

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO SOCIAL**

**OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE - IMPACTO NA VIDA SOCIAL DO
SOROPOSITIVO: UM ESTUDO COM PORTADORES DE HIV/AIDS**

MARIA APARECIDA CANUTO A. ARRAES

Goiânia, junho de 2002

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO SOCIAL**

MARIA APARECIDA CANUTO A. ARRAES

**OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE - IMPACTO NA VIDA SOCIAL DO
SOROPOSITIVO: UM ESTUDO COM PORTADORES DE HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Prof^a Dra. Anita C. Azevedo Resende.

**GOIÂNIA
2002**

MARIA APARECIDA CANUTO A. ARRAES

**OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE- IMPACTO NA VIDA SOCIAL DO
SOROPOSITIVO: UM ESTUDO COM PORTADORES DE HIV/AIDS.**

Esta Dissertação foi julgada adequada e aprovada para obtenção do título de Mestre em Psicologia na área de concentração - Aprendizagem e comportamento social - da Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 10 de outubro de 2002.

Prof. Rodolfo Petrelli, Dr.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA

Profa. Anita Cristina Resende. Dra.
Orientadora

Profa. Sônia Margarida Gomes Sousa. Dra.
Membro Convidado

Prof. Marcos Corrêa da S. Loureiro. Dr.
Membro Convidado

Ficha Catalográfica

ARRAES, Maria Aparecida Canuto A.

Objetividade e Subjetividade - Impacto na vida social do Soropositivo: Um estudo com portadores de HIV/AIDS. Goiânia, UCG, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, 2002.

xiii , 124 p.

Dissertação: Mestrado em Psicologia.

Orientadora: Anita Cristina Resende.Dra.

1. HIV/AIDS. 2. Subjetividade. 3. Vida social. 4. Sexualidade
5. Ideologia.

I. Universidade Católica de Goiás.

II. Título

A Aline, minha certeza na perenidade da vida.
Andrada, pela partilha, carinho e amor.
Elisa e Alice, meu desejo de paz.

Agradecimentos

Agradecer é um gesto de satisfação, expressão de amor e afeto. Sou muito grata a todos os afetos e amores que têm me acompanhado pela vida.

À professora Anita, o mais precioso de todos os agradecimentos. Agradeço a sua coragem de acreditar e instigar a realização desta dissertação. Agradeço, momento a momento, todo o tempo de sua orientação, pela forma como me provocou para o resgate da liberdade autenticada na construção deste estudo.

Agradeço a experiência profissional no Condomínio Solidariedade, espaço de convivência com portadores HIV/AIDS, onde tive a oportunidade de entrar em contato, pela primeira vez, com essa realidade. Foram momentos de carinho e respeito pelas pessoas que ali tive o privilégio de conhecer. Todos estão vivos em minhas lembranças.

Aos soropositivos que aceitaram participar desta pesquisa, meu sincero agradecimento. Sinto-me feliz e profundamente grata pela confiança que tiveram em dividir comigo suas experiências de vida, seus sentimentos, suas emoções. A vocês, o agradecimento especial.

À equipe do Hospital de Doenças Tropicais pelo apoio constante. Registro o agradecimento especial à Célia e às assistentes sociais Maria do Carmo e Bete.

À Fernanda, coordenadora das ações em DST/AIDS no Estado de Goiás, obrigada pelas trocas e empréstimo de material.

Também à Regina, coordenadora das ações em DST/AIDS no município de Goiânia, obrigada pela atenção e disposição em colaborar com a pesquisa.

Aos queridos e respeitados professores do Departamento de Psicologia com os quais tenho compartilhado a oportunidade de conviver durante anos, o meu obrigada. Participar do seu convívio, mesmo que às vezes na distância, é uma grande alegria. Quero externar meu agradecimento na pessoa do professor Antônio Carlos, professor Márcio Queiroz e professor Rodolfo Petrelli. Sou-lhes grata pela simplicidade e sabedoria na acolhida.

Aos companheiros da política estudantil, dos idos de 80, pessoas com quem tive o privilégio de fazer história enquanto graduanda do Curso de Psicologia na UCG. Vocês são o legado maior de meu desejo de participação. Aos queridos professores Júlio Nascimento, Sônia Margarida, Malu, Norma, Mona, Joselino - aquele tempo está presente, o tempo de sonhar, duvidar, trabalhar e ser feliz - meu carinho, respeito e admiração. Obrigada.

Às amigas Maria Cristina Archetti e Ana Maria Pires, amigas do cotidiano, pela grande amizade, prestimosa e elevada. Amigo Sebastião Benício, grata pela leitura do trabalho e sugestões.

Agradeço às professoras Dra. Sônia Margarida Sousa e Dra. Kátia Barbosa Macedo pela participação na banca de qualificação. Ambas contribuíram de maneira significativa para o aprimoramento deste estudo.

Aos colegas do Conselho Regional de Psicologia, em especial à comissão de direitos humanos da qual tenho sido colaboradora. Obrigada!

Agradeço aos meus pais, “seu” Alencar e “dona” Rosa. Obrigada por terem me ensinado desde cedo a amar a vida.

Enfim, minha gratidão a todos os colegas do mestrado e às pessoas que sonham e buscam dias melhores.

Os homens sempre tiveram que escolher entre sua própria submissão à natureza e a natureza ao si-mesmo. Com a propagação da economia mercantil burguesa, o horizonte obscuro do mito é iluminado pelo sol da razão calculadora, sob cujos raios gélidos amadurece a semente da nova barbárie.

Theodor Adorno

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE: VIDA INDIVIDUAL	
E SOCIAL	08
1.1. Família	11
1.2. Trabalho	13
1.3. Escola	16
1.4. Religião	19
1.5. A Síntese Mediada: Vida Social	20
CAPÍTULO II - O HIV ENTRA NA(S) HISTÓRIA(S)	24
2.1. O Contexto Mundial e o Panorama no Brasil	27
2.2. Sexualidade: Estereótipo e Dominação	33
2.3. Os Desafios da Prevenção	35
2.4. A Realidade HIV/AIDS: O Estado de Goiás e a Cidade de Goiânia	37
2.5. A Condição de Soropositividade: Os Pacientes do HDT	39
CAPÍTULO III - IMPACTO NA VIDA SOCIAL DOS PORTADORES	
DE HIV/AIDS: A CLANDESTINIDADE SOCIAL	55
3.1. Da Condição de Gênero à Predisposição ao Contágio	56
3.2. Reação ao Diagnóstico: Culpa e Racionalização	58
3.3. A Ocultação da Soropositividade no Convívio Social	64
3.4. O Conhecimento Sexual: Sexualidade e (Des)Razão	68

CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
BIBLIOGRAFIA	82
APÊNDICES	86
Apêndice A - Roteiro da Entrevista	87
Apêndice B - Pré-Teste (Entrevistas com os Pacientes)	89
Apêndice C - Ficha para Coleta de Informações nos Prontuários	106
Apêndice D - Termo de Consentimento	107
ANEXOS	108
Anexo A - Ficha de Avaliação de Paciente com SIDA/AIDS	109
Anexo B - Ficha de Notificação/Investigação AIDS	110
Anexo C - Portadores de HIV/AIDS no Estado de Goiás	111

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 - Distribuição Sub-Grupos	04
TABELA 1 - Distribuição Segundo o Nível de Escolaridade	40
TABELA 2 - Distribuição Segundo o Estado Civil	41
TABELA 3 - Distribuição Segundo a Presença de Sintomatologia	42
TABELA 4 - Distribuição Segundo o Comportamento Sexual	44
TABELA 5 - Distribuição Segundo o Uso de Drogas	46
TABELA 6 - Distribuição Segundo o Uso de Preservativos	47

RESUMO

ARRAES, Maria Aparecida Canuto A. **Objetividade e Subjetividade - Impacto na vida social do Soropositivo: Um estudo com portadores de HIV/AIDS em Goiânia, Goiás – Brasil.** 2002. 124p. Dissertação (Mestrado em Psicologia).

Programa de Pós-Graduação strictu sensu em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás. Goiânia.

Este estudo pretende analisar as mediações constitutivas da relação indivíduo e sociedade, o surgimento da realidade HIV/AIDS vinculado às questões da ordem sexual e compreender o processo de objetividade e subjetividade presentes no impacto do HIV/AIDS na vida social do soropositivo. Utilizou o referencial sócio-histórico e a pesquisa qualitativa, partindo do pressuposto de que as instâncias de socialização dos indivíduos, assentadas na cultura, nos valores, na racionalidade e na afetividade, são os fundamentos da constituição da subjetividade. Os dados foram coletados mediante entrevistas e análise de documentos no Hospital de Doenças Tropicais - HDT, referência no Estado de Goiás no atendimento a portadores HIV/AIDS. Os entrevistados foram selecionados entre os pacientes atendidos no hospital a partir do ano 2000. A análise dos documentos e das entrevistas forneceu subsídios para o reconhecimento do impacto do HIV/AIDS na vida social do soropositivo. Os pacientes expressaram, em suas falas, a condição de predisposição ao contágio, a reação frente ao diagnóstico e a elaboração da nova condição em meio ao convívio social. A partir daí, foi possível discutir aspectos relevantes do conhecimento sexual na dimensão do trabalho e da ausência do prazer aliada à produção e expressão da vida e as contradições postas pela lógica racional da sociedade, que engendra mecanismos de coerção e captura e produz um tipo de existência alijada da efetiva inserção social.

Palavras-Chave: HIV/AIDS, Subjetividade, Vida Social, Sexualidade, Ideologia.

ABSTRACT

ARRAES, Maria Aparecida Canuto A. **Objectivity and subjectivity - Impact in social life: a study with HIV/AIDS patients in Goiânia, Goiás – Brazil.** 2002. 124 f. Dissertation (Master of Science Degree in Psychology). Post-graduation program Stricto Sensu in Psychology, Department of Psychology, Universidade Católica de Goiás. Goiânia.

This study intends to analyze the constitutive mediations of the relationship between individual and society, the beginning of HIV/AIDS reality linked to the matters of sexual order and understand the process between objectivity and subjectivity that are present in the impact of HIV/AIDS in the social life of seropositive people. Social-historic reference and qualitative research were used assuming that the instances of socialization of the individuals based on culture, values, rationality, and affectivity are the foundation of the constitution of subjectivity. Data were collected in interviews and through the analysis of documents of Hospital de Doenças Tropicais – HDT, in Goiânia-GO, a reference in the State of Goiás in attending HIV/AIDS patients. The people interviewed were selected among the patients that have been attended in the hospital from the year 2000 on. The analysis of the documents and the interviews gave subsidies to the recognition of the impact of HIV/AIDS on the patients' social life. The patients expressed, in their speeches, the condition of predisposition to contamination, the reaction to the diagnosis and the elaboration of their new condition in their social environment. Thus, it was possible to discuss relevant aspects of sexual knowledge in the work sphere and the lack of pleasure combined with the production and expression of life and the contradictions set by rational logic of this society, which engenders coercion and capture mechanisms that produce a type of existence apart of effective social participation.

Word-key: HIV/AIDS, Subjectivity, Social Life, Sexuality, Ideology.

INTRODUÇÃO

Fome, miséria e AIDS vão disputar as manchetes da imprensa internacional sobre o país. Fome e miséria porque as produzimos há muito tempo. AIDS porque tem, aqui, a mesma cara da miséria. A maioria rica trata-se, os pobres simplesmente morrem.

Herbert de Sousa, o Betinho¹ (1993:17)

Indivíduo e sociedade são frutos de um processo histórico. Ao mesmo tempo em que os indivíduos produzem a história da sociedade em que vivem são também produzidos por ela. Num constante dinamismo, as objetivações produzidas na exterioridade do mundo vão sendo postas na subjetividade dos sujeitos atores do mundo social (Resende, 1987).

Buscando investigar a temática da relação entre vida social e AIDS, este estudo se pauta pelo referencial sócio-histórico e pelo modelo interpretativo da pesquisa qualitativa. Propõe percorrer os vieses de construção de determinadas e específicas formas de constituição da vida social produzidas na realidade específica do portador de HIV²/AIDS³ e dar visibilidade a esse processo de construção. O problema investigado é o impacto do surgimento do HIV/AIDS na identidade e na vida social dos indivíduos.

¹ Herbert José de Sousa, Betinho, nasceu dia 03 de novembro de 1935 em Minas Gerais e faleceu em 1997. Sociólogo. Betinho era hemofílico, como seus dois irmãos, o cartunista e humorista Henfil e o compositor Francisco Mário. Os três contraíram o vírus da Aids por transfusão de sangue. No começo de 1988, seus dois irmãos morreram, mas Betinho agregou, em sua luta pela liberdade, a denúncia de uma epidemia que mexe em temas como medo, sexualidade e morte. Em 1986, fundou a Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS (ABIA).

² Agente etiológico da AIDS foi identificado por Luc Montagnier, em 1983, na França, que o denominou LAV (*lymphoedemopatht associated virus*) e por Robert Gallo, nos EUA, que chamou-o de HILV – III (*Human T - cell lymphotropic virus type III*). Em 1988, o comitê internacional para taxonomia de vírus atribuiu aos retrovírus isolados na França e nos EUA a designação comum de *Human Immunodeficiency Virus* - HIV-, diante da conclusão de que eles tinham características bastante semelhantes, na verdade, eram o mesmo vírus. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1995: 63-64)

³ AIDS – Sigla, em inglês: *acquired immuno deficiency syndrome* que significa Síndrome da imunodeficiência adquirida. Ministério da Saúde (1995: 63).

Com essa investigação, objetiva-se: compreender as esferas de mediação constitutivas do indivíduo e da sociedade; reconhecer os mecanismos do surgimento da realidade HIV/AIDS vinculados às questões de ordens sexual e social; e estabelecer a relação existente entre objetividade e subjetividade na constituição do indivíduo soropositivo.

Um estudo científico exige lançar um olhar sobre a realidade que procure revelar o que imediatamente não se revela, e que só será possível de ser apanhado nos entremeios das mediações constitutivas do objeto investigado, que historicamente vai se constituindo como processo em efetivo e constante movimento. Esse ponto de partida constitui-se numa inflexão fundamental no aspecto metodológico, que não dissolve a concepção de ciência numa visão imprecisa, generalista e abstrata. Ao estudar questões atinentes à metodologia de pesquisa social, Minayo (1999) analisa algumas abordagens do pensamento científico e conclui:

Quando tomamos diferentes correntes de pensamento para abordar, a partir delas, questões metodológicas, assumimos a postura segundo a qual a ciência em geral não existe. Há práticas científicas diferenciadas, desigualmente desenvolvidas e que têm como substratos “visões sociais de mundo” teoricamente diversas (1999: 86).

Rey (2002) ao analisar aspectos inerentes ao estudo da “epistemologia qualitativa em psicologia” entre outros, ressalta a *condição do pesquisador como sujeito e a importância de suas idéias na produção do conhecimento*, afirmando que a epistemologia qualitativa é:

Um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana (2002:29)

Trabalhar, em 1999, enquanto responsável pelo setor de psicologia de uma instituição denominada “Condomínio Solidariedade”, que assiste portadores HIV/AIDS em Goiânia, permitiu verificar a ausência de estudos e referências acerca da condição do soropositivo em Goiânia. Com uma atitude inaugural - uma vez que em Goiás inexistem trabalhos sistematizados e publicados sobre o tema, - abriu-se, com este estudo, um campo de investigação destinado a conhecer essa realidade.

Para tanto, buscou-se o Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad – HDT, que é o centro de referência para o atendimento a portadores HIV/AIDS no Estado de Goiás. A origem e a história do hospital, descritas em documento produzido pela equipe administrativa, intitulado Relatório de Gestão (2001), apresentam seu início em 1975, no espaço físico do então denominado Hospital do Pênfigo. A fusão do Hospital do Pênfigo com o Pavilhão Carlos Chagas resultou na fundação, no dia 10 de janeiro de 1977, do Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad - HDT, situado na Avenida Contorno, nº 3556, Jardim Bela Vista, na cidade de Goiânia, no Estado de Goiás.

Até meados do ano de 1960, a função básica do hospital se restringia a retirar do convívio social os doentes de varíola e sífilis. Criadas novas áreas de isolamento, houve aumento do corpo clínico e da clientela, passando a ser internados principalmente pacientes com difteria, poliomielite, sarampo e tétano. O HDT inscreve em sua trajetória algumas epidemias que assolaram o Estado de Goiás, como a de poliomielite, no início de 1970, uma grande epidemia de doença meningocócica de 1972 a 1978 e vários surtos epidêmicos graves, como febre amarela, meningites, hepatite, leishmaniose. A partir de 1980, o HDT passou a internar pacientes de hanseníase, malária, acidentes ofídicos, micoses profundas, soropositividade, síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS e tuberculose, entre outras pneumopatias.

O HDT é uma unidade hospitalar de complexidade técnica em nível de atenção terciária e integra o Sistema Único de Saúde - SUS como unidade especializada de Referência Nacional. É referência também para o Centro-Oeste, em doenças infectocontagiosas, contando com unidade de terapia intensiva e, brevemente, UTI pediátrica. Atende, em média, seis mil pacientes/mês em ambulatório e realiza cerca de sete mil exames laboratoriais/mês em pacientes internos ou atendidos ambulatorialmente (Relatório de Gestão, 2001). O perfil delineado indica que a média de idade dos pacientes fica entre 25 e 40 anos e que 58,14% são do sexo feminino. Quando se refere a pacientes soropositivos, o perfil da clientela se altera, caindo a média de idade para 20 a 40 anos e aumentando o percentual do sexo masculino para 64,17%.

O HDT é, portanto, o campo real em que se insere a produção das informações sobre a realidade HIV/AIDS em Goiânia - Goiás. A presente

discussão se baseia em informações colhidas nessa instituição, a partir do acesso a um documento listando o nome de 249 pacientes diagnosticados como soropositivos que iniciaram o tratamento a partir do ano 2000.

O trabalho começou com o ordenamento e a distribuição do quantitativo da lista em subgrupos, separados por sexo e blocos de faixa etária. Priorizou-se desenvolver o estudo com a faixa etária a partir de 18 anos de idade. Nesse sentido, foram retirados 27 nomes que tinham idade abaixo dos 18 anos. Sendo assim, trabalhou-se com uma lista contendo 222 nomes de pacientes cadastrados. A distribuição por idade levou à formação de 9 grupos e obedeceu a intervalos de cinco em cinco anos em sete deles, do segundo ao oitavo; o primeiro grupo contemplou 7 anos, que vão de 18 a 24; o nono grupo abarcou 9 anos: de 60 a 68. A cada intervalo, estabeleceu-se um código (letra do alfabeto) para especificar uma correspondência com cada faixa etária. Destaca-se que, na faixa etária que vai de 50 a 68 anos, foi utilizada a mesma letra (G), no sentido de, pelo número reduzido de pessoas nessa faixa etária, posteriormente poder-se condensá-las em um só bloco.

