

Dossiê Olhares Cruzados sobre a Normalização

Haiti e HIV: Criando a história do contágio

*Marcelo Giacomazzi Camargo*¹

O artigo argumenta que o corpo de conhecimento construído por meio de pesquisas sobre e com o HIV no Haiti, feitas e/ou financiadas por entidades internacionais, compõe uma metanarrativa histórica acerca da nação caribenha. Nesta, o Haiti é um símbolo de subdesenvolvimento e um provedor de eventos e conceitos para os processos de formação dos Estados-nação do Norte Global. Parte-se da análise de um estudo indicando a entrada do HIV nos EUA pelo Haiti, de reflexões sobre a ligação entre as epidemias de HIV e concepções de raça e desenvolvimento e de publicações tratando de esforços internacionais no combate ao HIV em território haitiano.

Palavras-chave: Haiti, HIV, AIDS, saúde, colonialismo

Haiti and HIV: Creating the History of Contagion argues that the corpus of knowledge built through research on and with HIV in Haiti, conducted and/or funded by international organizations, is part of a larger metanarrative about the Caribbean nation. In this, Haiti is a symbol of underdevelopment and a provider of events and concepts to the nation-building processes of the Global North. The text focuses on a study indicating the entrance of HIV into the United States through Haiti, on the link between HIV epidemics and notions of race and development, and on publications concerning international efforts on the fight against HIV on Haitian territory.

Keywords: Haiti, HIV, AIDS, health, colonialism

Introdução²

Este artigo discute a trajetória do HIV entre o Haiti e os EUA, analisando e refletindo sobre como os dados que tratam dessa jornada se incorporam a uma grande metanarrativa histórica da posição do Haiti na formação das nacionalidades ocidentais. Ao longo dos últimos três séculos, essa pequena nação caribenha, desde o momento em que nasceu como

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade de Brasília (UnB), mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e graduado em comunicação social pela Universidade Positivo. E-mail: marcelo.giacomazzi@gmail.com

² Este artigo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) (código de financiamento 001).

o primeiro país independente resultado de uma revolução bem-sucedida de pessoas escravizadas, serve como referência para algumas das instituições e dos valores mais cruciais da cosmologia do chamado Ocidente – se é que podemos falar que algo com este nome de fato existe. Said (1979) já apontou para o Ocidente como uma ficção construída em cima do contraste com uma visão essencializada daquilo que seria o Oriente. Aqui, buscarei traçar um argumento semelhante, olhando para o Haiti, em vez de terras mais ao leste. Meu objetivo é mostrar como um acervo de conhecimento sobre saúde, prevenção e tratamento de HIV/AIDS é construído no âmbito da literatura médica internacional por meio da experimentação de técnicas de governo de corpos e sujeitos no Haiti.

Mais especificamente, partirei de um estudo de 2007, a ser apresentado em maiores detalhes adiante, que argumenta, por meio de análises genéticas de uma vertente do vírus, que o HIV entrou nos EUA dentro do corpo de um indivíduo que migrou do Haiti no final da década de 1960. Minha ideia não é questionar ou validar essa informação básica; ela é construída sobre dados científicos de uma área do conhecimento, a genética, que escapa ao meu alcance. Em vez disso, pretendo analisar como esse dado “bruto” se relaciona com outras informações que são acopladas a ele retórica e repetidamente. Ao final, tentarei mostrar que isso se conecta a uma narrativa que remonta a um tipo de tratamento oferecido ao Haiti pelo conhecimento ocidental desde o início das empreitadas coloniais.

Algumas informações iniciais

O Haiti é o país mais pobre do hemisfério ocidental. Essa informação é quase que incessantemente oferecida na maioria dos trabalhos que serão analisados aqui – quase todos financiados pela UNAIDS, órgão da ONU dedicado à pesquisa sobre, prevenção de e combate ao HIV e à AIDS. Outros dados que surgem têm a ver com a posição do país no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da ONU (DANIELS, 2019), com a baixa expectativa de vida, tanto de homens como de mulheres (KOENIG *et al.*, 2004), e com os fatos de que uma porção expressiva da população em 2010 vivia abaixo da linha da pobreza e a maior parte do país não tem acesso a saneamento básico ou água potável (MALOW, 2010), por exemplo. Um artigo em especial chega a argumentar que “não é coincidência” que tamanhos indicadores de miséria existam junto com a maior incidência de HIV no hemisfério ocidental (CASTRO e FARMER, 2005). Outro repete: não é coincidência que a nação mais pobre das Américas enfrente a maior epidemia de AIDS fora de África (KOENIG *et al.*, 2004).

É evidente que há algo a ser levado em conta na conexão entre falta de recursos e o largo alcance do HIV no mesmo país. Por outro lado, é necessário refletir sobre a circularidade desse argumento. Primeiramente, a excepcional miséria do Haiti é postulada como um dado inicial. Os altos índices de HIV – e de mortalidade pela AIDS – são então apresentados como consequência lógica da ausência de uma estrutura ampla de saúde; até 2007, o governo haitiano gastava anualmente menos que dois dólares americanos por pessoa (MUKHERJEE e EUSTACHE, 2007). Porém, isso é feito, rotineiramente, sem considerações sobre como o HIV se manifesta na cosmologia local. Os métodos que a população haitiana emprega para lidar com o HIV são, quando mencionados, tratados com o peso da acusação de obscurantismo. De fato, o objetivo declarado daqueles trabalhos que se empenham em combater os índices de HIV envolve, quase sempre, a “educação” da população.

Repito que essa consideração não significa uma condenação dos esforços de combate e prevenção ao HIV levados por iniciativas internacionais por si só; eles estão conectados a esforços locais de trabalhadores da saúde haitianos, que reivindicam para o seu país o acesso a conhecimentos e recursos empregados por órgãos internacionais. O ângulo que apresento é o seguinte: a desconsideração *a priori* de concepções locais haitianas sobre o HIV e como lidar com ele em favor do emprego de conhecimentos biomédicos advindos da Europa e dos EUA como o *único* caminho que faz sentido diante da epidemia do HIV considera que apenas uma visão do impacto do HIV é possível.

Descartando a possibilidade de levar a sério concepções nativas sobre, por exemplo, sexo, dignidade e estigma – questões que surgem na relação da população haitiana com o HIV, como explicarei adiante –, o que temos é uma visão da experiência do HIV *apenas* como uma epidemia viral a ser encaixada nos critérios e ferramentas de mensuração validados pelo corpo de conhecimento biomédico empregado por instituições internacionais e transnacionais de saúde.

