970 – Escapa do cerco a Ribeira, feito pelo Exército.
- 1971 – Conhece Cláudio Mesquita.
- 1974 – Exílio, um curto período na França e depois ruma com Cláudio para Portugal.
- 1976 – Retorno ao exílio na França, que dura até 1981. Lá trabalha em uma sauna gay.
- 1979 – Participa do debate “Homossexualidade e Política”, em Paris, promovido pelo Comitê Brasil pela Anistia (CBA).
- 1981 – Retorna ao Brasil em 1981/ se reúne, algumas vezes, com militantes do Grupo Somos – RJ/ começa a participar do Partido dos Trabalhadores – PT.
- 1982 – Lançamento do livro “Passagem para o próximo sonho”/ participa da campanha para Deputado Estadual de Lizst Vieira. Posteriormente se torna assessor de Vieira, já Deputado.
- 1983 – Lançamento, em parceria com Leila Micólis, de “Jacarés e Lobisomens. Dois ensaios sobre homossexualidade”.
- 1984 – Lançamento do livro “Meu corpo daria um romance”.
- 1986 – Candidata-se à Deputado Estadual, mas não logra sucesso.
- 1987 – Lançamento do livro “Alegres e irresponsáveis abacaxis americanos”/ Daniel entra para a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).
- 1989 – Ano da descoberta da soropositividade/ Daniel funda o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS (Grupo pela Vidda)/ lançamento do livro “Vida antes da morte”.
- 1991 - Lançamento, em parceria com Richard Parker, do livro “AIDS. A terceira epidemia. Ensaios e tentativas”.
- 1992 – Aos 45 anos, no dia 29 de março, Daniel falece no Rio de Janeiro, por complicações em decorrência da AIDS.