O Quadro 1 explicita a distribuição:

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUBGRUPOS

Faixa etária	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-68
Código	A	B	C	D	E	F	G	G	G

Fonte: prontuários de pacientes em tratamento no HDT (2000)

Essa distribuição possibilitou a subdivisão em dois subgrupos: um com 127 pessoas do sexo masculino e outro com 95 pessoas do sexo feminino. Em seguida, foi separado, de forma aleatória, um sujeito por idade em todos os blocos, o que correspondeu ao total de 58 sujeitos, 29 do sexo masculino e 29 do sexo feminino. Eliminada uma paciente por óbito, ficaram 28 sujeitos do sexo feminino, num total de 57 sujeitos participantes.

Utilizou-se uma ficha (Apêndice A) para a coleta de dados nos prontuários dos pacientes HIV/AIDS. Nesse primeiro momento, apreenderam-se informações sobre homens e mulheres acerca de: escolaridade; estado civil; sintomatologia - sintomático/assintomático; comportamento sexual (homossexual, heterossexual,

bissexual); “promiscuidade⁴”; uso de drogas; e uso de preservativo. Até o momento da coleta dos dados, a ficha de notificação de casos de HIV/AIDS, intitulada “Ficha de Avaliação de Paciente com SIDA/AIDS” (Anexo A), indicava a presença do dado “promiscuidade”. Atualmente, tal documento está padronizado pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAM (Anexo B) e não dispõe de tal classificação.

Uma nova seleção visou separar os indivíduos que seriam entrevistados. Identificando aqueles residentes em Goiânia, reduziu-se o grupo a 27 sujeitos: 14 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. A localização dos pacientes foi dificultada pela mudança de endereço, alteração nos números de telefone e desatualização dos prontuários. A constatação de óbitos não registrados e a negativa de alguns à participação reduziram os casos para 6 do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

A definição de 10 pacientes do sexo feminino e 6 do sexo masculino permitiu, então, a redistribuição das idades em apenas três faixas, contemplando ambos os sexos: de 18 a 29 anos; de 30 a 39 anos e de 40 a 58 anos de idade. Ao considerar um representante de cada sexo para cada faixa etária, a intenção de obter um grupo de 6 pessoas, 3 sujeitos do sexo feminino e 3 do masculino, foi concretizada a partir de sua disposição em participar da pesquisa, manifesta individualmente já no primeiro contato por telefone com a pesquisadora. As entrevistas foram agendadas e realizadas em uma sala privativa cedida pelo serviço social do HDT.

O estudo foi realizado a partir do levantamento dos dados quantitativos disponíveis no HDT, da análise de documentos e de entrevistas com portadores de HIV/AIDS. Considerando-se a fala como reveladora das construções

⁴ Paiva considera criminosa a idéia de promiscuidade associada à AIDS: “A construção social e histórica da AIDS em nosso mundo, tão marcado pelas tradições patriarcais mais rígidas, é baseada na idéia da ‘morte’ e da ‘promiscuidade’. Essa idéia determinou o atraso criminoso de intervenções na área da saúde pública, contribuiu para o adiamento da prevenção mais eficaz e da adoção de linhas de pesquisa médica que nos levassem mais rapidamente às vacinas e aos remédios” (1992: 8). E continua: “Trabalhar com classificações do tipo comportamento promíscuo ou não promíscuo foge totalmente dos nossos objetivos. Principalmente porque promiscuidade não se define apenas por número e/ou rotatividade de parceiros sexuais, mas tradicionalmente por atos que se realizam no território estrangeiro à ordem familiar; nas sombras onde se imagina que somos mais poderosos, porque menos submissos a ordens e imperativos sociais (1992: 11).

efetivadas na realidade social, utilizou-se a entrevista como instrumento para a coleta de dados, de modo a garantir as mediações constitutivas para a compreensão do impacto da condição de portador HIV/AIDS na identidade e na vida social do sujeito soropositivo. A entrevista viabilizou o acesso às informações que consubstanciaram o objeto deste estudo.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (Minayo, 1999:109)

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi esboçado para contemplar os aspectos centrais na discussão do tema. A entrevista caracterizou-se como semi-estruturada. Sobre o roteiro da entrevista, Minayo enfatiza que:

...suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação. (1999:121)

O roteiro de entrevista foi submetido a estudo piloto num pré-teste (Apêndice C), que foi reeditado com dois componentes que se dispuseram a participar, contribuindo para a validação do instrumento.

Um Termo de Consentimento (Apêndice D) foi assinado por aqueles que se dispuseram a ser entrevistados, garantindo as exigências da ética na pesquisa com seres humanos, inclusive o anonimato na publicação dos resultados.

Os dados dos prontuários e as informações prestadas durante a entrevista completaram o perfil dos pacientes. Cada sujeito pesquisado recebeu um nome fictício que o identifica durante o estudo: Glória – 20 anos: estudante, cursou até a 7ª série do ensino fundamental, é solteira, mãe de três filhos e atualmente não trabalha; Diva – 40 anos: auxiliar de consultório dentário, cursou o ensino fundamental completo, é solteira, mãe de dois filhos e atualmente não trabalha; Marta – 44 anos: do lar, viúva, tem dois filhos, cursou até a 6ª série do ensino fundamental e atualmente não trabalha. Os sujeitos do sexo masculino são: Carlos - 29 anos: tapeceiro, solteiro, cursou o ensino fundamental completo, atualmente trabalha numa fábrica de movéis; Jânio - 40 anos: cobrador de ônibus,

solteiro, cursou o ensino médio completo, atualmente está em licença pelo Instituto de Seguridade Social - INSS e aguarda perícia para retornar às suas funções; Vilson - 47 anos: é engenheiro civil, casado, tem dois filhos e atualmente pretende trabalhar como autônomo.

A partir desses procedimentos e da análise dos dados coletados, a exposição do trabalho se organizou da seguinte forma:

O Capítulo I - Objetividade e Subjetividade: Vida Individual e Social - discute as mediações produtoras da realidade social e individual: indivíduo, sociedade, família, trabalho, escola, religião, e vida social.

O Capítulo II - O HIV na(s) História(s) - apresenta o panorama constitutivo da realidade HIV/AIDS no mundo e no Brasil, destacando pontos relevantes sobre a sexualidade e a prevenção, bem como a apresentação da realidade HIV/AIDS no Estado de Goiás e na cidade de Goiânia a partir da análise dos dados levantados dos prontuários de 57 pacientes atendidos no HDT a partir do ano 2000.

O Capítulo III, intitulado Impacto na Vida Social dos Portadores de HIV/AIDS: Clandestinidade Social, faz uma leitura das entrevistas com os pacientes, nas questões do impacto da soropositividade na vida dos portadores HIV/AIDS e nos aspectos relacionados à clandestinidade social.

CAPÍTULO I

OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE: VIDA INDIVIDUAL E SOCIAL

A vida é uma farsa barulhenta. Nada tem que a justifique. E não é nada do que promete. Por isso mesmo é uma mentira adorável. Uma ficção pelo inverso do disfarce. Uma invenção. A ser falada. Ao vivo.

Herbert Daniel⁵ - (1991:14)

Para compreender a relação que se estabelece entre a vida individual e a vida coletiva faz-se necessário retomar a análise da sociabilidade humana. É impossível viabilizar a vida humana e as relações entre as pessoas se não permeadas pela realidade constituída, pela universalidade social. A par da relevância do projeto que estrutura a organização da convivência grupal, há que se abdicar dos desejos individuais. Essa, que seria a base do projeto civilizatório, é uma idéia que já ressoa em Freud (1974) que, em “*O futuro de uma ilusão*”, elucida os percalços do processo de socialização humana e as dificuldades inerentes à sua consecução. Identifica o superego como força externa determinante do controle das forças instintivas que buscam, sempre, satisfação imediata do impulso.

Não é verdade que a mente humana não tenha passado por qualquer desenvolvimento desde os tempos primitivos e que, em contraste com os avanços da ciência e da tecnologia, seja hoje a mesma que era nos primórdios da história. Podemos assinalar de imediato um desses progressos mentais. Acha-se em consonância com o curso do desenvolvimento humano que a coerção externa se torne gradativamente internalizada, pois um agente especial, o superego do homem, a assume e a inclui entre seus mandamentos. Toda criança nos apresenta esse processo de transformação; é só por esse meio que ela se torna um ser moral e social. Esse fortalecimento do superego constitui uma vantagem cultural muito preciosa no campo psicológico (1974:22)

⁵ Herbert Eustáquio de Carvalho, Herbert, nome de pia e registro; Daniel, cognome. Nasceu dia 14 de dezembro de 1946 em Belo Horizonte - MG. Morreu no Rio de Janeiro dia 29 de março de 1992. Estudante de medicina na UFMG, militante político. O legado recente que Herbert Daniel deixou para a humanidade foi sua luta para desarmar e entender o pânico e, às vezes, a violência causada pela complexidade cultural da linguagem distorcida associada à AIDS. Herbert Daniel imaginou outras possibilidades mais lúcidas e humanas sobre as relações sociais, médicas e trabalhistas. Sugeriu respostas solidárias para o desafio do convívio da humanidade com mais um vírus mortal, sobre - viver com AIDS.

A tensão tende a ser permanente frente às restrições postas pela civilização. Resende (1987) analisa o processo que se instaura entre desejo e realidade e tece uma discussão acerca da impossibilidade de constituição de uma subjetividade autônoma concebida e tão almejada pelo ideário do projeto burguês. Assim, a autora enfatiza a relevância da participação do outro e ressalta que é na realidade externa e objetivada que se assenta a base de constituição da subjetividade; não existe uma subjetividade autônoma, ela se dá na relação. E afirma que (1987:30) “*o psiquismo não foi sempre o mesmo e, se a relação com o outro é fundamental e se essa relação não é dada a priori, Freud aponta para as possibilidades do futuro*”. Esse fio fornece indicativos do esforço de Freud para compreender a condição de dependência e atrelamento humano à civilização bem como aos outros homens:

Os objetos externos com os quais os indivíduos se defrontam, entre os quais os próprios ‘outros’ homens, compõem, juntamente com a vida pulsional, aquilo que serão as possibilidades de evolução e construção do indivíduo. (Resende, 1987:32)

O modo de produção capitalista foi o objeto estudado por Marx (1985) em “*O capital*”, em que são apresentados pontos fundamentais do estudo e a afirmação de que o capital, no lugar de coisa, “*é relação social, relação de exploração dos operários pelos capitalistas*” (1985:XXXVII). O contraponto estabelecido por Resende (1987) à obra de Marx pretende alcançar a compreensão acerca da objetividade social evidenciada pelo autor ao analisar a sociedade capitalista. Para tanto, a constante que a autora persegue, ao lançar mão das perspectivas teóricas de Freud e Marx, é considerar a inviabilidade da existência do indivíduo a-histórico.

Assim, indivíduo e sociedade, longe de serem entes separados e autônomos, representam, ao contrário, aspectos constitutivos e interdependentes de uma só realidade em constante reciprocidade. A vida social constitui-se na historicidade desse movimento, na produção efetivada pelas necessidades humanas que, ao serem geradas, são supridas pelo trabalho, ótica em que o homem cria e recria a si e ao mundo em que vive, ou seja, faz a história de sua vida individual bem como a história coletiva de sua civilização.

Em meio às reflexões e argumentos dispostos pela discussão que apresenta, Resende conclui:

... tem-se posto que o indivíduo e a sociedade não se constituem como realidades distintas. Ao contrário, constroem-se no mesmo processo no qual o indivíduo se constitui enquanto subjetivação e internalização da objetividade social e a sociedade se constitui enquanto as muitas e diferentes expressões objetivadas dessa subjetividade (1987: 33)

Ainda como ponto conclusivo do estudo, a autora acentua a *conversão* do homem de ente da natureza para ente histórico e acrescenta que o trabalho é a categoria primordial de compreensão da concreticidade da relação indivíduo e sociedade. Indivíduo e sociedade são mesmo realidades efetivadas na história. É na história que se organiza o campo concreto onde cada um e todos vão promover sua existência concreta, num grande embate de sobrevivência e contradição social.

Ianni (1996) fornece elementos de reflexão e análise do mundo moderno e faz crer que este representa a consagração de um ordenamento social guiado por múltiplas diferenciações provocadas e combinadas numa ordem econômica que incita o individualismo, apregoa o distanciamento e a disputa, geradores de um ambiente socialmente mais agressivo e potencialmente explosivo. Em artigo intitulado “*A racialização do mundo*”, Ianni (1996) aborda o cenário da degradação destrutiva e indica que esse processo caracteriza-se na política imposta pela globalização do capitalismo, na divisão transnacional do trabalho, informatização e robotização da produção e se expressa pelas migrações entre as nações dentro de um amplo processo de urbanização do mundo.

Quando se combinam industrialização, urbanização, secularização da cultura e do comportamento, racionalização das ações sociais e das instituições, mercado, produtividade, competitividade, individuação e individualismo possessivo, como ocorre habitualmente no capitalismo, o resultado pode ser um ambiente social explosivo...ocorre que a disputa no mercado, a luta para a realização de objetivos e interesses individuais ou coletivos, as possibilidades de lucros e perdas, bem como de emprego e desemprego, tudo isso incute no modo de ser de uns e outros a busca de vantagens, condições de segurança, ganhos materiais e espirituais, prerrogativas, privilégios. Esse o ambiente dos preconceitos, intolerâncias, autoritarismos, machismos, anti-semitismos, etnicismos, racismos, fundamentalismos. (1996:7)

Os registros impressos na realidade podem confirmar que o projeto burguês foi um projeto de exclusão. Empunhou uma bandeira de luta em defesa da liberdade e da igualdade, mas não assimilou a participação e o engajamento de todos na apropriação dos bens produzidos. Ainda hoje, a exclusão social é uma realidade para muitos.

Por meio do processo de socialização, dos valores perpetuados nessa história produzida, organiza-se o espaço de sua reprodução, criação e recriação, num constante e permanente processo de constituição de cada um e de todos: família, trabalho, religião, escola, entre outras mediações, representam aspectos significativos dessa relação entre indivíduo e sociedade.

1.1. Família

A família é o primeiro núcleo de reconhecimento, de referência de si no outro, na relação entre mãe e criança, em que experiências contraditórias de amor, ódio, privação, aceitação são apreendidas. O processo de estabelecer contatos inicia-se pelos contornos dessa relação.

Ao situar a interiorização da realidade no plano da denominada socialização primária, Berger e Luckmann (1998) enfatizam:

O indivíduo não nasce membro da sociedade. Nasce com a predisposição para a sociabilidade e torna-se membro da sociedade. Por conseguinte, na vida de cada indivíduo existe uma seqüência temporal no curso da qual é induzido a tomar parte na dialética da sociedade. O ponto inicial deste processo é a interiorização, a saber, a apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objetivo como dotado de sentido, isto é, como manifestação de processos subjetivos de outrem, que desta maneira torna-se subjetivamente significativo para mim (1998: 173-174).

No plano real, o indivíduo é a totalidade das relações que participaram no seu desenvolvimento, ou seja, na sua singularidade, traz a universalidade histórica e social em que se insere. Compreender a ordem de constituição e organização desse indivíduo enquanto ser social consiste em entremear a ordem da materialidade histórica produzida na exterioridade do mundo social como está estabelecido e a sua internalização.

Esse processo de exteriorização e interiorização é a dialética que funda a constituição do indivíduo e da sociedade primariamente dentro da família. Assim, referem Berger e Luckmann (1998:177): *“A dialética, que está presente em cada momento em que o indivíduo se identifica com os outros para ele significativos, é, por assim dizer, a particularização na vida individual da dialética geral da sociedade”*. A constituição do indivíduo a partir da infância representa fator

primordial no processo de socialização e nas formas estruturadas de convívio social.

No entanto, enquanto instância de mediação no processo de socialização, a família é também espaço de conflitos, contradições, afirmações e interdições. Ainda mais, a família é instância ideológica. Os conflitos surgem à medida que houver uma naturalização das demandas e uma obediência à lei de submissão à autoridade dos pais, obediência esta trocada por afeto. Ao analisar o indivíduo e as instituições, no tocante à família, Reis expõe que:

Se o papel social e a ideologia mantêm uma certa identidade, é na família, local privilegiado de reprodução ideológica, que se desenvolve o aprendizado do primeiro papel social: o de filho. Na família burguesa esse papel é desenvolvido a partir da submissão aos pais, definida pelo exercício do controle sobre o próprio corpo em troca do afeto parental. Essa estrutura relacional solidifica as bases para o pleno desenvolvimento do papel de filho, prescrito pela ideologia vigente. A submissão inicial se transforma em aceitação dos valores dos pais e é apresentada como natural e necessária. ... Obediência aos pais significa, assim, aceitação de normas que já estavam definidas quando ele nasceu; aceitação sem questionamento, isto é, submissão. Tudo isso em troca do afeto dos pais. O que o papel esconde é que ele é constituído a partir das relações sociais, determinadas pela divisão social do trabalho e pela dominação de classe. (1984:115)

Dessa forma, a obediência se produz como submissão passiva ao poder legislado pela figura dos pais que, por sua vez, representam a ordem instaurada pelas idéias dominantes de uma sociedade. A ocultação da reprodução do papel é necessária para que se exerça controle e domínio sobre aquele que se submete.

Dentro dessas condições propícias e formuladas como linha condutora, os parâmetros de comportamentos são estabelecidos para serem obedecidos a tempo e hora. O desencadeamento de conflitos emerge como resistência aos comandos de uma ordem que não diz de sua legitimidade por ser opressora e anular a capacidade dos indivíduos para a reflexão na tomada de decisão. Reis (1984) aborda o processo ao afirmar que

... as novas realidades são vividas como experiências bastante conflitivas e angustiantes ao oporem a necessidade de adotar novas condutas aos valores inculcados pela família, num doloroso processo que reativa o princípio da educação burguesa que associa amor e autoridade. Por isso, é comum o sentimento de culpa apresentar-se como entrave maior do que a própria ação direta dos pais, no processo de transformação dos valores. (1984:118)

Enfatiza o autor a existência da ponte estabelecida entre a família e o surgimento das relações de poder nos dois sexos, em que se dá o processo de hierarquização da relação entre sexo e idade no âmbito da família. *“Foi no seu seio que a diferenciação dos papéis sexuais foi levada às últimas conseqüências”* (Reis, 1984:111). Dessa feita, as questões de gênero se assentam.

A aquisição da linguagem é o marco historicamente significativo do processo de socialização. Produzida pelos grupos sociais institucionalizados, promove no indivíduo o contato com o conhecimento e a compreensão do mundo social. O reconhecimento cultural dos significados e das construções valorizadas culturalmente produz a continuidade desse processo.

O indivíduo apreende quem é, onde vive, a partir dessa identidade paulatinamente construída no espaço familiar: os valores familiares indicam os modelos a serem seguidos.

Mas não apenas os valores familiares submetem o indivíduo ao processo de socialização. Outra mediação fundamental é o trabalho. A concepção desse universo e as informações contidas na ordem do trabalho são relevantes para o indivíduo construir seu papel profissional e de atuação na sociedade em que vive.

1.2. Trabalho

O trabalho é ordem fundante da relação entre o homem e a natureza. No metabolismo dessa relação se dá a construção da vida, a possibilidade de o homem existir junto a outros homens, satisfazendo necessidades, produzindo cultura.