Desse modo, os indicadores usados na análise da presença do HIV no Haiti refletem preocupações que manifestam visões de tratamentos de saúde inflexíveis diante de outras perspectivas. Consequentemente, a própria presença de outras perspectivas sugere uma ausência ou inadequação, que é, então, posta como consequência dos elevados índices haitianos de pobreza. Embora estes sejam retoricamente colocados como causa das alarmantes medidas da epidemia no país, torna-se evidente, uma vez que esse arcabouço epistemológico é deslocado de sua posição central, que essas medidas servem também para validar a visão do Haiti como um país miserável. Em outras palavras, o HIV passa a

agir como prova de pobreza, em um movimento de construção do que é, aos olhos dos órgãos internacionais lá agindo, o Haiti.

A função da pobreza como categoria, nesse sistema, é universalizante. Na perspectiva dos órgãos internacionais agindo no combate ao HIV no Haiti, a falta de recursos é um obstáculo universal – o que muda de país para país é, em primeiro lugar, os obstáculos específicos à construção de uma estrutura de atendimento e prevenção e, em segundo, o grau de sucesso em vencer esses obstáculos. O resultado é que, nessa escala geral, o Haiti pode ser colocado em um patamar semelhante a países de África – o que, conforme demonstrarei adiante, ecoa táticas coloniais racializantes que incidem sobre ambas as regiões - e fica sujeito a ser contrastado com os países industrializados do Norte global, de modo que a realidade local é avaliada primordialmente de acordo com o seu nível de semelhança com o que acontece no chamado “mundo desenvolvido”.

Mas isso é apenas parte da questão central deste trabalho. A missão agora torna-se mostrar como esses argumentos que acabo de apresentar se conectam ao estudo mencionado mais cedo, sobre a entrada do HIV nos EUA pelo Haiti.

Mapeando o HIV nas Américas

Em 2007, um grupo de pesquisadores das áreas da biologia e da medicina, advindos dos EUA, do Reino Unido e da Dinamarca, publicou um estudo sobre como o HIV teria entrado nos EUA. Valendo-se de uma análise de árvores genéticas virais, os cientistas diziam ter isolado os rastros genealógicos da cepa mais antiga do HIV presente no país. Essa cepa, o subtipo B do tipo M do HIV-1, teria se originado na República Democrática do Congo em algum momento da década de 1930. Sua ida ao Haiti teria resultado da volta de profissionais haitianos que trabalharam no Congo logo após a sua independência na década de 1960 – a data estimada desta viagem é 1966. A partir desse momento, as evidências sugerem que uma pessoa portadora do vírus teria migrado para os EUA por volta de 1969. O vírus teria então se alastrado pela chamada comunidade haitiana americana e subsequentemente alcançado outras fatias da população nacional (GILBERT *et al.*, 2007).

Há controvérsias sobre a coincidência dessa hipótese com as datas dos primeiros registros de infecção – 1982 no Haiti (GAILLARD *et al.*, 2006) e pouco tempo depois nos EUA. Diz-se que antes do surgimento dos antirretrovirais, o tempo médio de progressão da infecção inicial para o surgimento do quadro de AIDS era de cerca de dez anos, com a morte

ocorrendo em cerca de 12 anos (DESCHAMPS *et al.*, 2000). Porém, Pape *et al.* (2008) contestam essa linha do tempo e a metodologia do estudo. Segundo esses autores, as conclusões são questionáveis por serem resultado da análise de apenas cinco pacientes em 1981 que teriam chegado aos EUA depois de 1975, sendo que o tempo médio desde a soroconversão até o quadro de AIDS no Haiti à época era de 5,2 anos. Apoiando-se em dados epidemiológicos do Haiti, os autores repetem a hipótese, existente desde a década de 1980 (FARMER, 1992), de que o HIV teria chegado ao Haiti pelos EUA por meio do turismo sexual que vigorava intensamente na década de 1970. Em uma tréplica (WOROBAY *et al.*, 2008), os responsáveis pelo estudo em questão argumentam que a sua amostragem foi muito maior do que os cinco casos que Pape *et al.* mencionam (totalizando, na realidade, 117 amostras de 19 países) e que as cepas do vírus extraídas dos cinco indivíduos citados se agrupam com as cepas presentes no Haiti na mesma época, e não com as cepas presentes em outros pacientes nos EUA. Além disso, sugerem que estimativas anteriores sobre a linha do tempo da progressão de casos de HIV em pacientes haitianos teriam desconsiderado casos que foram apenas anos mais tarde reconhecidos como HIV, fazendo a presença do vírus no país parecer mais recente do que de fato seria. De qualquer modo, os achados de Gilbert *et al.* repercutiram na literatura especializada (CABELLO *et al.*, 2014; JUNQUEIRA *et al.*, 2011; MURILLO *et al.*, 2012) e na imprensa. Como sugestão final, os dados também apontam que teria sido pelo Haiti que o vírus chegou na República Dominicana e em Trinidad e Tobago, e que teria feito viagens até a Coreia do Sul sem que se convertesse em uma epidemia na nação asiática – os motivos para esse fenômeno são desconhecidos.

De fato, a partir do momento em que algo como uma epidemia de HIV começou a ser oficialmente reconhecido nos EUA, o Center for Disease Control and Prevention³ (CDC), órgão governamental estadunidense que lida, entre outras coisas, com epidemias virais, divulgou uma lista dos “Quatro Hs” que supostamente compunham os principais grupos de risco para infecção pelo HIV: homossexuais, hemofílicos, usuários de heroína e haitianos (DANIELS, 2019). Isso reforça a posição de destaque do Haiti no histórico estadunidense da epidemia de HIV. Foi um esforço do Groupe Haïtien d’Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes⁴ (GHESKIO), um grupo haitiano formado em 1982 para combater o HIV (o primeiro de seu tipo no mundo todo), que comprovou que haitianos nos EUA não apresentavam maiores riscos de infecção do que outras nacionalidades (*Idem*).

³ Centro de Controle e Prevenção de Doenças, em português.

⁴ Grupo Haitiano de Estudo do Sarcoma de Kaposi e de Infecções Oportunistas, em tradução livre.

Criando o Haiti contagioso

Esse último dado apresentado na seção anterior é bastante importante, junto com outro a ele relacionado – embora, como vemos pela classificação do CDC, homossexuais tenham surgido como um dos primeiros grandes grupos de risco para infecção por HIV nos EUA, o padrão da epidemia no Haiti sugere que a transmissão inicial do vírus na América do Norte tenha sido através de relações heterossexuais. O que vimos, em ambos os casos, é que a identificação epidemiológica de populações vulneráveis não é reflexo bruto de dados objetivos, mas resultado de estratégias necessariamente enviesadas de gerenciamento e classificação de sujeitos.