A produção da vida humana não é, portanto, produção efetivada pela consciência dos homens, como pretendia Hegel, mas é materialmente realizada pelas condições materiais constituídas. Afirma Marx (1999:56): *“as circunstâncias fazem os homens assim como os homens fazem as circunstâncias”*. A materialidade histórica do mundo do trabalho produz o indivíduo e a sociedade. Na medida em que a sociedade se transforma e tudo se coisifica, elimina-se a humanidade das relações, escraviza-se o ser humano à matéria e ao consumo,

anulando a expectativa de uma existência socialmente consciente de si e do outro.

O processo de alienação e a incapacidade efetiva do homem do reconhecimento de si frente ao seu trabalho caracterizam a sociedade capitalista, na qual o homem produz sem ser produtor. Usurpada que lhe é a condição de se reconhecer nas suas obras, perde a sua humanidade, coisifica-se ele também e se transforma em mero objeto a ser manuseado por um sistema que rouba sua autonomia.

A perda do valor da existência humana através do realce dos objetos aparece como o reino do fetiche⁶. Buscar a verdade é o desafio de alcançar uma razão que ultrapasse o aparente, posto que, se o aparente está tomado por distorções, é preciso clareá-lo, eliminar o seu véu nebuloso. Já dizia Marx (1985: 76): *“A figura do processo social da vida, isto é, do processo da produção material, apenas se desprenderá do seu véu místico, véu nebuloso, quando, como produto de homens livremente socializados, ela ficar sob seu controle consciente e planejado”*.

As idéias provêm da realidade. O concebido enquanto idéia já é a existência material da contradição, presente na subordinação e no controle. E Marx afirma ainda (1999) que:

...as idéias dominantes nada mais são do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, as relações materiais dominantes concebidas como idéias; portanto, a expressão das relações que tornam uma classe a classe dominante; portanto as idéias de sua dominação. (1999:72)

A separação entre o real e a produção das idéias é ideologia. Chauí (1984), ao analisar a concepção marxista de ideologia, expõe uma síntese das principais determinações que constituem esse fenômeno⁷.

⁶ Ver Marx, *O capital*, vol. I (1985:XXXVII), “Capital, Fetichismo e Acumulação Originária”: “Durante o processo de produção, a mercadoria ainda é matéria que o produtor domina e transforma em objeto útil. Uma vez posta à venda no processo de circulação, a situação se inverte: o processo domina o produtor. O criador perde o controle sobre sua criação e o destino dele passa a depender do movimento das coisas, que assumem poderes enigmáticos. Enquanto as coisas são animizadas e personificadas, o produtor se coisifica. Os homens vivem, então, num mundo de mercadorias, um mundo de fetiches. Mas o fetichismo da mercadoria se prolonga e amplifica no fetichismo do capital”.

⁷ “A ideologia é resultado da divisão social do trabalho e, em particular, da separação entre trabalho material/manual e trabalho espiritual/intelectual; essa separação dos trabalhos

A ideologia é o instrumento de dominação que tem sua origem na divisão de classes. Assim, historicamente, tem se efetivado o processo de exploração de homens sobre homens, em que uma sociedade deve ser a réplica dos constructos dominantes, como se esses constructos fossem a universalidade do pensamento e dos ideais de todos os homens, caracterizando a ideologia como a ilusão. Chauí (1984)

A ideologia é uma ilusão, necessária à dominação de classe. Por ilusão não devemos entender ‘ficção’, ‘fantasia’, invenção gratuita e arbitrária’, ‘erro’, ‘falsidade’, pois com isto suportamos que há ideologias falsas ou erradas e outras que são verdadeiras e corretas. Por ilusão devemos entender: abstração e inversão.... uma realidade é concreta porque é mediata, isto é, porque produzida por um sistema determinado de condições que se articulam internamente de maneira necessária. Inversão é tomar o resultado de um processo como se fosse o seu começo, tomar os efeitos pelas causas, as conseqüências pelas premissas, o determinado pelo determinante (1984:104)

... alienação, reificação, fetichismo: é esse processo fantástico no qual as atividades humanas começam a se realizar como se fossem autônomas ou independentes dos homens e passam a dirigir e comandar a vida dos homens, sem que estes possam controlá-las (1984: 58)

Nessa perspectiva, é importante tomar a questão da reificação⁸, termo proposto pelo pensador Lukács (1974) e que representa o processo derivado do estado de consumação caracterizado por essa realidade fetichizada. Instala-se o aspecto perverso e desumano de convencer o homem de sua nulidade na história, de seu papel servil, conformado e satisfeito. Uma capa reveste naturalmente o campo das relações. Tudo se organiza para parecer extremamente real. E é real. Nessa aparência ilusoriamente real repousa o reflexo da reificação.

A reificação é, pois, a realidade imediata necessária para todo e qualquer homem que viva na sociedade capitalista e só pode ser superada por *um esforço constante e constantemente renovado para provocar a rotura prática da estrutura reificada da consciência, por uma relação concreta com as contradições que se manifestam concretamente na evolução de conjunto, por uma tomada de consciência*

estabelece a aparente autonomia do trabalho intelectual face ao trabalho material; essa autonomia aparente do trabalho intelectual aparece como autonomia dos produtores desse trabalho, isto é, dos pensadores; essa autonomia dos produtores do trabalho intelectual aparece como autonomia dos produtores desse trabalho, isto é, das idéias; essas idéias autonomizadas são as idéias da classe dominante de uma época e tal autonomia é produzida no momento em que se faz uma separação de homens sobre indivíduos que dominam e as idéias que dominam, de tal modo que a dominação de homens sobre homens não seja percebida porque aparece como dominação das idéias sobre todos os homens”. (Chauí, 1984:101-105)

⁸ Fenômeno categorizado por Lukács (1974:97) que exprime o caráter dissociativo das relações dos homens identificados a uma “objetividade ilusória”.

do sentido imanente de tais contradições para essa mesma evolução de conjunto. Ora, há que não esquecer o seguinte: esta rotura só é possível se as contradições imanescentes ao próprio processo se tornarem conscientes. Só se a consciência indicar o caminho para que a dialética da evolução aponta objetivamente, mas que, só pela sua dinâmica, não poderá seguir, só assim a consciência do proletariado se tornará consciência do próprio processo, só assim o proletariado aparecerá como sujeito-objeto idêntico da história e a sua práxis transformação da realidade. (grifos do autor). (1974:219)

Essas são categorias que operam para administrar o engendramento mecanicista originário no princípio da causalidade e posto a serviço de uma sociedade que produz e reproduz um tipo de existência que, embora real, é falsa, porque desconsidera a existência e apenas a utiliza para consagrar uma racionalidade instrumentalizada, objetivada e desumana.

Com esse raciocínio, entende-se que também a escola representa instância de socialização dos indivíduos para exercerem um papel social efetivo como participante ativo de sua sociedade. A educação transmitida por essa instituição formalmente concretizada apresenta-se como cenário real de objetivação da razão, portanto de produção da vida humana e da sociedade. Para tanto, é importante compreender as nuances do que pode vir a se processar dentro desse contexto institucional.

1.3. Escola

A escola enquanto esfera de mediação que participa da produção da subjetividade deveria cumprir seu papel social voltado para a formação de indivíduos livres, autônomos frente à participação e construção da vida e do direito democrático. Exerce, porém, também, o papel de reprodutora da dominação.

Destaca-se, nessa análise, um número expressivo de pessoas literalmente fora das mínimas condições de escolarização e formação educacional. Por outro lado, indaga-se sobre o tipo de escola e de ensino a que estão submetidos aqueles que nela se incluíram, que subordinam o seu intelecto a conhecimentos ideologicamente constituídos, enquanto fonte de aprisionamento e conformação.

Gramsci não nega a função reprodutora da escola. Mas seu pensamento

tem um compromisso com a transformação da sociedade, e ele procura encarar a escola como uma instituição que, é certo, produz o conformismo e a adesão, mas, dentro de certas condições, pode trazer um esclarecimento que contribui para a elevação cultural das massas. (Mochcovitch, 1990:8)

Para Paulo Freire, o ato de ler é ato crítico do indivíduo na compreensão da realidade, é uma atitude política isenta de neutralidade.

Do ponto de vista crítico, é tão impossível negar a natureza política do processo educativo quanto negar o caráter educativo do ato político. ...tanto no caso do processo educativo quanto no do ato político, uma das questões fundamentais seja a clareza em torno de *a favor de quem e do quê, portanto contra quem e contra o quê*, desenvolvemos a atividade política. Entendemos então, facilmente, não ser possível pensar, sequer, a educação, sem que se esteja atento à questão do poder. (1988:23)

É impossível negar os componentes ideológicos inseridos no processo educativo. Faz-se necessário, entretanto, reconhecer os que nela estão incluídos, a que tipo de realidade tal inclusão adere, o que, afinal, configura a exclusão. Para Sawaia (1999)

A exclusão não é um estado que se adquire ou do qual se livra em bloco, de forma homogênea. Ela é processo complexo, configurado nas confluências entre o pensar, o sentir e o agir e as determinações sociais mediadas pela raça, classe, idade e gênero, num movimento dialético entre a morte emocional e a exaltação revolucionária (1999:110-111).

Tal complexidade põe em questão a impossibilidade de análises conclusivas, mas amplia o debate sobre o processo de exclusão e suas várias facetas. Eis que o problema da formação do ser humano é fundamental. A aliança com uma ação formadora que viabilize a crítica, que elimine o medo, que instaure a sanidade do humano frente à vida e a capacidade de realização de seu mundo é o trabalho incessante a ser desenvolvido.

O sentido verdadeiro da liberdade está na razão. A possibilidade de emancipar-se dos jugos do poder violento se constrói quando o homem viabiliza a condição necessária para ler a realidade sob a perspectiva do desejo de emancipação. Adorno (1995) analisa historicamente esse processo e ressalta as impossibilidades de autonomia. Ao situar a sobrevivência do fascismo nos pressupostos sociais objetivos que geram o fascismo, afirma:

...o ódio do mundo hitlerista contra tudo que era diferente, o nacionalismo como sistema paranóico, foi algo deste tipo; o poder de atração de traços desta ordem dificilmente diminui. A paranóia, o delírio persecutório, que persegue os outros sobre os quais projeta as suas próprias intenções, é contagioso. Delírios coletivos, como o anti-semitismo, confirmam a patologia daquele indivíduo que revela não encontrar-se psiquicamente à altura do mundo e se refugia num fantasioso reino interior. (1995:43)

Adorno ainda enfatiza: *“a realidade não cumpre a promessa de autonomia, enfim, a promessa de felicidade que o conceito de democracia afinal assegurara. As pessoas tornam-se indiferentes frente à democracia, quando não passam a odiá-la”* (1995:44). A realidade promete, mas não cumpre, configura-se numa ordem opressora⁹ que dificulta a construção de uma vida viável e humana.

A escola e os dizeres e fazeres expressos na interlocução entre o educador e educando devem reconduzir o caminho e a caminhada para projetos que se elucidem pela coragem e desejo de transformação.

A religião aparece historicamente como mediação de controle das relações sociais.

1.4. Religião

A religião também constitui mediação fundamental na construção da realidade. Desde Adão e Eva e os supostos bíblicos para a origem do mundo, estão fortemente entendidos pela civilização os perigos implícitos frente ao pecado da desobediência. Representados pelo mito, o desejo foi objetivado como realidade a ser acompanhada e perseguida. A culpa pelo ato de comer a maçã tem sido paga, pois ao homem coube sair do paraíso e pagar com suor e trabalho o preço

⁹ Paulo Freire contribui para a compreensão do processo de opressão ao afirmar: “os oprimidos não vêm ao ‘homem novo’ como aquele que deve nascer da contradição, uma vez resolvida, quando a opressão dá lugar à libertação. Para eles, o homem novo são eles mesmos, convertidos em opressores. Sua visão é individualista, por causa da identificação com o opressor: não têm consciência de si mesmos enquanto pessoas, enquanto membros de uma classe oprimida. Não é com o objetivo de serem homens livres que desejam a reforma agrária, e sim para adquirir uma terra e desta forma converterem-se em proprietários ou, mais precisamente, em patrões de outros trabalhadores”. (1980: 58)

por não acatar as ordens de Deus. Essa é uma representação formalmente concretizada no contexto da civilização.

No primeiro livro de Moisés chamado “Gênesis,” há o delineamento construído literariamente de que a dor e o sofrimento são o pagamento pela desobediência, o pecado original. A formação do jardim do Éden, a criação da mulher por Deus, a tentação de Eva e a queda do homem delineiam formas objetivas de pensar a realidade. Constam como passagens definitivas legalizadoras das instâncias do bem e do mal contidas nas escrituras da Bíblia Sagrada.

O capítulo três, versículos 15 e 16 do *Gênesis*, constata a condenação de Adão e Eva por terem cedido à tentação, primeiro referindo-se à mulher, depois ao homem:

À mulher disse: multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua concepção; com dor terás filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará. E a Adão disse: porquanto deste ouvidos à voz de tua mulher, e comeste da árvore de que te ordenei, dizendo: não comerás dela, maldita é a terra por causa de ti; com dor comerás dela todos os dias da tua vida.

Na opressão do desejo expiado pelo poder da condenação, ceder ao desejo representa dor, sofrimento e morte, consistindo em subsídio primário remanescente do cerne da culpa. É possível desejar, mas é preciso negar o desejo, retirá-lo da consciência para fugir de seus prejuízos e da dor que causará. Essa é uma questão que prepondera desde o princípio da existência humana na terra.

O cristianismo tem exercido um papel ideológico incitando a um tipo de convencimento pautado no constructo da onipotência da subjetividade. Esse é um dos aspectos abordados por Feuerbach (1988), na análise que desenvolve sobre o cristianismo em sua obra “*A Essência do Cristianismo*”:

No cristianismo, o homem só se concentrava em si mesmo, separava-se da conexão com o universo, transformava-se num todo auto-suficiente, num ser absoluto extra e sobremundano. E exatamente por não se considerar mais como um ser pertencente ao mundo, por romper a sua conexão com ele, sentia-se ele como um ser ilimitado (porque a limitação da subjetividade é exatamente o mundo, a objetividade), não tinha mais motivo para duvidar da verdade e validade dos seus desejos e sentimentos subjetivos. (1988:191)

Utilizando-se dos dogmas da fé nesse Deus absoluto, objetivado pelas forças do bem, o cristianismo conduz o povo (servos e escravos) à crença na possibilidade da redenção. É possível suscitar o enredo: o mundo deve permanecer sob a ordem do poder vigente, mas à sua conformação corresponderão ganhos maiores no céu. Esse é, evidentemente, um passado que não passou na ordem do poder dominante e daquele que é dominado, um aspecto que tem se reproduzido. É instrumento de calma nos tempos ruins, abrandamento para a culpa e para as inquietações.

O discurso instaurado pela religião abarca alianças de dominação. Exerce o poder de ditar o certo e o errado, de julgar. A Santa Inquisição é prova fiel das atrocidades cometidas contra aqueles que se aventuraram a denunciar, argumentar, defender algum tipo de idéia contrária àquela definida pela ordem religiosa.

Há o predomínio histórico de um tipo de linguagem provocativa do medo, que por sua vez evoca culpa e pecado. Desencadeia uma racionalidade propícia e fértil ao reaparecimento do desconhecido adormecido.

Mas, na vida social, o indivíduo assume a expressão de si no mundo coletivo por meio das relações interpessoais, portanto será explicitada a vida social como síntese mediada.

1.5. A Síntese Mediada: Vida Social

O viver socialmente pressupõe estar inserido no grupo, apreender e desenvolver as instâncias da vida em conformidade e apropriação com os vários grupos que participam na constituição desse mesmo viver.

Identificam-se os antagonismos e as forças que coabitam o mesmo espaço em atuação contrária. O relacionamento social e a esfera de identificação individual se inter cruzam, se organizam como pano de fundo do contexto da cultura, do aprendizado estabelecido pela civilização.

Cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o lócus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo

ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado. (Minayo, 1999:15)

A situação triangular, mãe, pai, filho, posta pela teoria psicanalítica é fundamental na análise dos processos que irão derivar tal relação para outras relações, pois a transferência a partir da relação primária, seja de amor, afeto, aceitação e gratificação, seja no seu contraponto de ódio, rejeição e frustração consiste um movimento permanente na esfera dos relacionamentos. A condição em que os objetos se internalizam tende a manter formas exteriorizadas de relacionamentos.

Os esboços teóricos elucidados por Freud (1974) ao se referir ao modo peculiar constitutivo do mundo civilizado que habita o intrapsíquico introduzem o elemento de dinamicidade à congruência do externo com o interno. A luta travada entre impulsos instintivos, a atuação dessa instância originária e as formas concretas de lidar com a realidade explicitam indicativos na compreensão da condição objetiva dos sujeitos dentro do mundo social.

Esses entrelaçamentos teóricos permitem uma proximidade da forma constitutiva do indivíduo permeada pela constituição da sociedade. Ou seja, a subjetividade impressa e refletida na exterioridade do mundo concreto. Ou, como propõe Resende (1987):

Ao se discutir a relação entre indivíduo e sociedade, o que se busca - a partir das sugestões de Marx e Freud - é a concreticidade e o dinamismo que permitem entender o indivíduo enquanto subjetivação da objetividade social; e entender a sociedade, enquanto muitas e diferentes expressões objetivas dessa subjetividade. (1987:11)

Nessa ordem, não paira a decisão individual, mas a imposição cultural da civilização que “combinou” coletivamente como sobreviver. Ao se darem conta do potencial destrutivo, da presença da força autoritária que mata e destrói, foram se delineando as possíveis condições de permanência da vida e da existência. O que se denomina “combinado” refere-se à preponderância do superego como instância de vigilância e controle.

O domínio sobre a materialidade da ordem social está calcado no processo de socialização. Na concepção psicanalítica, o instinto é biologicamente herdado, dentro de seus próprios desejos, que nem sempre podem ser satisfeitos: é exigido ao homem renunciar. O ato de renúncia é doloroso, o prazer quer preponderar, a

realidade diz não. Esse é o conflito da existência humana e aqui também se instala uma fonte do sentimento de culpa¹⁰.

Freud (1974) elucida os conflitos presentes no processo de socialização e a viabilidade de um processo que possibilite a convivência social: a superação do comando instintivo exercido pelo enquadramento na realidade de uma vida humana e realizável. O desafio imposto à civilização é o embate de construir o aprendizado coletivo da construção e não da destruição. Assim, é relevante para a vida que toda a energia sexual nomeie objetos e canais para sua condução, oferecendo a possibilidade da satisfação necessária e o próprio reconhecimento produzido na relação com esses objetos específicos. Se o mundo social não privilegia a inserção, o reconhecimento que assola é o do mero estranhamento e o da ausência de si.

A vida social enquanto síntese mediada retrata o *locus* de organização constitutiva do indivíduo e da sociedade. As mediações família, trabalho, escola e religião alojam em si a contradição da dominação. Se “boa”, “afável”, obriga o indivíduo a se submeter, negando-lhe o direito de questionar. O autoritarismo que se expressa pela dominação dos indivíduos pela subordinação e opressão é real. Ao aderir ao autoritarismo, o indivíduo naturaliza a dinâmica opressiva; a face oculta é a da legitimação. Submete-se o indivíduo a um sistema e a uma realidade mediada pelo poder dominante, que trabalha com o objetivo único de fazer perdurar a dominação e não permitir que o indivíduo dela se dê conta.

As mediações, enquanto estruturas ideológicas, impregnam um sentimento de proteção e cuidado “falseadores”, pois velam a potencialidade que o indivíduo tem, como membro ativo de um mundo social, de ser ele mesmo o fazedor de outra história, a história da libertação que o desprenda do jogo dominador do opressor. A existência real da dominação que reside antagonicamente em cada

¹⁰ Freud, (1974:161) em “O futuro de uma ilusão”, diz sobre o sentimento de culpa: “O sentimento de culpa, a severidade do superego, é, portanto, o mesmo que a severidade da consciência. É a percepção que o ego tem de estar sendo vigiado dessa maneira, a avaliação da tensão entre os seus próprios esforços e as exigências do superego. O medo desse agente crítico (medo que está no fundo de todo relacionamento), a necessidade de punição, constitui uma manifestação instintiva por parte do ego, que se tornou masoquista sob a influência de um superego sádico; é, por assim dizer, uma parcela do instinto voltado para a destruição interna presente no ego, empregado para formar uma ligação erótica com o superego....o sentimento de culpa é expressão imediata do medo da autoridade externa, um reconhecimento da tensão existente entre o ego e essa autoridade”.

mediação é o superego autoritário que toma o indivíduo e aliena sua capacidade de reconhecimento de si enquanto consciência oprimida. Ao subjugar-lo, força-o a aderir à opressão.

A discussão destas mediações se apresenta como eixo na compreensão do panorama de produção das experiências subjetivas e intersubjetivas vinculadas ao surgimento do HIV/AIDS. A ênfase que se fará na seqüência deste estudo pretende dar visibilidade aos aspectos relevantes na história da epidemia, indicando pontos significativos do processo.

CAPÍTULO II

O HIV ENTRA NA(S) HISTÓRIA(S)

Viver com AIDS é inserir-se na tragédia da época. Nada acontece comigo. Acontece conosco. Humanidade hoje. Somos todos os sujeitos de uma dor maior. Façamos por merecer esta história que herdamos.

Herbert Daniel - (1992:14)

Tratar do problema Condição de Soropositividade significa tratar da história de uma linguagem e de sentidos alocados quando do contato de indivíduos, homens ou mulheres, com um vírus invasor do sistema imunológico, transmissível de organismo para organismo, denominado HIV. A constituição desse estado se dá pela exposição de pessoas a sangue ou secreções de outras que já estariam infectadas.

A literatura específica¹¹ indica que há risco de contágio com HIV em relações sexuais sem o uso de preservativo, em que um dos parceiros já tenha o vírus, que se transmite através das secreções. Também o contato com objetos cortantes ou perfurantes, como seringas que contenham sangue contaminado, é considerado fator de risco, como no caso dos usuários de drogas injetáveis. Outras formas de contaminação possível são as transfusões com sangue contaminado ou o repasse do vírus durante a gestação, o parto ou o aleitamento materno.

Castilho (1995) mostra que, em 1981, o Centro de Controle de Doenças – CDC, grupo de pesquisa americano, foi notificado acerca dos primeiros casos dessa doença. Tratava-se de *“cinco homens homossexuais, residentes em Los Angeles, e que apresentavam quadro clínico-laboratorial de imunodeficiência acompanhada de pneumonia por pneumocystis carini e infecção por citomegalovirus”* (1995:63).

Os primeiros sintomas indicavam um quadro clínico de baixa imunidade caracterizado pela presença de uma irreversibilidade que levava à morte. Ainda relata Castilho que:

...aproximadamente ao mesmo tempo, médicos na Bélgica e França observaram um inusitado aumento de número de pacientes procedentes do Zaire, Ruanda e outros países africanos com inabituais infecções oportunistas como, por exemplo, a criptococose. (1995:63)

¹¹ Consultar LIMA et al. Perguntas e respostas HIV/AIDS: uma equipe multiprofissional da USP tira as suas principais dúvidas. São Paulo, ed. Atheneu, 1996.

Foi largamente difundida a idéia de grupos de risco, caracterizados pelo compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis ou por determinados comportamentos sexuais (“promiscuidade” indicada pela existência de vários parceiros).

A contaminação se manifestava, naquela ocasião, exteriorizada em condições físicas e psicológicas, refletidas em quadro de emagrecimento vertiginoso, seguido de morte. O vírus vinha apresentar a morte, como se ela não existisse. Antes da produção dos atuais medicamentos denominados “*coquetéis*”, específicos no controle da taxa de replicação do vírus, o quadro era o da ausência de domínio sobre a doença.

Pode-se dizer, portanto, que o HIV/AIDS surgiu como objeto construído na contemporaneidade, trazendo à cena atores sociais familiares e reeditando, no presente, alguns conceitos do passado que configuravam e configuram a continuidade de um processo que não finda.

A forma de risco, a princípio, caracterizou-se como individual, para só num segundo momento assumir a de vulnerabilidade coletiva, conforme enfatiza Parker (2000 b). Ampliou-se a sua configuração mediante as próprias condições de vida a que a grande maioria da população mundial estava e está submetida. Condições estas que podem ser evidenciadas na grande diversidade de situações de opressão, injustiça e desigualdade social.

O constructo ideológico do *espetáculo em torno do HIV/AIDS* como acentua Birman, recolocava em cena todas as cartas de um jogo macabro, indicando “*como foram débeis e relativas as conquistas éticas e políticas dos últimos anos, já que os antigos terrores se atualizam, de forma aguda e com muita violência*” (1994:112).

Os princípios de uma moral sexual burguesa desencadearam, na antecipação do julgamento, a massificação de informações contaminadas de desconsideração do HIV/AIDS como problema coletivo, abrindo espaço para o desenvolvimento de uma cadeia crescente de contaminação.

A expansão silenciosa da doença refletiu um panorama em que os que se sentiam isentos da possibilidade de contaminação, por não se incluírem no

denominado “grupo de risco”, se expuseram a situações de risco de contágio. O discurso reducionista enclausurou o fato na cilada do preconceito e do medo.

Para Paiva (1992), o “*pânico maldosamente incentivado*” é humano, pois expressa o aspecto de estruturação da subjetividade alicerçado na cultura. Chama a atenção para os códigos da tradição judaico-cristã hegemônica no mundo ocidental como base explicativa do simbolismo do medo e preconceito aliado à AIDS.

No velho mundo do Deus patriarcal e macho, a existência da AIDS veio transformar a velha contaminação psicológica ou espiritual na contaminação material (“Dize-me com quem andas e te direi quem és”, “Se você não se cuidar, aquilo vai te pegar”). As pessoas que sempre cumpriram um Destino de Impureza Atribuída do ponto de vista de nossa tradição patriarcal, que tinham a Síndrome da Inferioridade Definitiva Adquirida (a AIDS/SIDA simbólica que sempre existiu), agora têm um vírus para identificá-las que as torna “cientificamente” perigosas (1992: 54-55).

Generalizou-se que HIV/AIDS se tratava de doença de homossexual, doença “gay”, doença do usuário de droga, doença do “outro”, daquele cujo comportamento sexual “individual” levava ao risco. O princípio das discussões não inaugurou o tema como problema de todos, mas de alguns. As campanhas de prevenção traziam o *slogan* do “corra da AIDS”, “cuidado que ela vai te pegar”, uma AIDS exteriorizada no comportamento aparente e na incitação ao individualismo.

Assim como a sífilis que, no passado, havia exibido características similares quando de seu aparecimento, HIV/AIDS retomava, no presente, as características emblemáticas do preconceito. Dizia daquele que era menos cidadão, diferente; revelava a não aceitação da diferença, expurgava e condenava um processo que aparentemente se apresentava como circunstancial, retirando-o da historicidade de um movimento em curso.

Hoje, 21 anos de história da epidemia, trajeto histórico evidenciado por Galvão (2000), HIV/AIDS continua transmissível e pode levar à morte, mas o indivíduo soropositivo que recebe tratamento tem sua doença controlada e não a externaliza em sua aparência. Isso equivale a dizer que não se trata mais de uma síndrome desencadeadora da morte, tal como construída no imaginário coletivo no início da epidemia. O soropositivo é um indivíduo que vive, trabalha, se relaciona no cotidiano como qualquer outra pessoa, para quem a morte é uma

condição de existência posta junto à vida e só. Vive-se, durante todo o tempo, na incerteza da morte. É inevitável, na realidade humana de qualquer um o fato de, um dia, num momento, em qualquer hora, morrer.

2.1. O Contexto Mundial e o Panorama no Brasil

No plano das questões relativas à saúde, 1980 marca, mundialmente, o aparecimento do HIV/AIDS. A princípio um acometimento físico desconhecido, que ainda não tinha nome, mas que exibia algumas características peculiares, um quadro caracterizado pelo enfraquecimento, pela degeneração das células de defesa do organismo e pelo óbito súbito.

O mundo todo se mobilizou na busca de soluções para a nova doença. Aos poucos, foram surgindo instituições de pesquisa e grupos interessados em investigar causas e desenvolver medicamentos que pudessem combater os sintomas, inaugurando, assim, um novo campo de pesquisa e investigação.

Houve segmentação de estudos e propostas de organizações governamentais e não governamentais. A iniciativa na estruturação de amplos movimentos em defesa da causa social da AIDS foi suscitada, e passou a se representar por inúmeros grupos por todo o mundo. Galvão (2000) menciona o surgimento da primeira organização não-governamental:

...em 1985 surge a primeira organização não-governamental brasileira criada para atuar especificamente com AIDS. Localizado em São Paulo, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) deu corpo e voz às preocupações de setores da sociedade civil brasileira, e, em 1996, já existiam 18 GAPAs em diferentes regiões do país. (2000:67)

Houve um rompimento da rotina social com a notícia do surgimento da AIDS. Os laboratórios dos Estados Unidos e da França, avançados tecnologicamente, tiveram destaque nas pesquisas, esboçaram resultados. O vírus fora detectado e isolado pela equipe do cientista francês Luc Montagnier e iniciou uma etapa de significativa relevância. Montagnier (1995), na obra “Homens e Vírus”, relata o percurso das pesquisas e sua parceria com outros cientistas. As trocas efetuadas com Robert Gallo, cientista americano, responsável pela identificação do agente etiológico da AIDS, paralelamente ao próprio cientista francês Luc Montagnier

(1995:63-64), apontaram o desenvolvimento do trabalho que, por fim, desencadeou o conhecimento e a denominação do vírus tal como ele se reconhece hoje. O reconhecimento se deu pela produção científica que objetivou, sistematizou e categorizou os dados.

A origem de epidemias geralmente está associada a um longo período de incubação, a um processo de mutação sofrida pelas sociedades ao longo dos anos. Não foi de outra forma com o HIV/AIDS

A origem da epidemia residiria, portanto nas transformações de nossas sociedades: o vírus da AIDS não mudou, mas a população se tornou mais sensível...sobretudo, porém, os fenômenos sociais ligados às misturas de populações permitiram sua rápida propagação por via sexual. Nos países ocidentais, pode-se mencionar a liberação sexual que acompanhou a difusão da contracepção hormonal e o reconhecimento da homossexualidade; nos países do Terceiro Mundo, a ruptura das comunidades tradicionais, associada ao desenvolvimento econômico e social. Todos esses fatores, de ordem cultural e social, permitiram a transmissão em série e a seleção do vírus. (1995:97)

A origem do HIV/AIDS sempre gera debate e discussão científica, ressaltadas as contradições. Discutem-se o poder e a ausência de verdades absolutas, ou fala-se dos dados e informações sempre circunscritos pelo espaço e pelo tempo. Tudo permanece em movimento. Segundo Montagnier (1995), pode-se observar o deslocamento da contaminação tanto nas regiões quanto nas formas de contágio. Afirma que, no final dos anos 70, a doença se desenvolveu num primeiro grupo de regiões, formado pelos Estados Unidos, Canadá, Europa Ocidental, Austrália, Norte da África e parte da América Latina, por meio de relações homossexuais e bissexuais e da utilização de drogas intravenosas; já numa segunda fase, a situação mudou e progrediu à população heterossexual. Na África Saariana a maioria era heterossexual e o ritmo de contaminação avançou em direção às mulheres:

Há alguns anos, o grupo das mulheres infectadas aumentou, chegando a haver, em certas regiões da África, seis mulheres para um homem. Esse fenômeno se deve ao fato de que elas começam a ter relações sexuais cada vez mais cedo, com homens mais velhos....a terceira onda está se desenvolvendo a partir de meados dos anos 80 na Ásia, na Europa Oriental e no Oriente Médio, mas desde agora se percebe que no Sudeste Asiático a epidemia será especialmente grave, a partir de seu rápido desenvolvimento durante os últimos dez anos, da grande densidade populacional e da taxa muito elevada de tuberculose latente nas populações, uma vez que na África a co-infecção HIV-tuberculose se revelou um importante fator de agravamento da doença (Montagnier, 1995:105).

Essa referência sinalizou os avanços de HIV/AIDS em regiões distintas, culturas diferenciadas, evidenciando a progressão heterossexual e apontando as mulheres como alvo da epidemia. A propagação espelhou as tendências e rumos da expansão e ressaltou a gravidade da associação entre o HIV e a tuberculose no âmbito da saúde pública.

As investigações foram dirigidas para a busca de possibilidades terapêuticas e medicamentosas que produzissem a eficácia necessária à cura ou mesmo ao controle ou refreamento do vírus. Os anos demarcados pela história da epidemia foram e são de sofrimento. A ação rápida do vírus no organismo humano é uma realidade traduzida na crescente estatística de óbitos registrados principalmente na primeira década de aparecimento da doença, antes da descoberta da medicação específica.

O ano de 1996 foi também um marco significativo na história do HIV/AIDS. Segundo enfatiza Galvão (2000:27), realizou a “*XI Conferência Internacional de AIDS em Vancouver, Canadá, em julho de 1996*”. A conferência de Vancouver trouxe esperança, com novidades relativas à utilização da terapia combinada, popularmente conhecida como “coquetel”.

O coquetel revolucionou, indicou possibilidades de tratamento efetivo. Emergiu com a capacidade de trazer uma outra linguagem. Se o destino era apenas aguardar e morrer, agora era possível transformar a convivência. HIV/AIDS passou a ser uma doença possível de ser tratada. Se antes o que havia era impotência, agora havia na medicação a condição concreta de tratamento.

Dessa forma, o cenário foi sofrendo influências diversas e foi se modificando.

As taxas de mortalidade por causa da AIDS têm caído nos países desenvolvidos e nas regiões mais privilegiadas do Terceiro Mundo. Os piores exemplos de discriminação e violação dos direitos humanos das pessoas vivendo com AIDS, que há alguns anos, no início da epidemia, faziam parte da vida cotidiana, parecem estar sendo superados também, à medida que os sistemas legais e as estruturas oficiais foram acionados para combater a epidemia, reafirmando os direitos básicos de todos os seres humanos, independentemente de ser soropositivo ou não. (Parker b, 2000:7)

Segundo essa posição, HIV/AIDS ocupa hoje o universo da convivência coletiva como doença crônica, considerando-se o seu portador como um cidadão que participa da rotina e da vida de seu país como toda pessoa. Eis o grande

embate no cenário, a luta para que as pessoas contaminadas não sofram processos de discriminação nem se sintam violadas em seus direitos humanos.

A chegada desse “novo problema” social foi anunciada ou precedida pelas discussões engendradas no seio da sociedade a favor da luta pela liberdade de expressão política, pelo rompimento das forças arbitrárias da opressão, características do período de 1960. A eclosão do movimento pela liberação sexual, deflagrado nos anos 70, revelou os anseios do povo para se libertar de tabus e preconceitos, fundamentados no respeito pela liberdade de expressão do corpo como expressão da própria vida e não dissociado dela.

O Brasil viveu momentos politicamente significativos ao redor de 1980. O povo foi às ruas e exigiu eleições diretas, reivindicando seu direito legítimo ao voto e à escolha de seus governantes. E nesse brado popular se fundamentaram as condições que culminaram na ruptura do governo autoritário expresso pela ditadura militar, para a transição ao governo eleito pelo voto direto do povo, característico da ordem democrática.

Na análise que organiza os enredos da epidemia e identifica os autores de sua construção, dando visibilidade às questões políticas no Brasil, Galvão (2000) expõe:

A década de 80 no Brasil é marcada pela saída de um regime militar que deixou marcas profundas na sociedade civil brasileira. (Silva, 1990a, 1990b). Algumas análises, como as realizadas por Edward MacRae (1990) e João Silvério Trevisan (1986), consideram esse momento como crucial para o entendimento do surgimento de novas demandas políticas trazidas por grupos específicos, como os gays, as mulheres e os negros. (2000:43)

MacRae (1990), citado por Galvão (2000:43), também afirma:

No final da década de 70, o Brasil começava a respirar ares mais otimistas. Para muitos, estávamos no limiar de novos tempos, mais justos e mais humanos. Grandes transformações se anunciavam como a indicação do encerramento da vigência de uma ditadura férrea e sanguinária, e a sociedade civil ressurgia politicamente com as importantes manifestações de protestos de trabalhadores, empresários, intelectuais e estudantes.

Era esse o panorama politicamente evidenciado, em que a força bruta de um regime ditatorial era contrastada e suprimida pelo processo de democratização do País. Nesse contexto, surgiu o HIV/AIDS no Brasil, na vigência de um século

marcado por um mundo tecnologicamente evoluído, competitivo, sem fronteiras, caracterizado pela “globalização”.

Em artigo publicado pelo Boletim da ABIA (2000 nº 44), foi apresentado um paralelo entre globalização e AIDS, ressaltando os impactos negativos da globalização e apontando para o que Castells denominou “integração perversa”, onde marginalização e criminalidade passaram a ingredientes da nova ordem mundial, o que provocou suscetibilidade crescente à infecção. O mundo que até então parecia ter sob controle as questões do adoecimento humano, exibindo como novidades os avanços médicos e as novas tecnologias para lidar com as doenças já existentes, passou a conviver com a realidade HIV/AIDS. No Brasil, o mesmo se processou.

Foi dada ênfase às características de comportamento sexual, identificando uma representação de HIV/AIDS, cujos significados remetiam à reedição de certos estigmas.