Essa não é uma ideia nova. É um ponto central da apresentação por Michel Foucault (1994) de seu conceito de biopolítica, por exemplo – a ideia de que, uma vez que o Estado-nação desenvolve ferramentas para mensurar e gerenciar a vida daquilo que passa a ser chamado de “população” (uma vertente apreensível em estatísticas e políticas coletivas), fatores diferentes levam à separação dessa chamada população em grupos distintos tidos como portadores de necessidades distintas, caracteres distintos e alvos de políticas públicas distintas.

O processo de consolidação desses grupos não é autoevidente. Falar de “homossexuais” como um grupo social claramente delimitado obscurece a conflituosa história de definição do que é, em primeiro lugar, a homossexualidade – um conceito geográfica e historicamente específico, cuja definição se transforma ao longo dos anos conforme sua passagem pelos campos da medicina, da psicanálise, da sociologia e também devido aos esforços de reivindicação política daqueles que tomam o rótulo para si mesmos no século XX (WEEKS, 1981; SIMÕES e FACCHINI, 2009; AGUIÃO, 2014).

Quando “homossexuais” se tornam um chamado grupo de risco para o HIV, portanto, o que temos não é apenas uma afirmação de sujeitos cuja definição como atores sociais se dá primariamente por um tipo de comportamento social. O que temos, na realidade, é uma ferramenta de criação de um grupo epidemiológico, ferramenta essa que passa por cima das complexidades da experiência de, de fato, manter relações do mesmo sexo. Essas experiências por si só não têm como consequência a adoção de um rótulo identitário ou a entrada em qualquer determinado grupo de convivência, ou ainda a adoção de quaisquer hábitos específicos de sexualidade, consumo ou sociabilidade. Para fins de manutenção de população, essas experiências são achatadas sob um rótulo generalizante que guiará a visão das políticas de saúde sobre aqueles sujeitos passíveis de serem incluídos debaixo desse guarda-chuva.

O mesmo acontece, de certa forma, com a categoria “haitianos”. A inclusão desse grupo nos “Quatro Hs” do CDC não tinha respaldo, como o GHESKIO comprovou, em índices de infecção de fato mais acentuados entre essa população. Farmer (1992) explica a cadeia de eventos que levou à definição de haitianos nos EUA, pela primeira vez, como uma categoria epidemiológica. Em 1982, muito no início do processo de identificação de uma epidemia de HIV, o CDC registrou o diagnóstico de 34 casos de infecções oportunistas (quadros infecciosos mais tarde associados, na literatura médica, com a AIDS) e sarcoma de Kaposi entre haitianos. Na mesma época, três casos de HIV em cidadãos estadunidenses são conectados a transfusões sanguíneas e relações sexuais ocorridas no Haiti. O início da década de 1980 já assistia à chegada de números elevados aos EUA de pessoas vindas do Haiti, e tanto Farmer quanto ativistas haitianos na época argumentaram que uma mistura de racismo e xenofobia no contexto da intensificação migratória se juntou a esses poucos dados de infecção não só para colocar haitianos sob suspeita, como também para dar origem às primeiras hipóteses de que o vírus teria vindo de lá. O médico haitiano Jean Pape, líder do GHESKIO, rapidamente recorreu a seu próprio levantamento epidemiológico no Haiti para argumentar que o sarcoma de Kaposi era tão recente naquele país quanto nos EUA. Isso contribuiu pouco para conter o espalhamento na imprensa americana de fábulas exotizantes que propunham a suposta probabilidade do surgimento da epidemia no Haiti, um país descrito por meio de estereótipos que envolviam práticas chocantes ao público americano que fantasticamente explicariam o alastramento do vírus, como o consumo de sangue humano (*Ibid.*, p. 214).

A associação do Haiti a práticas barbáricas é uma lógica retórica antiga e merece atenção. Hurbon (1990) rastreia a origem do arcabouço conceitual que a torna possível até os tempos longínquos da Antiguidade clássica, quando surge originalmente o termo “bárbaro”. Porém, diz, é a partir do colonialismo europeu nos séculos XV e XVI que começa a tomar forma definitiva o conceito de barbarismo que reconhecemos hoje. A expansão da dominação europeia e, importante notar, cristã traz consigo uma cosmovisão eurocentrada, em que todos os povos a partir de então em contato com a Europa são julgados de acordo com a sua proximidade aos ideais civilizatórios e espirituais daquela.

O trabalho comparativo não toma a forma, inicialmente, de uma antropologia horizontal, na qual diferenças são reconhecidas como tais; na prática e na teoria, o colonialismo nega a diferença, identificando nos povos “bárbaros” de África e do Novo Mundo nada senão a completa ausência de civilidade e capacidade humana plena.

Durante a administração europeia do Haiti, os africanos forçados a trabalhar primeiramente sob a Espanha e depois sob a França eram tidos como seres incapazes de governar a si mesmos – o que tornaria justificada e necessária a sua dominação – e predispostos a comportamentos que violariam a ordem cristã da natureza e do corpo.

Os colonizadores europeus viam nas práticas relacionais e espirituais dos africanos no Haiti o completo inverso de sua própria civilidade, e logo aquilo que eventualmente ganharia um *corpus* na forma do vodu foi identificado com medos de bruxaria, zumbificação e canibalismo – rejeições à ordem de governo e, importantemente, às relações corporais ideais europeias. Mesmo o nascimento das ciências sociais no século XIX e a afirmação científica de uma humanidade universal não extinguiram das concepções correntes de sociedade um esquema hierárquico em que aquelas do continente europeu representariam um estágio mais avançado da capacidade humana.

Esse quadro progrediu e se transformou ao longo do século XIX. Os cem anos que seguiram o sucesso da Revolução Haitiana em 1804 assistiram a um país em profundos conflitos políticos. Dubois (2012) resgata o período e aponta que o método preferido de transição de um governante para outro era a deposição forçada; investidores estrangeiros – principalmente ingleses, alemães e americanos – usavam dessa conturbação para invocar intervenções pontuais, mas muito recorrentes, de seus países de origem nos assuntos haitianos, extorquindo quantias elevadas de dinheiro do governo como ressarcimento por perdas sofridas em consequência da instabilidade política da nação. O afogamento cada vez mais crítico da economia haitiana em dívidas com esses mesmos países (e com a França) construiu, ao longo do século, uma nova forma de gerência imperial sobre a nação. Tal configuração serviu como base para a repetição *ad infinitum* da antiga máxima de que os haitianos, basicamente por conta de sua “selvageria” oriunda de sua origem africana, eram desprovidos da capacidade de gerir a si mesmos.