A caracterização inicial da AIDS enquanto doença contagiosa, incurável, mortal e ligada principalmente à homossexualidade, fez associar à doença vários estigmas e preconceitos advindos das nossas próprias posições perante *a morte, a contaminação, a sexualidade*. Vários desses estigmas tinham já sido socialmente vividos em face de outras enfermidades, como a lepra/hanseníase, a tuberculose, a sífilis, o câncer. Na AIDS, porém, como que se precipitaram todos os estigmas; e o grande aparato da mídia que envolveu a sua divulgação tornou-a uma questão pública e impossível de sonegar. (Parker a et al, 1994:31)

Parker, (1994 a) evidencia que o papel das representações no trajeto da epidemia no Brasil foi tanto mais importante quanto a AIDS, pois apareceu primeiro como fenômeno da mídia. Ao registrar Marcus Vinicius Resende Gonçalves, o *costureiro Markito*, como primeiro óbito sua identificação pública, aponta-o como “*midiático*”

...homossexual, glamouroso, afortunado, badalado e viajado, nascido em Uberaba (MG), mas radicado e projetado socialmente em São Paulo, considerado o primeiro caso de AIDS no país. Essa representação persistiu apesar de evidências em contrário que o tempo trouxe. Hoje assiste-se à pauperização da epidemia (1994:31).

Gradativamente, a doença foi assumindo camadas populacionais de baixo poder econômico, nascendo e se desenvolvendo do *centro para a periferia*.

O pânico moral então suscitado foi uma referência de Galvão (2000:182), que denunciou a onda de preconceito e abandono a que ficaram submetidas pessoas

portadoras de HIV/AIDS. Correntes de solidariedade foram organizadas, tendo-se no Grupo de Apoio ao Paciente de AIDS – GAPA o primeiro a ser formalmente legalizado. Vários Estados acompanharam o modelo, fazendo surgir uma diversidade de grupos de apoio, assistência e solidariedade ao portador de HIV/AIDS. Instituições que defendiam e defendem os direitos humanos e tentam minimizar os danos do que foi denominada “morte civil”, por Herbert Daniel, identificado na história como combativo na luta por respeito, dignidade e direitos ao portador de HIV/AIDS.

Tanto Herbert Daniel como Herbert de Sousa, o Betinho, foram dois personagens brasileiros, portadores HIV/AIDS, incluídos na história da AIDS relatada por Galvão (2000), que se refere a ambos como estandartes da luta, principalmente no que tange aos direitos civis e humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Essa história HIV/AIDS retrata a história de nossa civilização, revela aspectos de uma realidade e de um movimento humano que têm se concretizado nas condições materiais de um ordenamento desigual, em que a ética em relação à vida tem sido suprimida pela força e preponderância do capital e pelo poder e sedução da mercadoria. O homem que perde a sua força de trabalho não tem valor, é objeto com avaria, não cabe mais dentro da lógica imanente do sistema produtivo. Nas formas constituídas de organização social, engendram-se estruturas que sistematizam estrategicamente, por meio de uma classe dominante, os vieses de efetiva dominação.

2.2. Sexualidade: Estereótipo e Dominação

Na cultura ocidental, a educação sexual tem se caracterizado como uma educação de limites, em que as curiosidades sexuais não se satisfazem, o que reflete aspectos do restritivo, proibitivo e temeroso, anulando o exercício enriquecedor e vivenciado capaz de produzir uma consciência do corpo e do sexo na perspectiva da vida.

Nesse espaço opressor, parece funcionar o ensinamento impositivo do certo e do errado, da mera informação, o que de certa forma sujeita o indivíduo, autoritariamente, a aprender do jeito que convier ou com a experiência que se apresentar. Cria-se uma sociabilidade evasiva e esvaziada do compromisso na construção de conceitos que possam realmente permear a vida.

Com a revolução sexual que marcou a transição dos anos 60/70, é possível detectar alguns avanços na conquista do direito à sexualidade, ao prazer sexual. Com o HIV/AIDS, surge um movimento que vem rechaçar essas conquistas, como expõe Birman:

Assim, após a grande festa dos anos 60, com a evolução efervescente dos direitos sexuais e dos direitos às diferenças subjetivas, que, incorporadas aos direitos sociais, constituíram uma ética pós-modernidade, existe um evidente recuo neste campo e uma relativização das conquistas (1994:113).

O surgimento do HIV/AIDS questiona o exercício livre, aberto e flexível da sexualidade. Imputa culpabilidades e certo intimismo na prática sexual. Tanto que convém que se explorem os sentidos e as leituras desse contexto para a compreensão de seus múltiplos desdobramentos na vida das pessoas.

O aparecimento do HIV/AIDS mostra imbricações com a moral e o poder. Encena-se a história, então, demarcada por inúmeras contradições, espelho de uma sociedade que violenta, dilacera e exclui. Que prepondera na lógica de um discurso formulado por uma pseudo-razão que afirma o direito igual, mas que na práxis o evidencia desigual. A preponderância do saber dominante exerce a ação da exclusão. Ao internalizar o padrão, o outro não se permite expressão, violenta-se a si próprio na aceitação.

Segundo Parker (1994), essa insistência em anular o conhecimento cultural, em não auscultar os desejos não expressos e em não acompanhar os desdobramentos do mundo erótico, da cultura da sexualidade, essa negação favoreceu e tem favorecido o aumento da epidemia. O autor chama a atenção para a necessidade de se conhecerem os sentidos da linguagem sexual presente nos diversos segmentos sociais onde ela se efetiva, já que, segundo ele *“na vida sexual bem como em qualquer outra área, os significados subjetivos acabam*

sendo construídos a partir de sistemas culturais intersubjetivos existentes em cenários sociais específicos” (1994:143).

O autor fala ainda sobre o sentido transgressor expresso na cultura e que se associa a determinadas práticas sexuais permeadas pela ideologia do erotismo, do tudo pode, provocadas pelas pressões externas, pelo que ele denomina de violência estrutural.

Esta noção de transgressão, pelo menos no Brasil, tira proveito de uma distinção culturalmente definida entre as noções de conduta pública e privada. Seu papel central na definição da ideologia do erotismo é captado em expressões populares como “em baixo do pano tudo pode acontecer” ou, talvez até mais comum, “entre quatro paredes tudo pode acontecer”. Embora uma ampla gama de regulamentos e restrições possa governar as interações sexuais na vida pública, na vida privada, quando uma pessoa de alguma forma está longe dos olhares curiosos e vigilantes da sociedade, um conjunto muito diferente de possibilidades se define. (Parker, 1994:144)

A sexualidade transformada em mero objeto de consumo, em mercadoria de prateleira, tomada pela lógica do capital insere um sentimento de pseudoliberalidade, uma disseminação de ofertas e práticas.

2.3. Os Desafios da Prevenção

As ações preventivas, desde o início da epidemia, consistiram num grande braço de trabalho junto às comunidades, no mundo todo. Assim, foram muitos os questionamentos e indagações sobre como promover e estimular a prevenção.

Somando as informações necessárias sobre as possibilidades de contágio, a proposta, a princípio, foi de massificação dessas informações para disseminá-las da forma mais ampla possível, orientando sobre o que fazer ou deixar de fazer para evitar o contágio.

Inaugurou-se, então, um espaço de atividades de prevenção junto às atividades já desenvolvidas pelos programas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis – DSTs. Mas as campanhas trouxeram um anúncio mais específico.

Publicamente, lançou-se a necessidade emergencial da retomada do uso do preservativo em todas as relações sexuais. A sociedade não tinha o hábito de usar a “camisinha”, e as campanhas eram dirigidas a um contingente populacional

de grande diversidade nas rotinas sexuais. Grande parcela da população, com mínimas condições de sobrevivência, viu-se impotente quanto ao perigo de adoecimento. A mensagem central passou a enfatizar a mudança de hábitos da vida sexual e a prevenção.

Aos usuários de drogas injetáveis, o *slogan* visava informar sobre os riscos do compartilhamento da mesma seringa.

Insistiu-se na possibilidade de transmissão vertical da mãe para o filho, ressaltando-se a necessidade do acompanhamento pré-natal, dando assistência ao bebê durante o período de gestação, exercendo um controle que propiciasse a negatização do vírus da mãe soropositiva no sangue do bebê, por meio da ação preventiva e do monitoramento. Recomendava o não aleitamento pós-parto.

Os estudos qualitativos de Parker (2000b) abordam as tendências que prevaleceram dos anos 80 até o momento, analisando as diferenças nas abordagens do paradigma comportamental que nortearam as campanhas de prevenção no início da epidemia em relação aos recentes estudos efetuados pela ótica do paradigma cultural, e situa os caminhos da efetiva prevenção na ordem do estudo da diversidade cultural em que reside a linguagem sexual.

O trabalho de prevenção deve buscar ultrapassar os limites da mera informação, lançando-se no alcance das análises qualitativas, orientadoras da compreensão do movimento humano que, mesmo sabendo de riscos e de condições de perigo, se coloca como alvo de contaminação.

A partir do eixo comportamental, as campanhas foram alvo de equívocos. A proposta devia contemplar a discussão nos âmbitos coletivo e cultural. Os estudiosos ingleses Dixon y Springham (2000), no artigo “*Superar nuestras propias barreras*”, publicado pela Organização Mundial de Saúde, falam de barreiras que são efetivadas no contexto social e esboçam uma análise qualitativa desse cenário tal qual se organiza, questionando: “cuáles son las barreras”?

Morte, fase terminal, preconceito, desfiguramento, sexismo, cólera, incapacidade, drogas, sexo, enfermidade, discriminação, dependência, prostituição, dor, incerteza, desespero, isolamento, luto, risco, perda do posto de trabalho, promiscuidade, conflito, racismo, medo. Alguns temas são tabus e raramente se fala deles, inclusive nas relações íntimas. Há os que suscitam sentimentos perturbadores, que preferimos evitar. Outros estão associados com recordações da infância, por exemplo como a maneira em que nos tocavam e nos falavam, a atmosfera de

nosso lugar, a família, a escola, os amigos de nossa idade, nossa religião. Nossos sentimentos acerca destes temas foram moldados por valores e atitudes a que nos vimos expostos quando éramos pequenos e mais adiante se modificaram paulatinamente em função de nossa própria experiência. Os valores e as atitudes que nos cercavam também foram moldados por toda uma gama de costumes religiosos, morais, jurídicos, éticos e sociais da sociedade em que vivemos (2000:9). (Tradução do autor).

O estudo suscita o reconhecimento das barreiras que estão interpostas entre o homem e a sociedade em que vive, revelando que, na gama dos conceitos constituídos, reside a constituição do indivíduo, de valores e atitudes a que esteve exposto no processo cultural.

Percebe-se, então, que o trabalho de prevenção é da ordem de repensar o que está e foi instituído culturalmente. Repensar compartilhamento de valores e padrões constitui o caminho eficaz para a possibilidade de configurar uma outra realidade, passível de ser trabalhada e transformada à luz da reflexão crítica, do diálogo, da troca de idéias que suscitam dúvida, que modificam o ângulo para o olhar diferenciado. É interessante vislumbrar a condição real da prevenção como exercício de revisitar costumes, conceitos e práticas alimentadoras de adoecimento e alicerçar condições que façam a superação do modelo esvaziado e repetitivo de constructos ideologicamente dilaceradores.

Bayés (1995) propõe o estabelecimento de duas diferentes dimensões de ação - uma política e outra educativa, - capazes de montar estratégias necessárias ao enfrentamento do problema. Apresenta um modelo de prevenção, composto de três fases: a primeira refere-se ao passado, aos fatores históricos de predisposição e suscetibilidade ao contágio; a segunda chama para o presente, a interação da prevenção aos aspectos de risco; e finalmente, a terceira, ao futuro. São ações de médio e longo prazo voltadas para a busca da saúde.

Os desafios da prevenção cruzam essas frentes; as dificuldades são intrínsecas a valores e condições construídas pela cultura e nela arraigadas; há um grande contingente humano que não participa desse processo, desapropriado que foi do direito de ser sujeito da história para ser dela objeto. Não se trata, portanto, de uma simples questão de mudança de comportamento, mas de

alteração de condições estruturais que, inadvertidamente, sujeitam as pessoas a processos de menor ou maior grau de vulnerabilidade¹².

2.4. A Realidade HIV/AIDS: o Estado de Goiás e a Cidade de Goiânia

Em projeto de implementação de serviços de referência no Serviço Único de Saúde - SUS -, direcionado a gestantes e parturientes portadoras do HIV, elaborado pela Coordenação Estadual de DST/AIDS do Estado de Goiás (2001), é possível localizar referências importantes, contextualizando o Estado de Goiás e alguns municípios frente a questões de ordem econômica e social com ênfase em dados¹⁶ populacionais do Estado de Goiás.

Os dados do Censo Demográfico realizado em 1999 evidenciam que 50% da população dos municípios mais populosos do Estado de Goiás se concentram na faixa etária entre 15 e 44 anos, idade sexualmente reprodutiva, o que indica a relevância das discussões sobre prevenção do contágio pelo HIV. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (outubro-dezembro de 2001), a região Centro-Oeste ocupa o 3º lugar na magnitude das taxas de incidência do problema HIV/AIDS, tendo sido ultrapassada recentemente pela região Sul. O Estado ocupa uma posição intermediária em relação às outras unidades da federação quanto à expansão da epidemia.

¹² “Os grupos vulneráveis podem ser levados a dinâmicas sociais compensatórias nas quais o exercício sexual atua como meio de intercâmbio (por exemplo, diversas formas de prostituição e compra de drogas ou pagamento de favores com sexo), ou nas quais têm menor controle sobre sua atividade sexual (por exemplo, sexo na clandestinidade, o sexo sob efeito de álcool ou drogas, coerção e abuso sexual, sexo sem possibilidades de negociação, impossibilidade de se obter parceiros estáveis etc.) - pressão sexual como fator de vulnerabilidade ao HIV”. Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), nº 44, 2000.

¹⁶ Dos 246 municípios que compõem o estado de Goiás, apenas 16 têm mais de 50.000 habitantes segundo dados estimados pelo IBGE em 2001. O município mais populoso é o que abriga a capital, Goiânia, com 1.090.735 habitantes. Em seguida aparecem Aparecida de Goiânia com 361.724 habitantes e Anápolis com 293.503 habitantes. Luziânia, Águas Lindas de Goiás e Rio Verde vêm em seguida, com a população entre 100 e 150 mil habitantes. As outras 10 cidades que têm entre 50.000 e 100.000 habitantes são: Valparaíso de Goiás, Jataí, Formosa, Trindade, Itumbiara, Santo Antônio do Descoberto, Novo Gama, Planaltina, Catalão e Senador Canedo. Os 230 municípios restantes possuem menos de 50.000 habitantes. Os municípios com maior relevância política, econômica e social são: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde e Itumbiara, onde as principais atividades são industriais vêm apresentando crescimento contínuo nos últimos anos.

Em Goiás, a taxa de analfabetismo estimada pelo IBGE foi de 13% no ano de 1999, oscilando entre 3% e 15,6%. Em Anápolis e algumas cidades do entorno de Brasília, a referida taxa ultrapassa estes índices. Portanto o Estado enfrenta uma situação de maior vulnerabilidade social, com taxas de analfabetismo próximas às da região Nordeste e Norte do país. Quanto às condições sócio-econômicas, 26% da população recebe menos de 01 (um) salário mínimo, sendo que no município de Rio Verde este percentual chega a 30%. Estes dados são preocupantes, visto que do ponto de vista geográfico, áreas mais pobres conjugam inúmeros fatores adversos, relativos à infra-estrutura, baixa oferta de serviços, poucas oportunidades de emprego e com possibilidades reduzidas de atendimento em saúde, face às restrições impostas pelas políticas públicas e orçamentos, gerando padrões de morbimortalidade próprios da agregação de pessoas de baixa renda em determinado espaço. (2001:5)

Segundo levantamento efetuado por Martelli e Andrade (S/D), os primeiros casos de AIDS na Região Centro-Oeste foram notificados em 1984, nos Estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, dois anos após o reconhecimento da introdução da epidemia no Brasil. O número de casos acumulados de AIDS na região Centro-Oeste, no período 1994 a 1995, foi de 3.596, o que corresponde a 4,4% dos casos notificados no Brasil, com 1782 óbitos conhecidos pelo sistema de registro de AIDS.

Em recente publicação em jornal de ampla circulação na capital do Estado - Goiânia (O Popular: 19.08.01), a Secretaria Estadual de Saúde expôs um levantamento estatístico exibindo um mapa de incidência HIV/AIDS no Estado, com número de casos e prevalência por grupo de 100 mil habitantes (Anexo C). As cidades que se destacaram foram: Goiânia com um total de 2.116 pessoas infectadas; em segundo lugar a cidade de Aparecida de Goiânia com 248 casos; Anápolis com 207 e Rio Verde com 124 casos.

O HDT apresenta a realidade HIV/AIDS no Estado de Goiás e no estudo de 57 prontuários de pacientes atendidos no hospital a partir do ano 2000, foi possível dar visibilidade a algumas características do perfil populacional.

2.5. A Condição de Soropositividade: Os Pacientes do HDT

A partir da análise dos dados contidos nos prontuários dos 57 pacientes que iniciaram o tratamento no ano de 2000, é possível apreender aspectos importantes relativos à condição do soropositivo em Goiânia. Os dados informam

acerca de: escolaridade; estado civil; sintomatologia; comportamento sexual; uso de drogas e uso de preservativo. No decorrer da coleta de dados, constatou-se a ausência do registro de alguns dados, portanto o cálculo percentual sobre a informação buscada foi feito sobre o total de casos com o dado buscado (subtotal, portanto).

2.5.1. Escolaridade

A Tabela 1 mostra a distribuição dos casos segundo o nível de escolaridade. Em apenas dois casos não se obteve informação desejada, sendo, portanto, os percentuais calculados sobre o total de 55 indivíduos. Percebe-se que 61,8% têm escolaridade de nível fundamental incompleto.

O nível de escolaridade é maior entre os homens, ultrapassaram a marca do ensino fundamental, 39,93% contra 14,8% do sexo feminino. Importante indicador de qualidade de vida, a baixa escolaridade se associa ao próprio contexto em que a vida individual se dá, determinando a construção de cada história.

O acesso à educação, a um ensino orientado para a compreensão da realidade, exerce um papel preponderante na formação do homem, capacitando-o para perceber as diversas esferas constitutivas da vida e incorporar conceitos e valores que regulam e organizam a convivência social. Abre perspectiva para a participação no contexto cultural oferecido pela leitura, que norteia o trabalho e a construção do mundo. A baixa escolaridade funciona como instrumento de vulnerabilidade.

Tabela 1: Distribuição dos casos segundo o nível de escolaridade.

ESCOLARIDADE	SEXO		SEXO		TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	18	66,7	16	57,1	34	61,8
FUNDAMENTAL COMPLETO	5	18,5	1	3,6	6	10,9
MÉDIO INCOMPLETO	1	3,7	3	10,7	4	7,3
MÉDIO COMPLETO	3	11,1	4	14,3	7	12,7
SUPERIOR	0	0	4	14,3	4	7,3
SUBTOTAL	27	100	28	100	55	100
SEM REGISTRO	1	3,6	1	3,4	2	3,5
TOTAL	28	49,1	29	50,9	57	100

Fonte: prontuários de pacientes em tratamento no HDT (2000)

* Percentuais calculados sobre o total com informação registrada.

Esse contexto evidencia a vulnerabilidade do indivíduo em relação ao HIV/AIDS e o inscreve na história dos “menos cidadãos” como enfatiza Ayres (2000: 22) em seu artigo “*cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS*”. Mostra a vulnerabilidade do excluído, do indivíduo que veio se constituindo historicamente desalojado das possibilidades reais de inserção. Caracteriza o perfil social da população que hoje vem se contaminando.

2.5.2. Estado civil

Os dados contidos na Tabela 2 mostram que 29,6% das mulheres e 32,1% dos homens contaminados registram o estado civil de *casados*, o que pressupõe a presença de parceria estável, idealmente protetora contra a infecção. O casamento, que tem se expressado como instituição protegida e segura, não se confirma como tal na leitura dos resultados desta análise.

Tabela 2: Distribuição dos casos segundo o estado civil.

ESTADO CIVIL	FEMININO		SEXO MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
CASADO	8	29,6	9	32,1	17	30,9
SOLTEIRO	13	48,1	18	64,3	31	56,4
SEPARADO	2	7,4	1	3,6	3	5,4
VIÚVO	4	14,9	0	0	4	7,3
SUBTOTAL	27	100	28	100	55	100
SEM REGISTRO	1	3,6	1	3,4	2	3,5
TOTAL	28	49,1	29	50,9	57	100

Fonte: prontuários de pacientes em tratamento no HDT (2000)

* Percentuais calculados sobre o total com informação do estado civil.

A presença de 14,9% de mulheres viúvas no grupo estudado leva à suposição de que a mulher tenha sido contaminada pelo marido antes que este tivesse ido a óbito.

Há o indicativo das pessoas *solteiras* contaminadas, 48,1% mulheres e 64,3% homens. O relacionamento amoroso abre possibilidades de contágio mediante a ausência de prevenção.

2.5.3. Sintomatologia

Na Tabela 3, percebe-se que, em 36,8% dos casos, os prontuários dos indivíduos soropositivos para o HIV não informam sobre a presença de sintomatologia compatível com a manifestação da doença AIDS. Não sendo possível recuperar tais informações, o cálculo do percentual foi feito sobre o total dos casos com a informação necessária e mostra 83,3% de pacientes assintomáticos, ou seja, que foram contaminados pelo vírus, mas ainda não apresentam sinais da síndrome que caracteriza o estado clínico específico. Esse percentual é maior entre os pacientes do sexo feminino, com 100% dos contaminados assintomáticos no momento do registro. Essa informação pode significar uma busca mais precoce do diagnóstico laboratorial.

Tabela 3: Distribuição dos casos segundo a presença de sintomatologia.

SINTOMA	SEXO		SEXO		TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
SINTOMÁTICO	0	0	6	33,3	6	16,7
ASSINTOMÁTICO	18	100	12	66,7	30	83,3
SUBTOTAL	18	100	18	100	36	100
SEM REGISTRO	10	35,7	11	38	21	36,8
TOTAL	28	49	29	51	57	100

Fonte: prontuários de pacientes em tratamento no HDT (2000)

* Percentuais calculados sobre o total com informação sobre a presença de sintomatologia.

A sintomatologia HIV/AIDS está relacionada com a imunidade do organismo frente às infecções. *“As células visadas pelo vírus HIV são essencialmente os linfócitos T4, que contêm uma molécula (CD4) que lhe serve de receptor.”* (Montagnier, 1995: 74)

A forte união entre o HIV e as células que possuem os receptores CD4 permite que o ‘coração’ do vírus se introduza em seu interior. Uma vez no citoplasma da célula-hóspede (neste caso, o linfócito T4), graças a transcriptase reversa, o ARN do vírus se transforma em ADN, que pode permanecer no citoplasma ou dentro do ADN dos cromossomos. (Rubio, 1997:64).

Ao penetrar nas células T4, responsáveis pelo sistema imunológico, o vírus se apropria do código genético da célula, levando à perda de sua função protetora do organismo contra as doenças, o que expõe o indivíduo à condição de adoecimento.

O atual nível de conhecimento sobre o vírus permite o estabelecimento de uma rotina de controle sistemático da evolução da doença, através da averiguação das taxas de CD4 e da carga viral. Os títulos mais altos de CD4 são indicativos do número de células de proteção, os linfócitos, que mantêm diminuída a carga viral na corrente sanguínea.

Esta informação orienta o tratamento, segundo recomendações do Ministério da Saúde (1999):

Para indivíduos assintomáticos recomenda-se tratamento quando a taxa apresentar contagem de T-CD4+ (células /mm³) maior ou igual a 350, menor a 500 e carga viral menor a 30.000 cópias /ml. No quadro sintomático, a recomendação é de iniciar terapia e avaliar profilaxia para infecções oportunistas quando os números apresentarem-se dessa forma: "contagem de T-CD4+ (células /mm³) maior ou igual a 350. Já na carga viral constam três possibilidades: menor de 30.000, de 30.000 – 100.000 ou maior de 100.000 cópias". (1999:12)

Esses são os pontos de corte estabelecidos na normatização da terapia anti-retroviral, a partir de dados laboratoriais. No mesmo documento, o Ministério da Saúde apresenta listagem das manifestações clínicas, que caracterizam imunodeficiência moderada ou grave, em pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV comprovado laboratorialmente:

IMUNODEFICIÊNCIA MODERADA:

Perda de peso maior que 10% do peso corporal;
Diarréia crônica sem etiologia definida, com duração de mais de um mês;
Febre prolongada sem etiologia definida (intermitente ou constante), por mais de um mês;
Candidíase oral;
Candidíase vaginal recorrente;
Leucoplasia pilosa oral;
Tuberculose pulmonar no último ano;
Herpes zoster;
Infecções recorrentes do trato respiratório (pneumonia, sinusite).

IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE:

Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
Toxoplasmose cerebral;
Criptosporidíase com diarréia persistente, por mais de um mês;
Isosporíase com diarréia persistente, por mais de um mês;
Doença por citomegalovírus (CMV) de um órgão que não seja o fígado, o baço ou os linfonodos;
Infecção pelo herpesvírus, com acometimento mucocutâneo por mais de um mês, ou visceral de qualquer duração;
Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
Histoplasmose extrapulmonar ou disseminada;
Candidíase do esôfago, traquéia, brônquios ou pulmões;

Micobacteriose atípica disseminada;
 Sepse recorrente por salmonela (não-tifóide);
 Tuberculose extrapulmonar ou disseminada;
 Linfoma primário do cérebro;
 Outros linfomas não-Hodgkin de células B;
 Sarcoma de Kaposi;
 Criptococose extrapulmonar. (1999:14)

Tais acometimentos clínicos são considerados doenças oportunistas e se apresentam neste trabalho com a intenção de evidenciar a relação entre a manifestação da doença e o estado imunológico do paciente. A literatura médica específica oferece informações precisas a respeito.

O indivíduo portador do vírus HIV que não apresenta sintoma é um indivíduo aparentemente saudável, sem manifestações exteriores da doença, podendo apresentar aumento do peso corpóreo e exibir uma forma física que expresse equilíbrio. Sob o efeito da medicação, o processo pode ser controlado.

2.5.4. Comportamento sexual

A Tabela 4 mostra a ausência de registros sobre a opção sexual dos indivíduos estudados em 42% dos casos, reduzindo, portanto, o denominador de cálculo percentual a 33 casos. Percebe-se que 60,6% se concentram no grupo com opção heterossexual. A marca dos quase 40% de indivíduos com opções bi ou homossexuais é dada, principalmente, pelo sexo masculino. 93% das mulheres se dizem heterossexuais.

O registro da homossexualidade como opção assumida por elevados percentuais dos homens portadores do vírus justificou, em todo o mundo, a discussão inicial moralista sobre a busca do prazer sexual.

Renovam-se antigos temores fundamentais, que foram construídos no imaginário ocidental pelo cristianismo, onde se teceram de forma inextricável, num estilo grotesco, as representações da enfermidade, do sexo e do pecado. O terror da morte funcionou como um operador político deste monumento macabro. (Birman, 1994:111)

Tabela 4: Distribuição dos casos segundo o comportamento sexual.

COMPORTAMENTO SEXUAL	FEMININO		SEXO MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
BISSEXUAL	1	7	6	31,6	7	21,2
HOMOSSEXUAL	0	0	6	31,6	6	18,2

HETEROSSEXUAL	13	93	7	36,8	20	60,6
SUB TOTAL	14	100	19	100	33	100
SEM REGISTRO	14	50	10	34,5	24	42
TOTAL	28	49	29	51	57	100

Fonte: prontuários de pacientes em tratamento no HDT (2000)

* Percentuais calculados sobre o total com informação sobre comportamento sexual.

Os dados contidos nos prontuários registram ainda o comportamento sexual aliado à “*promiscuidade*” e, embora o dado não se compute hoje como fundamental, registra a história da representação fundamental da epidemia.

Chama a atenção o registro de morte de três parceiros de pacientes do sexo feminino, que falam de companheiros que vão a óbito e deixam a viúva contaminada. A exposição das mulheres ao processo de contaminação é algo preocupante e digno de ser pontuado.

Barbosa (1997) desenha o perfil da epidemia entre as mulheres e fala da gravidade do problema e da necessidade de um enfrentamento sério e urgente:

Os impasses e desafios trazidos pela progressiva e rápida disseminação da infecção do HIV entre as mulheres são, sem dúvida, de grande magnitude e complexidade, já que, por um lado, vêm agravar um quadro de saúde reprodutiva já bastante precário, caracterizado, em linhas gerais pelo recrudescimento de outras doenças sexualmente transmissíveis, por um perfil distorcido de uso de métodos contraceptivos, pelo recurso indiscriminado à esterilização cirúrgica e ao parto cesáreo, pela prática clandestina do aborto e pela manutenção de elevados índices de mortalidade materna e por câncer de colo e de mama. (1997:16)

Sete mulheres (50% das que prestaram informações sobre o tema) afirmam que seus parceiros eram usuários de drogas injetáveis. Considerando-se o uso de drogas como indutor de prática sexual desprotegida, aceita-se que:

O maior risco de transmissão do HIV, no entanto, não reside no compartilhamento de seringas pelos usuários, mas na sua conduta sexual.. Sabe-se hoje que a maioria dos UDIs – em oposição a uma crença generalizada – é sexualmente ativa, mantendo relações freqüentes com parceiros fixos ou variados, usuários de drogas ou não. Entre eles, apenas uma minoria pratica relações sexuais protegidas; em Santos e Rio de Janeiro, menos de 30% usam preservativos. (Bucher, 1995:151)

2.5.5. Uso de drogas

A Tabela 5 apresenta informações sobre o uso de drogas somente para um pouco mais da metade da população estudada, reduzindo para 30 o denominador para os cálculos percentuais. Mostra que 73,3% dos portadores do vírus que informaram sobre a questão negam o uso de drogas. A frequência do uso é três vezes maior entre os homens, dos quais um terço informa uso de drogas injetáveis. Os demais falam do uso de merla, cocaína e maconha. Entre as mulheres, metade das usuárias informa o uso de drogas injetáveis.

A droga injetável surgiu no cenário da AIDS como uma das vias de transmissão do vírus HIV. Os usuários de drogas injetáveis - UDIs - sempre foram pessoas vivendo à margem da sociedade, pela conduta viciada de dependência da droga, expostos às intolerâncias da sociedade, que pouco veio discutindo e se preocupando com os fatores que induzem cada vez mais os jovens e adultos à prática do seu consumo.

O responsável pela disseminação do vírus não é o “vício” em si, mas as atividades não-protetidas dos UDIs no conjunto, foco de infecção em progressão constante. A pandemia da AIDS, embora vinculada intimamente à contaminação por via sexual, atrela-se, por conseguinte, cada vez mais ao consumo de drogas injetáveis e aos problemas socioeconômicos que o favorecem de modo multicausal. Para entender essas concatenações, cabe deslocar a atenção do enfoque repressivo, enxergando apenas a oferta de narcóticos, para a questão da demanda por drogas, ou seja, das motivações que levam, no mundo ocidental, parcelas cada vez maiores das populações (jovens e adultas) a procurar substâncias psicoativas. (Bucher, 1995:151)

Tabela 5: Distribuição dos casos segundo o uso de drogas.

USO DE DROGAS	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
NEGA O USO	13	86,7	9	60	22	73,3
USA DROGAS NÃO INJETÁVEIS	1	6,7	4	26,7	5	16,7
USA DROGAS INJETÁVEIS	1	6,7	2	13,3	3	10
SUB TOTAL	15	100	15	100	30	100
SEM REGISTRO	13	46,4	14	48,3	27	47,4
TOTAL	28	49,1	29	50,9	57	100

Fonte: prontuários de pacientes em tratamento no HDT (2000)

* Percentuais calculados sobre o total com informação sobre uso de drogas.

É importante olhar para as precariedades materiais em que a vida humana tem se desenvolvido. A ausência da construção do bem-estar e da saúde é um facilitador para que as pessoas enveredem por outras alternativas, entre as quais

a droga que, de certa forma, isenta o indivíduo de um contato permanente com a realidade que lhe é hostil e de difícil aceitação.

Os dados coletados neste estudo não permitem a conceituação do uso de drogas injetáveis como a via de transmissão do HIV, uma vez que 86,7% das mulheres e 60% dos homens negam o uso.

2.5.6. Uso de preservativo

Apesar da grande abstinência de respostas a essa questão, apresentam-se os dados devido à importância de se discutir o sexo seguro.

A falta de respostas em 78,9% dos casos (Tabela 6) mostra o descuido do serviço de coleta de dados, que não considerou prioritária ou fundamental a informação. Por outro lado, quando o homem deixa de mencionar o uso do preservativo, está assumindo, implicitamente, que não o usou, razão por que foi contaminado. Isto confirma o desconhecimento ou não reconhecimento da importância de cuidar de si e do outro no sentido material da vida. Urge que se assuma a necessidade da prática sexual segura para a possibilidade do desempenho de uma vida sexual mais protegida e cuidadosa.

Tabela 6: Distribuição dos casos segundo o uso de preservativo.

PRESERVATIVO	FEMININO		SEXO MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
USA	0	0	5	71,4	5	41,6
NÃO USA	5	100	2	28,6	7	58,4
SUB TOTAL	5	100	7	100	12	100
SEM REGISTRO	23	82,1	22	75,9	45	78,9
TOTAL	28	49,1	29	50,9	57	100

Fonte: prontuários de pacientes em tratamento no HDT (2000)

* Percentuais calculados sobre o total com informação sobre uso de preservativo.

Terto Jr. (1992), discutindo o tema, lança a indagação sobre o que é sexo mais seguro, afirmando a seguir a importância do reforço no uso do preservativo.

A idéia de sexo mais seguro não deveria significar ausência ou perda de prazer e satisfação, mas sim a descoberta de novas e diferentes maneiras de alcançar prazer em relações estimulantes, satisfatórias, sem culpas e seguras contra o HIV. (1992:118)

O levantamento dos dados nos prontuários de 57 pacientes cadastrados pretendeu apresentar uma amostra do perfil do paciente portador de HIV/AIDS no Estado de Goiás atendido pela rede pública. Contudo, esses dados podem ganhar maior sentido se complementados com as subjetividades que, tomadas nas suas singularidades, dizem com radicalidade da condição do soropositivo. Nesse sentido, busca-se, na história de Glória, Diva, Marta, Carlos, Jânio e Wilson, sujeitos concretos, a expressão das tendências objetivas e universais.

Glória*

No prontuário, Glória aparece como paciente cadastrada no HDT desde 22 de fevereiro de 2000. Com a idade de 19 anos foi registrada a sua primeira consulta. Veio notificada do Paraná. É solteira, cursou o ensino fundamental incompleto. Teve três gestações, sendo a primeira uma cesárea, aos 12 anos de idade. De 18 a 22 de fevereiro de 2001, ficou internada, quando se constatou a sua terceira gestação.

A entrevista: Glória entra na sala para ser entrevistada. É uma jovem alta e tem cabelos longos. Não manifesta objeção quanto à gravação da entrevista. Inicialmente afirma ter estudado até a 7ª série. Quanto à profissão diz:

Eu já trabalhei de secretária. Não trabalhei depois disso. (Glória)

Relata ter começado a trabalhar aos 16 anos. Quando parou estava com 18 e hoje está com 20 e não trabalha.

Eu trabalhei em arte descarte, mexia com embalagem, Flamboyant, Bouganville, no shopping. Eu fazia assim eu trabalhava na loja que era no centro e nos final de semana, nas parte da tarde a gente ia pro shopping demonstrar. Já tem 2 anos e 7 meses que eu não trabalho. (Glória)

Expõe que o diagnóstico HIV positivo foi confirmado pelo médico somente quando estava no centro cirúrgico em situação de parto, quando decidiram tomar providências para remanejá-la para outra instituição, já que aquele hospital, ao que consta, não dispunha de condições para efetuar a cesárea.

* Os nomes são fictícios.

Menciona a reação frente ao diagnóstico e sobre o fato de ter informações sobre o uso de preservativo. Fala:

Eu sabia assim, mais com meu namorado, a pessoa que eu peguei dele não né. Eu comecei a usar, eu mais ele ficava, tinha relação de camisinha no começo mais aí depois já tinha mais de dois anos que eu tava namorando com ele aí não usava tanto...nunca me passou pela minha cabeça que podia acontecer isso comigo. (Glória)

Sobre a vida sexual, afirma:

A vida sexual foi atingida, ah foi. Vai ficando diferente. O ruim porque pra gente não pode, não pode ter confiança. Ninguém vai confiar em mim lógico pra pode fica comigo sem camisinha...eu chegar e falar pra pessoa que eu não sou igual a ela. (Glória)

Sobre projetos de vida diz:

É por causa disso eu vou ter que afastá da minha família né. Antes na minha casa ia muita gente. Depois disso até os parente da minha mãe mesmo, da parte do meu pai não vai mais na minha casa. Eu acho que não vai por causa disso. (Glória)

Diva

Diva é paciente cadastrada no HDT desde o registro da primeira consulta no primeiro dia de março de 2000, quando estava com 38 anos. É solteira e estudou até o ensino fundamental completo. Os registros falam de um relacionamento sexual com indivíduo HIV positivo, que veio a óbito em setembro de 1996. Tem dois filhos, com 13 e nove anos de idade.

A entrevista: Diva chega à sala do serviço social e se apresenta para a entrevista. É uma mulher magra, franzina e de cabelos escorridos. Não manifesta objeção em relação à gravação da entrevista. Inicialmente relata estar desempregada, pois foi despedida. Era auxiliar de consultório dentário. Começou este trabalho com 15 anos, em consultório de uma parenta.