Já no início do século XX, o crescente interesse econômico de empresários americanos no Haiti uniu-se a essas concepções racistas para justificar a invasão e ocupação militar do país, para controlar ostensivamente suas terras produtivas e suas casas alfandegárias. O secretário de Estado Robert Lansing compara, à época, o Haiti com a Libéria para justificar a dominação pelos EUA porque “a raça africana” seria incapaz de autogoverno (*Ibid.*, p. 214). Durante a ocupação, os antigos estereótipos sobre sacrifícios humanos e canibalismo continuam se proliferando, desta vez nos diários e descrições de militares americanos (*Ibid.*, p. 232); o suposto desrespeito às chamadas

práticas civilizadas do corpo seria prova da inexistência de qualquer coisa na cosmologia local que merecesse respeito à altura das concepções americanas de mundo. Este imaginário de um Haiti selvagem passou a circular também na mídia e nas artes nos EUA, fortalecendo o racismo e a xenofobia antihaitianas na arena pública americana (*Ibid.*, pp. 276, 297; ver também DUBOIS, 2001).

Compreendendo o desenho do problema

Resgato esses fatos para apontar que a identificação do Haiti como a origem geográfica da cepa de HIV que iniciou a epidemia nos EUA não é apenas uma simples constatação científica. Sem contestar, estritamente, a *veracidade* desse dado – uma vez que não trago ao debate as informações genéticas basais do estudo que comento –, busco seguir as orientações de Isabelle Stengers (2010) sobre a construção de *fatiches*.

A ideia de *fatiches* – uma junção de “fatos” com “fetiches” – é apresentada por Stengers via Bruno Latour, a partir de escritos do filósofo da ciência Émile Meyerson no começo do século XX. Meyerson afirmava, falando especificamente da física como ciência, que as leis científicas não eram resultado direto de observações empíricas, apesar de não estarem imunes a elas. Em vez disso, argumentava, a própria busca por leis gerais capazes de tornar o universo compreensível como uma coisa dotada de características intrínsecas básicas e imutáveis seria resultado de uma visão maior de mundo que busca enraizar dentro das coisas aspectos que seriam propriedade dos processos e dos fenômenos. É algo parecido com o conceito de Marx do fetichismo da mercadoria – a ideia, criticada por Marx, de que o que existem são coisas, e não as cadeias materiais que as produzem.

Ao mesmo tempo, essa perspectiva não leva à rejeição de evidências empíricas. Meyerson não tinha como meta insinuar que a física, ou as ciências de modo geral, era nada mais que a imaginação fértil de pesquisadores. Observações e experimentos concretos são plenamente capazes de derrubar pressupostos, mesmo dentro da cosmovisão que o autor tenta tornar evidente. A questão é que cientistas formulariam suas teorias a partir de experimentos e observações de modo que fosse *plausível, a priori*, em uma visão de mundo que existe para além dos dados brutos.

Stengers desenvolve sua proposta de uso do conceito de *fatiche* aceitando o argumento de Meyerson sobre a ligação entre a plausibilidade e as afirmações científicas, mas rejeitando a ideia de que ela seja, de algum modo, *feticista*. Sua posição é a de que

Meyerson adota uma visão *moderna*, nos termos de Bruno Latour (1993), sobre esse fenômeno, reduzindo, em alguma escala, a visão dos cientistas sobre os fatos que produzem ao status de *crença*, em uma configuração ontológica em que fato e fé pertencem a planos diferentes. Pelo contrário, Stengers afirma que, por mais permeados que estejam pela questão da plausibilidade, os fatos científicos são plenamente reais, na medida em que *produzem*, efetivamente, um mundo apreensível e compreensível.

Minha hipótese – longe de questionar os achados biológicos do estudo que aponta as origens haitianas da entrada do HIV nos EUA – é a de que a posição do Haiti na história da geopolítica, sua ligação com África na grande narrativa do Novo Mundo e sua posição como peça pivô nas relações pós-coloniais do século XX e XXI contribuem para que a ideia de um protagonismo haitiano na trajetória do HIV no Ocidente faça sentido, seja *plausível*. Isso não incide em nada na veracidade dos achados do estudo de 2007. Incide, porém, naquilo em que esse dado se transformará no segundo que entrar em contato com toda essa configuração histórico-política que venho apresentando ao longo das últimas páginas.

Portanto, em vez de tomar a pesquisa supracitada apenas em seu valor como fornecedora de dados genealógicos de uma doença, a considero uma forma de produção científica que surge e subsequentemente se estende para além das fronteiras da área de conhecimento a que pertence à primeira vista. Para compreender esse dado, portanto, não basta encará-lo como algo isolado; ele deve ser compreendido como um elemento plausível de uma narrativa igualmente plausível. O que me leva a essa afirmação tem menos relação com quaisquer que tenham sido as intenções do estudo e mais com como ele se conecta com o que mais é dito e feito sobre o HIV no Haiti.

Conforme argumentei anteriormente, os dados da epidemia nesse país são retoricamente somados aos seus indicadores econômicos, em uma relação em que cada fator retroalimenta a validade do outro na consolidação da imagem do Haiti perante os órgãos de intervenção internacionais. Isso se soma à consolidação de “haitianos” nos EUA como um grupo epidemiológico de risco para evidenciar que a definição do Haiti e de sua diáspora como sujeitos políticos atravessados pela miséria e pelo contágio é resultado de um cruzamento histórico-geopolítico.

Agora, o dado da entrada do HIV nos EUA pelo Haiti, à luz das considerações sobre a plausibilidade científica, estende a reflexão: por que a trajetória do HIV é enquadrada em termos de Estados-nação como seus pontos de entrada e saída? E por que ela é apresentada seguindo a fórmula clássica de um país “subdesenvolvido” espalhando males

para o Primeiro Mundo por meio da imigração? Debaixo da camada de imparcialidade científica que a pesquisa biológica apresenta, tento argumentar que o emprego desses termos na literatura para embasar a organização dos esforços investigativos é o que revela a cosmovisão que engloba os resultados em uma configuração de plausibilidade.

Apoio-me aqui em Susan Sontag (1990) e suas considerações sobre AIDS como metáfora. Segundo Sontag, entendimentos contemporâneos acerca da saúde são atravessados por metáforas militaristas de invasão e combate (p. 9). Apontar para estas metáforas significa também apontar para que fronteiras entre interno e externo são construídas. Sontag diz que a educação acerca de saúde descreve doenças como invasoras de uma sociedade (p. 10); no caso da AIDS, a metáfora de invasão é complementada pela de poluição (p. 17). O esquema que divide a existência da doença em dois campos – de um lado, um campo interior puro, e de outro, um campo exterior contaminado e contaminante – se estende desde as células saudáveis do corpo quando invadidas pelo HIV (p. 19) até a separação dos chamados grupos de risco da “sociedade em geral” (p. 27).