Quando fui mandada embora tinha dois anos que eu tava trabalhando lá. Quando eu descobri né aí não me quis lá mais. (Diva)

Sobre o diagnóstico HIV positivo e relacionamentos amorosos, relata:

É já sabia assim mais ou menos porque todo mundo falava que o rapaz tinha morrido disso né e tal mas eu nem preocupava com isso não. (Diva)

Assim expressa sua reação:

Eu acho que se eu tivesse ficado sabendo que eu tava com câncer eu acho que era pior. Porque assim na maioria das pessoas o ruim desse trem é só o preconceito, ce vê eu tive que largar meu serviço. Com dois filhos pra sustentar. O pai só quer saber de beber. (Diva)

A resignificação da vida frente ao HIV/AIDS repercute no momento atual, como expresso em suas palavras:

A AIDS trouxe o que eu te falei, a perda do emprego e o medo de encontrar alguém que eu queria e a pessoa não querer ficar por causa disso. Eu não tenho nenhum projeto. Tudo que eu penso vem essa doença...deixar Deus projetar pra mim. (Diva)

Marta

Marta fez sua primeira consulta no HDT em 04 de abril de 2000, com 42 anos de idade. É viúva e cursou o ensino fundamental incompleto. Teve seu primeiro marido há mais ou menos 20 anos; com o segundo marido ficou casada mais ou menos quatro anos. Ele faleceu com edema pulmonar. Era etilista. O relacionamento mais recente durou cinco anos e esse terceiro e último marido era etilista e usuário de droga injetável. Nos intervalos entre um e outro casamento teve outros parceiros sexuais sem proteção.

A entrevista: Marta é uma senhora negra, de cabelos curtos. Relata que sua profissão é do lar. Estudou até a 6ª série e abandonou os estudos. Atualmente não trabalha. Dedicar seu tempo a cuidar da mãe, que está com câncer. Trabalhava como doméstica numa residência próxima à sua, porém, há dois anos, abandonou o trabalho.

Ao ser perguntada sobre como ficou sabendo que era soropositiva, de imediato relata o falecimento do marido, menciona seu estado físico, e que a irmã a aconselhou a fazer o exame. Relata que o esposo tinha cirrose, mas sobre a doença afirma não ter tido conhecimento. No Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, onde o marido veio a óbito, eles não lhe informaram nada. Constava apenas hepatite e cirrose. Informa não ter tomado conhecimento sobre o atestado de óbito, que ficou com a irmã do falecido.

Assim se expressa:

Quando o meu esposo faleceu aí a minha irmã...eu fiquei assim muito abatida, magra. Ela falou ah agora vai fazer o exame dela a minha irmã mais velha falou né. Aí a minha irmã veio comigo trouxe o exame aí deu.

Meu esposo tinha cirrose, agora eu não sei se ele tinha a doença né. Ele morreu no HUGO, lá eles falou hepatite, cirrose. Lá eles que sabe o atestado de óbito ficou foi com a irmã dele. (Marta)

A reação frente ao diagnóstico HIV positivo foi tal como relata:

Uai! eu fiquei desesperada, mas entreguei pra Deus, falei seja o que Deus quiser, tá na mão do senhor. Eu fiquei assim revoltada. É só a minha irmã mais velha e a outra enfermeira que sabe. Eu nem comuniquei pros meus filho, nem pra minha filha, nem pra minha família não. São duas da minha família que sabe. Meus filho não sabe, eu não contei pra eles não. (Marta)

Fala sobre o contágio com o HIV e sobre o relacionamento social:

Não eu não tinha informação. Eu não esperava, eu nem num sabia. Eu só ouvia o povo falar Aids. Eu falava gente o que que será? É eu to levando a vida, não tô sentindo nada não. Uai! tá tudo bem. Uai! a amizade com as pessoa é a mesma mas nunca contei assim pra elas não. (Marta)

Carlos

Está registrado desde 11 de abril de 2000. Na época tinha 27 anos. É solteiro. Cursou o ensino médio incompleto. Está registrado como homossexual, com parceiros homo, hetero e bissexuais. Sua profissão é tapeceiro.

A entrevista: Carlos é um rapaz franzino, claro. Entra timidamente na sala para ser entrevistado. Relata que cursou até o primeiro ano do segundo grau e abandonou os estudos. Trabalha fazendo cadeiras para escritório. Há três anos é funcionário de uma fábrica. Quando perguntado sobre o diagnóstico, responde:

Eu peguei sífilis. Aí pensei que era uma feridinha à toa né passei remédio nada, aí procurei um médico particular por causa disso aí ele me encaminhou para o HDT. Antes ele pediu um exame particular né, eu fiz mostrei pra ele, ele encaminhou pra cá, aqui eu fiz de novo aí deu positivo. (Carlos)

Relata ter se contaminado por relação sexual.

...através do sexo. Eu tinha informações e aí deixei passar. Não faço a menor idéia de quem tenha sido. (Carlos)

Sobre a sua vida sexual e seus relacionamentos expõe:

Minha vida antes do HIV ah sempre foi assim bem intensa. ..Eu tinha muitos parceiros sexuais. Agora tá mais difícil. Atingiu sim, pelo fato de hoje eu não me expor mais tanto quanto antes né. Quase todo final de semana eu ia na boate eu encontrava pessoas como eu. Bom eu quero que Deus me dê força pra viver né sem depender de ninguém. Não é

orgulho não é porque eu cresci assim né me virando sozinho, de repente depender? (Carlos)

Explicita as dificuldades atuais:

Sim enfrento dificuldades, mais financeira né. Assim porque eu ganho pouco, ainda bem que é só eu mesmo né e a gente vai se virando. (Carlos)

Jânio

De acordo com os registros de seu prontuário, Jânio é paciente cadastrado no HDT desde 11 de abril de 2000, quando tinha 38 anos. É solteiro. Coursou o ensino médio incompleto. Registra antecedente de ex-parceiro com óbito HIV/AIDS e os parceiros sexuais se caracterizam como heterossexual, homossexual e bissexual.

A entrevista: Jânio é um rapaz alto, moreno, magro. Inicia a entrevista relatando ter cursado até o segundo ano do segundo grau. É cobrador de ônibus coletivo e está afastado de suas funções desde 14 de junho de 2002, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, porque teve problemas de saúde. Está aguardando perícia do INSS para retornar ao trabalho. Há 8 anos trabalha como cobrador.

Ao ser perguntado sobre o diagnóstico, afirma ter ido a uma dermatologista ver um problema nos pés e uns carocinhos na cabeça, que sangravam. Fez o exame e constatou que era soropositivo:

Ah foi ano passado. Eu fui fazer uma consulta com a médica só para olhar os pés, um problema com uma dermatologista. Aí, chegando lá ela pediu um exame de sangue completo, eu fiz. Inclusive tinha uns carocinhos na cabeça que ficava preocupando né sempre passava o pente, sangrava, saía alguma coisa, casquinha e tal aí fiz o exame e deu, constatou que era soropositivo. E daí pra cá com os exames eu tô encaminhando certinho. (Jânio)

Sobre a forma de contaminação, menciona a relação sexual:

Agora você me apertou. Eu acredito que foi em relação sexual. Agora não sei com quem. Sabe, eu já olhei pra todos os lados, já busquei onde, procurei né, não, não sei. (Jânio)

Sobre os projetos de vida e perspectivas futuras levanta alguns pontos:

Enfrento dificuldades em termo de dinheiro. Eu moro de aluguel, o que eu mais queria era sair do aluguel porque eu tenho medo, se você adoecer de repente a ambulância vem vai levar para o HDT e tal olha a especulação do dono da casa...cê ta ali numa maca, ali mesmo cê já morre, porque você mentiu: não quero você mais aqui. Então pra isso eu tô lutando muito. Graças a Deus comida dá eu tô trabalhando (Jânio).

Vilson

Vilson fez sua primeira consulta no HDT no dia 20 de janeiro de 2000. Na época tinha 45 anos. Veio de São Paulo para residir em Goiânia. É casado, cursou o ensino superior completo, graduou-se em engenharia civil. Heterossexual, casado há mais ou menos 10 anos, parceira fixa, sua esposa e seus dois filhos, oito e dois anos, não são soropositivos.

A entrevista: Vilson é um senhor de baixa estatura, franzino, magro. Relata na entrevista que morava em São Paulo e veio para Goiânia trabalhar com sua irmã que tem uma empresa de engenharia na capital. Agora está montando o seu próprio negócio, uma panificadora, rotisseria. Teve um problema em São Paulo e, surgindo a chance, veio para cá. Argumenta que o marido de sua irmã é engenheiro e a firma não comporta três engenheiros.

Sobre o diagnóstico HIV positivo, relata que passou muito mal e fez exames, recebendo resultado positivo:

Eu passei mal, eu tive... como diz o outro... eu tive praticamente quase pra morrer. Eu tive...ah como se chama...tive uma inflamação no pulmão, eles chamam de pneumocistose. Eu fiquei internado, fiz o exame... Quando fiquei internado o médico desconfiava mais aí não tinha, mas eu fiz o exame e deu. (Vilson)

Quanto à reação, informações e sentimentos frente à nova condição:

Bom, na hora cê fica assim meio, cê não acredita né, porque eu falei pô mais aí. A hora que eu peguei isso aí o que é que adianta eu procurar aonde agora, não vai resolver o meu problema. Graças a Deus nunca mexi com droga como também nunca mexi com, nunca fui homossexual, então eu falei qualquer um de nós tamo sujeito...(Vilson)

Sobre o trabalho e as perspectivas futuras eis o que expressa:

Acho que não trouxe dificuldades em relação ao trabalho, porque quando surgiu o problema eu já trabalhava autônomo, trabalhava por minha conta em São Paulo. Eu acho que, com o problema ou sem o problema, hoje todo mundo tem dificuldade. (Vilson)

Apresentados os sujeitos da pesquisa como expressão de vidas em processo circunscritas pela presença do diagnóstico HIV positivo, buscar-se-á a visibilidade

crescente da singularidade de cada um, e da universalidade contida na expressão da linguagem. As falas dos sujeitos elucidam sua condição de sínteses mediadas.

CAPÍTULO III

IMPACTO NA VIDA SOCIAL DOS PORTADORES DE HIV/AIDS:

A CLANDESTINIDADE SOCIAL

É duro curar-se das palavras. Pronunciada, a palavra gera o efeito. Desinventar seus efeitos é hoje talvez a maior função da educação e da informação sobre a epidemia do HIV. Reduzir a epidemia ao que ela é: uma doença como todas as outras.

Herbert Daniel (1991: 6)

Para Ciampa “...é muito freqüente nos revelarmos através daquilo que ocultamos. Somos ocultação e revelação” (1984:60). A identidade aparece, assim, como um movimento embutido na história do próprio personagem, na sua atuação, nas múltiplas formas como se expressa ou não. Uma sociedade que se produz e reproduz contraditoriamente contém em si situações que escondem antagonismos, velam ambigüidades e tornam opacos processos de subordinação, exploração e submissão que são inerentes à própria estrutura da sociedade. A constituição da identidade não se dará fora desse processo.

Nesse sentido, a condição de soropositivo institui novas dimensões nos arranjos identitários dos sujeitos. Às condições das quais já eram portadores será acrescida a nova condição de soropositivo. Certamente essa não é uma condição individual, uma vez que tem já um significado social. Nesse percurso, que vem de condições postas na história individual/social de cada um e passa pela nova condição adquirida, está posto o trajeto da construção de uma identidade que se revela e se oculta.

As falas dos sujeitos apontam para o impacto da condição de portador de HIV e tornam objetivo o impacto vivido subjetivamente por cada um.

3.1. Da Condição de Gênero à Predisposição ao Contágio

Gênero corresponde a uma categoria de adequação sexual e social dos indivíduos no processo de socialização. Ao nascerem, os indivíduos são identificados como do sexo feminino ou masculino; as atribuições descritivas a cada sexo já estão dispostas no contexto social. Sendo assim, tanto meninos quanto meninas vão apreendendo, pelos valores objetivados na cultura, permeados pela família e pela escola, a constituição subjetiva de ser homem ou ser mulher.

A predisposição ao contágio com o vírus HIV depende da condição de cada um na vida social e está relacionada com a prática sexual que envolve um outro, seja namorado, marido, ou quem quer que seja, não identificado claramente. O envolvimento sexual sem o uso do preservativo predispõe ao contágio.

Tinha relação de camisinha no começo né mais aí depois já tinha mais de dois anos que eu tava namorando com ele aí não usava tanto. (Glória)

Ah eu namorei um rapaz ele morreu, todo mundo falava que ele tinha aquilo mais eu nem...Antes do HIV era normal, nunca tive relação com camisinha. (Diva)

Quando o meu esposo faleceu aí a minha irmã...eu fiquei abatida, magra, falou ah agora fazer o exame dele. Meu esposo tinha cirrose, agora eu não sei se ele tinha a doença não. Ué eu acho que contaminei foi com esse que faleceu. (Marta)

A predisposição feminina ao contágio remete à condição de gênero. A mulher confia. Seu processo de socialização a leva à ingenuidade nos relacionamentos; é ensinada a ser dócil, frágil, confiável, dominada ideologicamente, disposta à submissão. É desarticulada do poder e da ação. É seduzida pelo poder que acredita estar fora dela, no outro, no parceiro. E assim se deixa manipular pelo desejo desse outro.

Tanto Glória, que depois de ter um relacionamento de dois anos com um parceiro deixou-se seduzir, abrindo mão do uso do preservativo, quanto Diva, que afirma nunca ter usado preservativo em suas relações sexuais, e Marta, que parece ter se submetido à relação conjugal com o marido sem qualquer tipo de informação e esclarecimento frente à necessidade de cuidado e proteção com seu corpo, todas representam com fidelidade a vulnerabilidade a que a mulher está exposta pela incorporação do papel feminino que deve representar socialmente.

Duarte (1997) apresenta as

...dimensões do gênero: a mulher oprimida, a mulher resistente ... construção e produto social multifacetado. As dimensões atravessam tanto a subjetividade da mulher, suas emoções, sua afetividade, suas expectativas, seu desejo e seu prazer, quanto sua inserção na estrutura social – na família, no casamento, na reprodução da prole, no trabalho e no exercício da cidadania (1997:79).

A autora fala ainda da “*luta de gênero como estratégia difusa de poder*” em que opressão e resistência são exercidas tanto por opressores quanto por oprimidas.

A predisposição ao contágio das pessoas do sexo masculino se dá numa outra dimensão de experiências. Eis os relatos:

Minha vida antes do HIV ah sempre foi assim bem intensa. É intensa. Pra falar a verdade eu nem sei quando foi que eu peguei. Eu tinha muitos parceiros sexuais. (Carlos).

Eu acredito que foi em relação sexual. Agora não sei com quem. Sabe eu já olhei pra todos os lados, já busquei onde, procurei né, não, não sei. (Jânio).

Na época aí quando eu formei logo muleque novo a gente vivia só em bagunça né, eu fui embora trabalhei dois anos em Manaus e tal cê já viu... (Vilson).

O homem, dentro de uma cultura predominantemente patriarcal, assume uma identidade de que se ausenta a fidelidade. A masculinidade se evidencia pela quantidade de casos amorosos que o homem tem, pela potência da ereção, pelo número de relações sexuais. Há um determinismo posto culturalmente no estabelecimento das posturas assumidas pelos gêneros feminino e masculino.

A condição de soropositividade demarca e delimita, socialmente, o espaço real e objetivo de exclusão. Aos diferentes, confirma-se a penetração do não permitido, não aceito. A vida social se organiza segundo as formulações culturalmente estabelecidas como viáveis para uma vida coletiva. O indivíduo marcado pelo diagnóstico soropositivo tem em si as representações da realidade posta na exterioridade. O seu discurso expressa a ordem do constituído, em que a objetividade se expressa pela subjetividade. O aspecto da clandestinidade, de uma forma ou de outra parece já existir, quando o indivíduo busca, olha para os lados para saber de onde veio, e faz um esforço de reconhecimento da prática que o levou ao contágio.

Outro aspecto importante é que os sujeitos, ao se situarem frente às questões do exercício da sexualidade, evocam situações diferenciadas. As mulheres

expressam reconhecimento ou dão conta da presença de parceiros específicos. Para os homens, essa presença é imperceptível: pode ter sido alguém, qualquer pessoa que o contaminou durante a relação sexual, não há uma lembrança efetiva da situação. Esse é um aspecto que aparece no discurso. Observe-se:

Eu contaminei em relação sexual com esse namorado. Eu nunca tinha ficado com ninguém sem ser ele né, então é lógico que eu fiquei foi dele. (Glória).

Contaminei porque tinha relação com esse rapaz. (Diva).

Ué eu contaminei, agora eu acho que foi com esse que faleceu. (Marta).

Contaminei através do sexo. Não faço a menor idéia de quem tenha sido. (Carlos).

Eu acredito que contaminei em relação sexual. Agora não sei com quem. Sabe já olhei pra todos os lados, já busquei onde, procurei né, não, não sei. (Jânio).

É como eu falo não sei (sorri). Só pode ter sido sexualmente, não é, não sei. Eu acho né. (Wilson).

A construção da subjetividade se expressa como apropriação dos dizeres e aprendizados postos pela cultura. Na singularidade, na fala peculiar, há esboços e traços da herança histórica. Afinal, não existe o indivíduo não-histórico e autônomo, ele depende dos grupos e das relações sociais produtoras de existência.

3.2. Reação ao Diagnóstico: Culpa e Racionalização

A reação inicial expressa pelos sujeitos é de abalo geral, quando cada um mostra dor, sofrimento, tristeza, sentimento de morte, já que, de uma forma ou de outra, o diagnóstico surpreende. Ressurge sempre algum tipo de lembrança ou invoca-se alguma cena, o que vai dando sentido ao contexto como um todo. Fatos associados a “*deslizes*” justificam a presença do HIV/AIDS. Cada sujeito, em seu modo peculiar, se rende ao processo de culpa.

Glória ficou sabendo que era soropositiva quando estava em final de gestação, já na hora do nascimento. Na época morava em Santa Catarina.

Eu tava grávida do meu filho que tem 1 ano e 8 meses aí minha mãe pegou e foi no médico comigo. Minha mãe de repente perguntou, falou pra mim se eu não queria fazer exame HIV né. O sangue só dava

soropositivo, só soropositivo né aí eles pegou me comunicou. Eu tava grávida. (Glória).

Ao ser questionada sobre sua reação frente ao diagnóstico, enfatiza o processo vivido em relação à equipe, dizendo que os profissionais demoraram a lhe comunicar o resultado. Inicialmente, manifestaram desconfiança, até que, tendo certeza e estando ela no centro cirúrgico, o médico propôs a sua transferência para outro hospital.

Falou que tava desconfiado, mas quando eles ficou sabendo o exame, falou depois de um mês, falou dentro da sala de parto porque o médico não queria fazer meu parto porque eu acho que ele tava com medo né, sei lá. Aí eu fui transferida pra outro hospital. (Glória).

Relata um processo que sugere desrespeito, tragédia e ao mesmo tempo, constrangimento vivido por ela no momento do parto. Age com passividade, submete-se à transferência de hospital já em situação de centro cirúrgico. Descreve a cena dessa organização perversa que banaliza o humano. Registra o choro e o grito perante a resignação no papel. E diz:

... eu não sabia se eu gritava ou se eu chorava. Ah eu achei ruim demais. Ah eu achei ruim demais. (Glória).

Questionada sobre se ela podia prever que lhe acontecesse ser contaminada, responde:

Não, num acreditava, nem sonhava nem imaginava com isso, nem. Nunca me passou pela minha cabeça que podia acontecer isso comigo. (Glória).

Ao mesmo tempo em que considera não previsível a sua contaminação, revela o descuido frente à prevenção. Assegurou que tinha informações para evitar, mas de certa forma confiou no namorado:

Tinha relação de camisinha no começo né, mais aí depois já tinha mais de dois anos que eu tava namorando com ele, aí não usava tanto. Foi dele que eu peguei. (Glória).