É imediatamente possível imaginar o porquê da importância de traçar o percurso do HIV por meio de linhas de divisão, como são as fronteiras geopolíticas que suportam o conceito de Estados-nação. A AIDS, como uma epidemia especialmente perniciosa na percepção pública (p. 41), presta-se ao status de *praga*, e toda praga é, em último caso, estrangeira (pp. 47, 51). Somada a isso está o histórico e o status da epidemia de HIV em África, que invoca imaginários racistas acerca do “continente negro” e hábitos corporais profanos (p. 52). Não é surpreendente, portanto, que o Haiti – como nação delimitada e, subseqüentemente, como provedor de um grupo de risco nos EUA – seja invocado como ponto distinto na reconstrução da trajetória global do vírus, em especial em sua relação com os EUA.

Para melhor elucidar esse ponto, cabe adentrar na realidade de *como* o HIV é visto e combatido por órgãos internacionais no Haiti no século XXI, de modo a revelar como essa relação produz tanto o Haiti quanto o HIV como elementos de uma narrativa pós-colonial ou, mais provavelmente, neocolonial.

Campanhas de prevenção e tratamento do HIV no Haiti

Em primeiro lugar, cabe um pequeno resgate do trajeto retórico deste trabalho até aqui. Busquei, de início, argumentar que o que é apresentado como “Haiti” na ótica dos órgãos internacionais atuando nesse país é uma nação definida essencialmente por

critérios específicos de miséria, pobreza e doença. Em seguida, tentei explicar que essa mesma visão de controle econômico e epidemiológico se estende para os sujeitos advindos dessa região, que, no contexto americano, são “haitianos” não apenas porque nasceram em um determinado país, mas porque são encaixados em uma visão de risco com o objetivo de situá-los no contexto da epidemia de HIV, em um tratamento que lança mão de categorias capazes de marcar em quais tipos de diferença social o risco do contágio se mostra mais iminente (sexualidade e nacionalidade, por exemplo). Finalmente, apresentei o estudo que diz comprovar que o HIV entrou nos EUA via Haiti. Nesse momento, embarquei no esforço de argumentar que a escolha desses termos para compreender a história do vírus, centrando a visão nos países por onde o mesmo passou e privilegiando as fronteiras nacionais como marcadores de movimento da epidemia, está conectada a uma já existente narrativa. Essa narrativa versa sobre como o chamado mundo desenvolvido se relaciona com as nações mais pobres ao seu redor e, em especial, sobre o lugar crucial de subalternidade do Haiti na história do continente americano.

A partir de agora, com a meta de tornar mais claro o funcionamento da dinâmica empregada pelos esforços de órgãos internacionais de definir o Haiti com referência à pobreza e ao contágio, apresentarei relatos de pesquisadores estrangeiros envolvidos no trabalho de prevenção e tratamento do HIV/AIDS no país, e farei o possível para deixar claro como essas empreitadas estão ligadas à *plausibilidade* do Haiti como origem do HIV nos EUA.

Desde a identificação dos primeiros casos de AIDS no início da década de 1980, esforços de combate à doença são desenvolvidos no Haiti. Conforme já mencionado, o GHESKIO opera no país desde 1982. Fundado por Jean Pape, médico haitiano formado pela Universidade de Cornell, no estado de Nova York, o grupo é responsável por intervenções que diminuíram de 30% para 10% os índices de transmissão de HIV de mãe para filho entre pacientes atendidos (MALOW, 2010). Porém, nem em todo o país ações biomédicas desse tipo foram empregadas desde sempre. Motivos regularmente citados para a dificuldade de acesso a prevenção e tratamento incluem falta de recursos, um sistema estatal de saúde subequipado e, mais curiosamente, o estigma (DESCHAMPS *et al.*, 2000; KOENIG *et al.*, 2004; MALOW *et al.*, 2010; MUKHERJEE e EUSTACHE, 2007).

Aponto para esse último fator porque ele é representativo de uma questão importante: a dificuldade de chegar a uma definição compreensiva dos critérios de uma pesquisa sem atenção para a compreensão local desses critérios. Castro e Farmer (2005), falando de como os estudos sobre a epidemia do HIV no Haiti deixavam de fazer

exatamente isso, isolaram a questão do estigma como um ponto especial a ser tratado. Para esses autores, outros pesquisadores tentando identificar os obstáculos para a implementação de políticas de combate à epidemia insistentemente apontavam para “o estigma acerca do HIV” como uma das barreiras separando a população local dos métodos necessários para a redução do alcance do vírus. Porém, criticam Castro e Farmer, essa identificação nunca era acompanhada de uma definição de *que* estigma seria esse. Sua perspectiva é de que o que outros autores diziam ser estigma – em uma leitura do termo que refletia apenas sobre atitudes entre indivíduos, e não sobre uma realidade maior de poder e desigualdade – seria explicado, na realidade, em termos estruturais. Citando narrativas específicas de indivíduos vivendo com HIV que tiveram êxito em receber tratamento médico, esses cientistas afirmam que a resistência de parte da população a buscar testes de HIV teria a ver menos com vergonha e mais com um sentimento de futilidade. Qual o sentido de fazer um exame, se perguntavam, se não há possibilidade de receber o tratamento adequado no caso de um diagnóstico positivo?

E mesmo assim, esse cuidado com a visão local é raro nos relatos dos esforços de organizações internacionais. Essa observação é importante para os fins deste trabalho, uma vez que tornará visível o emprego de um modelo de tratamento específico.

Com o objetivo de combater as limitações dos programas anti-HIV haitianos, em 1985, o Partners in Health, organização associada à escola de medicina da Universidade de Harvard, e sua parceira haitiana Zanmi Lasante iniciaram, em 1998, uma iniciativa para levar o tratamento com antirretrovirais às pessoas vivendo com HIV nas zonas rurais do Haiti. Seu objetivo era cobrir todo o Département du Centre, uma região pouco urbanizada do país que comporta cerca de 500 mil habitantes (KOENIG *et al.*, 2004).

O método escolhido foi o emprego de uma categoria de profissionais chamados *accompagnateurs*. Um *accompagnateur* é uma figura local, pertencente à comunidade, muitas vezes vivendo com HIV ou sendo sobrevivente de alguma das chamadas infecções oportunistas (no Haiti, a mais comum é a tuberculose). Esses profissionais recebem um pagamento modesto para visitar lares nas regiões atendidas, informar os moradores sobre a disponibilidade de procedimentos de teste e tratamento, por vezes levá-los até os centros onde isso é feito e, principalmente, realizar o acompanhamento periódico da ingestão dos medicamentos que são distribuídos gratuitamente nesses centros já mencionados (*Idem*; MUKHERJEE e EUSTACHE, 2007; WALTON *et al.*, 2004).

No início do século XXI, o Haiti recorreu ao Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária e foi contemplado com um investimento para incrementar seus programas de prevenção e combate ao HIV (WALTON *et al.*, 2004). O resultado foi a expansão do programa de *accompagnateurs* para além dos limites do Département du Centre, e o abastecimento robusto de clínicas com medicamentos. Isso levou a visitas mais frequentes e mais numerosas às clínicas, a um aumento nos índices de tratamento de questões básicas de saúde (uma vez que os programas de prevenção e combate ao HIV contemplam também o cuidado com infecções oportunistas), a uma redução nos indicadores de alastramento do HIV e, vale notar, à comprovação, pelos autores do estudo que mensurou esses acontecimentos, de que o “estigma” ao redor do HIV teria sido vencido pela maior solidez dos dispositivos de enfrentamento do vírus. Chamo atenção para esse último ponto porque, primeiramente, ele remete à questão debatida anteriormente sobre o emprego descuidado de categorias sem atenção às compreensões locais das mesmas, mas também porque, mesmo apoiando a hipótese de Castro e Farmer (2005) sobre como funciona o “estigma”, ele repete o equívoco de lançar mão do conceito sem entrar em detalhes sobre como seus próprios interlocutores o formulam.

Aqui se encaixa o ponto central desta seção do texto. Há formas diversas de se encarar o HIV; os modelos biomédicos são apenas parte das possibilidades de modelos de prevenção e tratamento. De fato, poderíamos argumentar que “prevenção” e “tratamento” são categorias específicas que remetem a históricos de gerenciamento de saúde populacional, novamente inclinando-nos em direção aos escritos de Foucault sobre a biopolítica. Para além disso, podemos também resgatar os escritos de Preciado (2018) sobre o regime farmacopornográfico – “os processos de governo biomolecular (fármaco-) e semiótico-técnico (-pornô) da subjetividade sexual” (*Ibid.*, p. 37).

Para Preciado, o governo dos corpos evoluiu para além dos modelos descritos por Foucault e hoje opera a nível infracorporal por meio das tecnologias de intervenção e transformação de corpos e desejos – os tratamentos hormonais, os métodos contraceptivos, as próteses físicas, a realidade masturbatória do consumo dos produtos da indústria pornográfica, e também a triterapia anti-AIDS (*Ibid.*, pp. 37, 40). Consequentemente, é difícil imaginar os corpos e as sexualidades contemporâneas antes das formas de controle, intervenção e regulação operantes sobre eles. Em outras palavras, deixa-se de imaginar outros corpos e outras sexualidades que não aquelas regidas farmacopornograficamente. Os tratamentos biomédicos de prevenção, combate e controle

do HIV orientam a produção, portanto, de seus corpos correlatos. Ao mesmo tempo, a farmacopornografia é uma realidade industrial e capitalista, e por isso depende da reprodução sistemática de suas criações. Não basta, para a indústria farmacêutica, criar modos de tratamento e prevenção de doenças e epidemias; esses precisam se alastrar, como vírus, de seus centros produtores até locais como o Haiti.

Porém, o que os modelos biomédicos encaram como uma epidemia viral construída com base em questões de infraestrutura, políticas governamentais e comportamento individual pode ser descrito em termos como bruxaria, por exemplo, como acontece em lugares do Sudão (ALLEN, 2007). Entre um polo e outro – a biomedicina e a bruxaria – existe uma escala cromática de variações que podem incorporar elementos de um ou de outro modelo.

Segundo Farmer (1992), é exatamente esse o caso em ao menos um lugar do Haiti. No vilarejo de Do Kay, pessoas que adoecem com sintomas que eventualmente seriam identificados como HIV em clínicas médicas entendem seu adoecimento, assim como fazem seus vizinhos, não *apenas* com o vocabulário biomédico de agentes infecciosos microscópicos, mas também com o vocabulário da *maji* – “magia”, no crioulo haitiano, uma designação para certas práticas predominantemente descritas como métodos de ataque. Nesses esquemas descritivos, é inteiramente possível identificar doenças de toda sorte como resultado de agentes virais ou bacterianos que foram *enviados* aos pacientes pelo trabalho encomendado de uma pessoa competente em tais técnicas. Farmer destaca que os itinerários de cuidado haitianos podem abarcar tanto um médico quanto um *houngan* – um sacerdote competente nos conhecimentos e práticas espirituais de bem-estar e adoecimento–, de modo que medicina e *maji* (e os modos de combatê-la) podem existir ao longo de um mesmo processo de adoecimento e terapia. Os esquemas descritivos e medicinais aplicados ao HIV ou a qualquer outro tipo de infecção podem variar muito entre locais e até entre indivíduos, mas uma ruptura radical que oponha a biomedicina e outros saberes de cura e doença torna difícil a compreensão efetiva de como se lida com o vírus.

De fato, podemos imaginar o caso dos *accompagneurs* como um exemplo de um reconhecimento da necessidade de se engajar agentes capacitados para navegar pelo universo social e cultural local, em vez de apenas implementar verticalmente categorias científicas sem qualquer abertura para o diálogo simétrico com outras formas de enquadramento do mundo. O que busco assinalar neste trabalho é que isso pouco aparece na literatura médica internacional, de modo que o que é registrado na escrita não abarca

essa simetria. Isso exige uma reflexão sobre como se constroem modelos preventivos a partir da produção científica sobre a epidemia de HIV no Haiti.

Empresto o termo “modelo preventivo de AIDS” de Larissa Pelúcio (2009), que conduziu uma etnografia entre travestis trabalhadoras do sexo na cidade de São Paulo, olhando para as disjunções entre os discursos sobre HIV/AIDS mantido pela iniciativa DST/AIDS Cidade de São Paulo e os conhecimentos e as práticas das travestis em seu cotidiano. A autora adentrou no histórico das categorias que são hoje cruciais para a compreensão da visão hegemônica sobre o HIV nos chamados países industrializados: o contágio, os fluidos corporais potencialmente infecciosos, a sexualidade regrada de acordo com padrões monogâmicos e reprodutivos e a busca pela identificação do sujeito contagioso no “outro”, seja esse o “outro” sexual, racial ou nacional (*Ibid.*, p. 28).

Pelúcio leva esta análise adiante, mostrando como a regulação da sexualidade vira um aspecto fundamental dos modelos preventivos de AIDS nas sociedades ocidentais em geral. Isso não surge necessariamente como uma inovação dos esforços contra o HIV, mas como uma continuação de uma preocupação já antiga da medicina – Foucault, argumenta Pelúcio, sinalizava que “regrar a sexualidade considerada promíscua tem sido (...) interesse da medicina e do Estado desde o século XIX” (*Ibid.*, p. 34).

Nessa constelação, a sexualidade promíscua se configura como aquele conjunto de práticas sexuais variadas que destoam de uma regra heteronormativa de sexo em relações estáveis, exclusivas e duradouras entre duas pessoas, preferivelmente de sexos opostos. Segundo Pelúcio, mesmo ao tornar seu olhar regulador àquelas formas de sexo que não essa, porém, os modelos preventivos não o fazem uniformemente. Ainda apresentam certas nuances curiosas. Uma delas é observável no caso das travestis trabalhadoras do sexo que se relacionam com clientes homens autoafirmados heterossexuais. Nessas situações, são as travestis o alvo das políticas de saúde, ficando esses homens de fora da intervenção. A autora sugere que isso acontece porque esses homens são “‘insuspeitos’, uma vez que, numa perspectiva heterocentrada, eles agem dentro do esperado do exercício da sexualidade masculina” (*Ibid.*, p. 34).

Crucialmente, Pelúcio recorre ao entendimento das travestis sobre sua vida cotidiana para mostrar que os modelos preventivos dominantes mantêm uma relação duvidosa com a moral sexual, o prazer e o amor. Algumas das interlocutoras da pesquisa afirmam que suas práticas de prevenção mudam conforme os parceiros com quem se relacionam – mais de uma pessoa disse que, ao se relacionar com homens com quem tem

fortes laços afetivos, a prevenção dá lugar ao sexo sem camisinha pelo prazer da remoção da preocupação com o contágio. Em um modelo preventivo primariamente preocupado com questões de contágio e cuidado individual, há pouco espaço para essas práticas existirem sem o julgamento da irresponsabilidade.

Trachman e Girard (2018) argumentam algo parecido ao falar sobre o Ipergay, um estudo clínico direcionado a homens gays franceses praticantes do *bareback*, o sexo anal sem camisinha. A divulgação do estudo era voltada explicitamente para esse público, em uma manobra pouco usual de reconhecimento de práticas sexuais assumidamente “arriscadas” na perspectiva dos modelos padrão de prevenção. Porém, argumentam os autores, em última instância o estudo insistia em uma visão moralista do risco como algo do domínio da falibilidade humana. Visando levar esforços de prevenção a praticantes conscientes do sexo “arriscado”, o estudo sugeria uma compreensão de que o comportamento chamado de risco existe apenas na ausência dos esforços adequados de alcançar seus adeptos. O que temos aqui, assim como no caso estudado por Pelúcio, é a implementação insistente de um princípio básico comum a diversos esforços anti-HIV: a ideia de que a supressão do alastramento do vírus é, em parte bastante significativa, um dever moral da população e, especialmente, daqueles indivíduos pertencentes aos chamados grupos de risco.

Se a literatura for alguma indicação do fenômeno, esse é o tipo de modelo preventivo apoiado por financiamento internacional no Haiti – um modelo que, como já estabelecemos, encaixa esse fenômeno em um vocabulário epidemiológico e estabelece um sistema de prevenção e tratamento que passa por inculcar às populações locais a importância de um comportamento “cidadão” diante do vírus. Esse comportamento passa, essencialmente, pela “educação” sobre os canais e as formas de prevenção e tratamento, bem como pela adoção responsável individual do hábito de ingestão de medicamentos. Poderíamos apontar para o sistema de *accompagneurs* como um sinal de que existe uma dimensão coletivista no caso desse modelo. Talvez isso seja verdade. O fato é que, nos estudos publicados com financiamento de instituições estrangeiras e que versam sobre os desafios e sucessos desse modelo preventivo em especial, as relações entre os *accompagneurs* e os sujeitos que eles atendem são pouquíssimo exploradas. O que se abstrai delas são índices de sucesso ou fracasso de políticas de saúde, e não compreensões profundas sobre relações comunitárias – nada sobre a cosmologia local no que tange aos laços entre saúde, doença e comunidade.

Além disso, as já costumeiras preocupações com os hábitos sexuais do público-alvo do modelo de tratamento se repetem. Vários dos trabalhos mencionam passageiramente algum tipo de desigualdade de gênero no contexto haitiano, que teria reflexo em práticas sexuais que colocam mulheres em risco de infecção (DESCHAMPS *et al.*, 2000; KOENIG *et al.*, 2004; MUKHERJEE e EUSTACHE, 2007; MALOW *et al.*, 2010). Outro aponta para a prática de “sexo seco”, o sexo vaginal heterossexual feito após a inserção de substâncias adstringentes no canal vaginal, difundido não apenas no Haiti mas na República Dominicana, em alguns países africanos e entre parte da população negra dos EUA, como um comportamento especialmente arriscado no contexto da epidemia do HIV (HALPERIN, 1999). Esse comportamento, celebra o estudo, estaria em vias de ser combatido pelos esforços de especialistas em “educar” as populações (*Idem*). Novamente, as considerações êmicas sobre o “sexo seco” não passam de breves comentários sobre desigualdade de gênero (seria uma exigência vertical, feita por homens sobre mulheres) que insinuam que há pouco a se entender sobre a prática para além de como erradicá-la.

Conclusão

Apresentei este longo argumento, culminando em considerações sobre os modelos preventivos de AIDS existentes no Haiti, para retornar ao estudo sobre a entrada do HIV nos EUA. Meu objetivo não é estabelecer uma relação causal, como se esse estudo tivesse estabelecido a lógica que levou à atuação internacional do plano da saúde haitiana, ou como se os esforços deste tipo tivessem como consequência direta o estudo em questão. Muito menos tenho a intenção de negar a importância da colaboração internacional e da aplicação de conhecimentos médicos especializados no tratamento e na prevenção do HIV. Em vez disso, busquei tornar evidente como tanto as atuações estrangeiras na saúde haitiana quanto o estudo que tenta localizar a origem do HIV nos EUA em um imigrante haitiano compartilham uma constelação de conceitos médicos, geográficos, sociológicos e políticos.

Nessa lógica, a identificação do Haiti (como país subalterno) como a origem do HIV (como questão epidemiológica) nos EUA (como país geopoliticamente central) investe em uma configuração cosmológica que é apoiada e validada pelos esforços de combate ao vírus no país. Ao estender o vocabulário epidemiológico para essa nação sem manter espaço para considerações sérias sobre como o HIV acontece na prática nas relações entre pessoas lá, os esforços internacionais de saúde cobrem o Haiti com sua manta de *expertise*

e, no mesmo movimento, transformam-no em um reflexo de suas formas de conhecimento. Porém, a questão haitiana tem outra dimensão. Por ocupar um local bastante específico – como o país mais pobre do hemisfério, hospedeiro da epidemia de HIV mais alarmante – e por ter uma relevância especial na história das relações pós-coloniais (por motivos já citados), o Haiti se torna um polo excepcional de validação das ações e dos conhecimentos de órgãos radicados no Norte global. Como Trouillot (1990) sinaliza, é antiga a descrição do Haiti como um assentamento aberrante no palco global, um nexo de radicalismos existenciais. O país é referido como fonte de “lições” sobre como enfrentar o HIV no chamado mundo subdesenvolvido (WALTON *et al.*, 2004). Isso acontece justamente porque, na ótica desses órgãos, está ali o ponto mais crítico da epidemia no hemisfério ocidental. Essa posição radical transforma o Haiti em um campo extremo de testes de métodos de prevenção e tratamento; os conhecimentos testados ali, quando bem-sucedidos, refletem não apenas no cenário local, mas na própria adequação desses conhecimentos de enfrentar a epidemia do HIV como algo global.

Consequentemente, dizer que está no Haiti a origem da entrada do HIV no Ocidente desenvolvido não é apenas uma constatação genealógica ou histórica. É uma constatação, acima de tudo, cosmológica, que investe no histórico desse país como pivô de transformações sociológicas continentais. O Haiti não é algo autoevidente. Ele nasce e renasce, até hoje, nas relações de contraste, ocupação e colonialidade com os principais poderes globais.

Referências

- AGUIÃO, Silvia. **Fazer-se no Estado**: Uma etnografia sobre o processo de constituição dos LGBT como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.
- ALLEN, Tim. “Witchcraft, Sexuality and HIV/AIDS Among the Azande of Sudan”. **Journal of Eastern African Studies**, vol. 1, n. 3, pp. 359-396, 2007.
- CABELLO, Marina *et al.* “Spatiotemporal Dynamics of Dissemination of Non-Pandemic HIV-1 Subtype B Clades in the Caribbean Region”. **PLOS One**, vol. 9, n. 8, pp. 1-12, 2014.
- CASTRO, Arachu; FARMER, Paul. “Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti”. **American Journal of Public Health**, vol. 95, n. 1, pp. 53-59, 2005.
- DANIELS, Joe Parkin. “Haiti’s Complex History with HIV, and Recent Successes”. **The Lancet**, vol. 6, pp. 151-152, 2019.
- DESCHAMPS, Marie-Marcelle *et al.* “HIV Infection in Haiti: Natural History and Disease Progression”. **AIDS**, vol. 14, n. 2016, pp. 2515-2521, 2000.
- DUBOIS, Laurent. **Haiti: The Aftershocks of History**. Nova York: Metropolitan Books, 2012.
- FARMER, Paul. **AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame**. Berkeley: University of California Press, 1992.
- FOUCAULT, Michel. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- GAILLARD, E. M. *et al.* “Understanding the Reasons for the Decline of HIV Prevalence in Haiti”. **Sexually Transmitted Infections**, vol. 86, pp. S14-S20, 2006.
- GILBERT, M. Thomas P. *et al.* “The Emergence of HIV/AIDS in the Americas and Beyond”. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, vol. 104, n. 47, pp. 18566-18570, 2007.
- HALPERIN, Daniel T. “Dry Sex Practices and HIV Infection in the Dominican Republic and Haiti”. **Sexually Transmitted Infections**, vol. 75, pp. 445-446, 1999.
- HURBON, Laënnec. **Le barbare imaginaire**. Paris: Les Éditions du Cerf, 1988.
- JUNQUEIRA, Dennis Maletich *et al.* “Reviewing the History of HIV-1: Spread of Subtype B in the Americas”. **PLOS One**, vol. 6, n. 11, pp. 1-10, 2011.
- KOENIG, Serena P. *et al.* “Scaling-up HIV Treatment Programmes in Resource-Limited Settings: The Rural Haiti Experience”. **AIDS**, vol. 18, pp. S21-25, 2004.

- LATOUR, Bruno. **We Have Never Been Modern**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
- MALOW, Robert *et al.* “The Impact of Disaster on HIV in Haiti and Priority Areas Related to the Haitian Crisis”. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, vol. 21, n. 3, pp. 283-288, 2010.
- MUKHERJEE, J. S.; EUSTACHE, Fr. E. “Community Health Workers as a Cornerstone for Integrating HIV and Primary Healthcare”. **AIDS CARE: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, vol. 19, pp. S73-S82, 2007.
- MURILLO, Wendy *et al.* “A Single Early Introduction of HIV-1 Subtype B into Central America Accounts for Most Current Cases”. **Journal of Virology**, vol. 87, n. 13, pp. 7463-7470, 2013.
- PAPE, Jean William *et al.* “The Epidemiology of AIDS in Haiti Refutes the Claims of Gilbert *et al.*”. **PNAS**, vol. 105, n. 10, E13, 2008.
- PELÚCIO, Larissa. **Abjeção e desejo: Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2009.
- PRECIADO, Paul B. **Testo junkie: Sexo, drogas e biopolítica na Era Farmacopornográfica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- SAID, Edward. **Orientalism**. Nova York: Pantheon, 1979.
- SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. **Na trilha do arco-íris: Do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.
- SONTAG, Susan. **Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors**. Nova York: Doubleday, 1990.
- STENGERS, Isabelle. **Cosmopolitics I**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2010.
- TRACHMAN, Mathieu; GIRARD, Gabriel. “Targeting Fallible Men: Communication Strategies and Moral Issues in a Pre-exposure Prophylaxis Trial”. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome**, vol. 79, pp. S13-19, 2018.
- TROUILLOT, Michel-Rolph. “The Odd and the Ordinary”. **Cimarrón: New Perspectives on the Caribbean**, vol. 2, n. 3, pp. 3-12, 1990.
- WALTON, David A. *et al.* “Integrated HIV Prevention and Care Strengthens Primary Health Care: Lessons from Rural Haiti”. **Journal of Public Health Policy**, vol. 25, n. 2, pp. 137-158, 2004.
- WEEKS, Jeffrey. **Sex, Politics, and Society: The Regulation of Sexuality Since 1800**. Londres/Nova York: Longman, 1981.
- WOROBAY, Michael *et al.* “Reply to Pape *et al.*: The Phylogeography of HIV-1 Group M Subtype B”. **PNAS**, vol. 105, n. 12, E16.

Recebido em: 16/01/2020
Aprovado em: 21/07/2020