A paciente Diva manifesta preferência em não conhecer o resultado, pois assim já teria morrido, afirma, comentando estar com muita raiva naquele dia:

Ah eu namorei um rapaz ele morreu, todo mundo falava que ele tinha aquilo mais eu nem, porque eu tinha feito o exame e nunca mais fiquei com ele, deu negativo né. Não preocupei com aquilo não. Quando foi em fevereiro começou desde novembro a me dar umas dor de cabeça e tal aí me deu uma pneumonia, eu fui pro médico e ele pediu o exame eu fiz. Podia nem ter ido ao médico já tinha morrido. Já tinha um ano, nossa eu tô com tanta raiva hoje. (Diva).

Expressa o seu desejo de morte e a raiva frente à notícia da contaminação. A atitude é autopunitiva, imputa-se culpa e merecimento de morte. Esse processo ganha visibilidade no mecanismo de defesa que utiliza ao falar de sua reação frente ao resultado, afirmando ter reagido “normalmente”, uma vez que já esperava pelo fato. Manifesta convicção do pecado que cometeu e considera a morte como pagamento justo. Afirma que seria pior saber-se portadora de câncer, ressaltando que a dificuldade agora é a de enfrentar o preconceito.

Normal, pra mim eu acho que eu já esperava aquilo. Parece que eu já esperava aquilo né. Fazer o que? Eu pequei não pequei, fiz coisa errada então tem que pagar. Eu penso assim né, que Deus fala que o salário do pecado é a morte. Eu conheci a palavra e pequei né fazer o que? Conformar. (Diva).

Eu acho que se eu tivesse ficado sabendo que eu tava com câncer eu acho que era pior. Porque assim na maioria das pessoas o ruim desse trem é só o preconceito, cê vê eu tive que largar meu serviço. (Diva).

Exibe assim a severidade de um superego ameaçador, que não perdoa a desobediência. A religião se instala como representante da autoridade punitiva constituída sobre aqueles que transgridem. A preferência manifesta em relação a ter HIV e não câncer soa como possibilidade de prolongar sua vida. Está viva e normal com HIV, queixa-se apenas das pessoas que têm preconceito. Mas, a culpa é retomada ao mencionar a informação que tinha para evitar o contágio::

Tinha informação, mais é burrice também né. Aquele tipo de coisa que você nunca imagina que vai acontecer com você, pensa ah comigo não acontece, então é isso foi bobeira mesmo. (Diva).

Faz ressaltar a ausência de alteridade. É nula a percepção de que esse outro a quem tudo pode acontecer, inclusive contaminar-se pelo HIV/AIDS, pode ser ela mesma. Espelha a ordem de uma sociedade individualista, cujo sentimento coletivo pouco se expressa. Evidencia a cilada do processo de exclusão de que agora é tomada como representante.

Para Marta, a reação foi de desespero e revolta. Afirma que não tinha informações sobre o assunto e que, atualmente, não sente nada:

Uai eu fiquei assim desesperada, mas eu entreguei pra Deus, falei seja o que Deus quiser né, tá na mão do senhor. Eu fiquei assim revoltada. É só a minha irmã a mais velha e a outra enfermeira que sabe. Não, não tinha informação. Ah eu não esperava, eu nem sabia. Eu só ouvia o povo falar AIDS. Eu falava gente o que que será? É eu tô aí levando a vida. Não tô sentindo nada não. (Marta).

O desespero e a revolta parecem ser incorporados. Afinal, o contágio fica justificado no desconhecimento do fato. AIDS era algo que não fazia parte de seu repertório. Portanto, a alternativa é a entrega para Deus, no sentido de desincumbir-se da culpa: se o homem não perdoa, Deus sim.

Ao ser perguntada se previa tal acontecimento diz:

Não, nossa ... quando eu fiquei sabendo ... Deus me livre, não esperava não. Porque eu fazia exame todas vez no médico nunca deu, mas quando o médico chamou e falou, nossa... eu queria suicidar, mandei entregar pro Senhor. (Marta).

Embora afirme desconhecimento sobre AIDS, relaciona o assunto a algo temeroso, que, ao ser anunciado provoca o desejo de suicídio, revelando que, implicitamente, estabelecia a relação entre AIDS, pecado e morte.

O paciente Carlos fala sobre a reação frente ao diagnóstico, dizendo que já teve que enfrentar muitas situações difíceis e aponta o preconceito como o responsável por essa sensação de estorrecimento. Manifesta que sua reação foi de ver o mundo se acabando. Com o passar do tempo, reconsiderou e percebe agora que não é bem assim. Reafirma, entretanto, a tristeza, quando se expressa, frente à nova condição:

É...é triste. Eu já enfrentei acho que coisa pior, entendeu, mais não sei, por causa do preconceito parece que o mundo vai acabar naquela hora. É como se a minha vida inteira tivesse parado ali. Tudo que eu achei que tinha construído né tinha parado. Aí o tempo vai passando a gente vai vendo que não é bem assim não; é, mas cada dia é uma coisa que a gente tem na cabeça, não tem um minuto pra gente não lembrar. Então é assim que vou vivendo. (Carlos).

Quando perguntado se era algo que previa que pudesse lhe acontecer, afirma que não. Acreditava que tal ocorrência jamais fosse lhe atingir. Evidencia indicativo de culpa frente ao fato, por não ter se cuidado. Diz:

Não eu não esperava não. Assim é claro que eu fiz por onde, não é, a como que isso acontecesse, mais fico pensando assim isso vai acontecer com todo mundo menos com a gente, não é? Não esperava.(Carlos).

Enfatiza que tinha informações, mas desconsiderou-as. Assim explicita:

Tinha. Eu tinha conhecimento. Mas foi um vacilo mesmo. Assim na hora H não tem preservativo na carteira e a gente tá afobado né e aí faz assim mesmo .(Carlos).

A reação de Carlos mostra o processo de culpa. Informa sobre um sentimento que já estava se organizando internamente, face ao tipo peculiar de comportamento sexual que manifestava - a homossexualidade. As características da AIDS se encaixam. Assume a culpa, se aliena, perde a possibilidade de compreender a trama. Apenas representa o papel daquele que agora é excluído e aceita a perda do direito à alegria.

Sinto tristeza né. Sinto depressão. Não é por estar conversando não; eu sinto porque eu sinto mesmo entendeu" .(Carlos).

Para Jânio, a reação frente ao diagnóstico configura sofrimento, perda e morte. Refere-se ao temor de ser exposto, dentro do núcleo familiar e com os colegas de trabalho.

Nossa pra mim foi... eu queria né, eu queria só morrer. Pra mim a solução sabe, não tinha solução. Fiquei com medo de ser exposto pra todo mundo; alguém ficar sabendo, ser exposto na própria família. Eu desmaiei na hora. Na hora que eu voltei a si eu tava tremendo igual vara verde. Eu surpreendi mesmo. Fiz o exame de rotina só queria saber o que era aquele probleminha na cabeça e os pés só. Ah eu tinha informação. Você facilita né, você facilita um pouquinho você escorrega aonde você cai. Você acha que nunca vai acontecer comigo, ah vai acontecer com outro mais nunca comigo e acontece. Ah sinto muito medo. Medo, medo dentro da firma mesmo de outras pessoas ficarem sabendo né. (Jânio).

O receio frente à exposição informa a culpa que se evidencia. Justifica e argumenta a necessidade de responder socialmente. Há uma inversão do real: a responsabilidade é do mundo social organizado de determinada maneira. São seus os sentimentos de culpa frente à contaminação, mas o mundo social só se organiza daquela forma porque os indivíduos que participam dele agem e pensam dessa forma, efetivando, portanto, a concretização do que fazem e pensam. Seus sentimentos representam um tipo singular de sociedade. Ele assume o medo como afirmação da impossibilidade de inclusão. Nega-se o direito de viver. Exibe em sua fala a desconfiança no relacionamento. Parece julgar o mundo social como pertencente a alguns. O olhar é vigilante, a publicidade denuncia o proibido; expressa o agente perseguidor que foi autoritariamente implantado, que não permite que o outro seja a diferença.

Eu não sei né, no fundo, no fundo a gente ah ele sabe, cê olha assim a pessoa, a pessoa te olha né, sei lá eu não sei, dá a impressão que todo mundo sabe. A impressão que dá é que todo mundo sabe aí você retrai, você fecha, entendeu? (Jânio).

A culpa produzida na externalidade dos processos sociais é retratada na interioridade do sujeito. Ele representa a vigilância e a punição por atos que construiu como impróprios. Há uma interlocução visível entre o externo e o interno.

Vilson exibe uma reação de incredulidade. Assegura que sua contaminação não teve nenhuma relação com droga, nem com homossexualidade. Parece tentar afirmar sua masculinidade, referindo-se à juventude, quando estudante, muito jovem... algumas bagunças... Ao citar o termo 'bagunça' parece se referir a uma sexualidade vivida de forma irregular, sem compromisso definido, inclusive quando já estava casado. Diz que a AIDS veio também, em seu caso, tornar público que, mesmo casado, mantinha relacionamentos amorosos paralelos. Implicitamente, transparece o processo de culpa. Ao se justificar, invoca o fato de ser jovem na época, e afirma que as informações não estavam disponíveis como estão hoje. Enfim, busca racionalizações que minimizem a culpa que se expressa.

Bom na hora cê fica assim meio, cê não acredita né, porque eu falei pô. A hora que eu peguei isso aí o que adianta, graças a Deus nunca mexi com droga como também nunca mexi, nunca fui homossexual, então falei qualquer um de nós tamo sujeito, né e na época aí quando eu formei logo, muleque novo, a gente vivia só em bagunça, cê já viu a família morando em São Paulo eu tava em Manaus então cê não sabe da coisa né. Ah você tem informação mais naquela época que eu tô falando não era tão divulgado como é hoje. (Vilson).

O sentimento que evidencia representa a negação da gravidade do problema. A reação é de naturalização, ao mesmo tempo em que o surgimento de HIV/AIDS é considerado pelo sujeito no decorrer da entrevista como "o problema", que não tem significado nenhum para ele próprio. Indica, inclusive, pontos positivos, numa contradição visível:

Olha, pra ser sincero graças a Deus não sinto nada, vivo bem. É o que eu tô te falando você tem o problema cê tem que conviver com ele, tomo a medicação direitinho. Eu fumava, eu bebia uma cervejinha de vez em quando aí, de vez em quando quase sempre, mais parei de beber, levo uma vida muito mais assim mais regrada, durmo melhor... eu acho que hoje a AIDS mata, mata, mata, se você não trata é o que eu tô te falando, desde que eu fiquei doente eu pego meus remédios eu faço o meu controle. (Vilson).

3.3. A Ocultação da Soropositividade no Convívio Social

Ao se constituir marcado pelo diagnóstico soropositivo, o indivíduo tem em si as representações da realidade posta na exterioridade. O seu discurso expressa a ordem dominante do constituído. O Pecado e a culpa são internalizados. Argumenta e racionaliza no sentido de que viver bem está subordinado a ocultar a sua condição.

É possível constatar na fala dos entrevistados o receio que têm de que outras pessoas de seu convívio social venham a ficar sabendo de sua atual condição. Singularmente, cada um expressa suas inquietações particulares, mas, na universalidade, há o temor comum de partilhar a soropositividade. O relacionamento é bom sempre que fundado na ocultação do fato, considerando que na clandestinidade vive-se com HIV/AIDS.

Transcrevem-se, a seguir, algumas questões apresentadas pelos entrevistados na esfera dos relacionamentos, do convívio social, do falar sobre sua condição para as pessoas.

Não eu não falo para as pessoas da minha condição. Eu não falo é igual como foi na cidade de lá quando eles falou isso que eu ia ser transferida pra outro hospital eles publicaram isso no jornal você acredita? No jornal lá da cidade. Todo mundo da cidade ficou sabendo. Quando eu saí do hospital que eu cheguei na minha casa no dia que eu fui na rua registrá o menino, porque precisava pra podê passá pra pegá o leite, porque não podia amamentar, que eu fui todo mundo ficava me olhando, olhando e falando, saiu muita conversa, inclusive a minha irmã mais a menina escutou muita besteira por causa disso né. Falando assim ah as vezes a família inteira deve ter também porque só ela que vai ter né. Todo mundo de lá falando, isso é preconceito né. Igual a assistente social de lá falou pra mim: num sei porque eles têm esse preconceito. Assim faz isso, mais eu não sei porque aqui ta sendo uma das cidade de Santa Catarina (referindo ao período em que residiu neste Estado) que ta tendo mais número de aidético. Ela mesma falou. Aqui e em Curitiba não é brincadeira. (Glória).

Evidencia-se na resposta da entrevistada Glória o temor à exposição, ao olhar do outro. Há um sentimento persecutório frente às condições nas quais ela se vê submetida. Oculta sua condição na tentativa de ocultar para si a trama a que se expôs e participou, ou melhor, a trama a que foi ideologicamente conduzida numa participação efetiva. Ao se indignar com a sua exposição pública nos jornais da cidade, clama, no seu silêncio e na sua clandestinidade, pelo direito e pelo respeito à vida.

A elaboração de Diva passa também pelo ocultamento de HIV/AIDS no seu relacionamento social.

Não eu não falo da minha condição para as pessoas. Eu acho também que eu nem tenho obrigação de falar pros outros porque ninguém vai me ajudá. Aliás se eu falar ao invés deles me ajudar eles vai é me assim...rejeitar. Por causa do preconceito então. Igual um dia a menina chegou falando: ah eu fiquei sabendo disso, eu ah é! Ah como é que você ficou sabendo isso, eu não tô sabendo disso não. Falei ah cuida da sua vida deixa a minha. Ah ela ficou sem graça e foi embora, porque ela nunca foi na minha casa nem pra falar um oi pra mim agora vai, oh eu vim cá porque eu quero te dar um abraço. Falei não... quem tá falando isso tinha que cuidar primeiro da língua deles pra depois cuidar da vida dos outros. Fiz de conta que nem era comigo. Eu nem penso nesse trem se ocê quer saber, sabe. Eu só lembro na hora que eu vou tomar o remédio. Tirando isso eu levo uma vida normal. (Diva).

O indivíduo é tomado por estereótipos presentes no cotidiano social. Sua ação é de entrega e repetição. O preconceito acusado é o preconceito interiorizado pela ausência de cidadania. A raiva espelha a impotência frente às transformações da vida, quando tudo se naturaliza. São reflexos do processo de organização de um contexto social assolado pela posse do outro como objeto. Como no relato de Marta:

Uai tá tudo bem.

Num falo para as pessoas da minha condição. Esse assunto...é, eu num gosto de falar muito. Porque a minha mãe já tá com problema né. Ela tá com câncer na barriga, nós nem falou pro meu pai, então tá todo mundo meio assim. Se eu falá um trem desse aí pronto. É capaz até da minha família, meus filho tudo me abandoná. (Marta).

Na clandestinidade, o relacionamento social vai bem. A ordem que expressa a constituição subjetiva dos indivíduos é a ordem da perversão do social permeado pela violência, pela ausência de autonomia. O processo de rejeição e abandono se concretiza na fala dos atores. Entregues ao abandono, fazem a representação do cenário no qual se constituíram.

A expressão da naturalidade aparece como desígnio, como se a vida tivesse que ter essa expressão, a expressão do sofrimento, da dor e da morte resignada.

Para Carlos elaborar a nova situação exige, no que considera normal, ocultar das pessoas o problema.

Até agora tá normal porque ninguém sabe. Eu não falei para ninguém. Só quem sabe é minhas irmãs. Nem meu pai num sabe. Porque eu moro sozinho entendeu. Lá na saída de Guapó mesmo aí eu achei que tinha que contar pra elas né, contei. Só para as duas irmãs que eu tenho.

Converso quase todo dia com elas. Na hora que eu pego uma gripezinha ela fica... porque eu moro sozinho né mais na hora que eu adoço assim um pouquinho já vai lá pra casa faz as coisa pra mim. As pessoas que me cercavam pra falar a verdade essas pessoas eu nem vejo mais. Hum,hum perdi contato com meus amigos. Porque não é uma coisa fixa entendeu. Acontece e cada um vai pro seu lado né. (Carlos).

A família aparece, contraditoriamente, como o único espaço de confiança que ainda resta. Para o entrevistado, o apoio das irmãs representa a possibilidade real e efetiva de sustentação. A família no papel de reprodutora de ideologia se mostra desamparada, desprovida na formação de cidadãos críticos. Assume um papel que não tem identidade, porque perdeu, à margem do processo de alienação social, sua condição de agente de socialização, como disse Reis (1984: 100) “*a família teria por função desenvolver a socialização básica numa sociedade que tem sua essência no conjunto de valores e papéis*”. Os valores apregoados são pertinentes ao modelo burguês de constituição do núcleo familiar.

Os relatos, de uma maneira geral, expressam formas de elaboração vinculadas a um tipo singular de ideologia.

Não, não falo pra todo mundo da minha condição. Tem pessoas que não sabem te ajudar; vai pegar e falar pro outro e pra mim não é legal você falar: ah o Jânio tá assim, ah Jânio pegou por isso, por isso é ruim. Porque você pegou, você tá doente não é porque você quis pegar essa doença, acho que jamais uma pessoa, ser humano, gostaria de tá doente e passar por isso, mais eu tô, infelizmente eu tô. Mais eu não gosto, eu não passo pra ninguém à frente pra falar de mim, porque é chato você ouvir falar seu nome lá na frente, e...ontem, ontem eu fiquei sabendo que lá na porta da firma alguém tava comentando que eu estava. Aí eu peguei e cortei, não, não estou sabendo disso não. Normal. Falei, não num tô sabendo disso não, porque é ruim. É muito ruim. (Jânio).

O processo de culpa conduz a uma elaboração de ocultamento e isso foi revelado por todos os sujeitos entrevistados - forma singular e universal de esconder sua atual condição. Frente aos temores da morte e da convalescença, cada sujeito parece tomar para si a necessidade de se redimir da acusação, escondendo o fato.

Assim, Vilson afirma que, ainda no Hospital, fez uma reunião familiar convocando pai, mãe e esposa para um pacto de que a informação sobre o diagnóstico positivo não fosse divulgada. O seu primeiro intuito foi de ocultação. O intuito de morrer leva à ocultação.

Chamei meu pai, minha mãe, minha esposa e falei: olha não quero que isso saia daqui, quem sabe sabe, quem não sabe morreu aqui e morreu. Porque na hora que você sabe que você tem o problema não sei qual é o teu primeiro intuito, eu vou morrer. (Wilson).

O indivíduo tenta elaborar a situação de forma fragmentada. Assim consegue sobreviver ao drama no qual agora está inserido. O “*problema*” é o *seu* problema, mas dele nem se lembra. Ocultar é estratégia para não discutir e não viver as representações construídas sobre HIV/AIDS.

Vilson evidencia uma racionalização que reduz o problema, como se não representasse nada e o importante fosse ocultar.

Não eu não falo da minha condição. Cê pensa bem, hoje por exemplo é o que eu tava conversando, a minha família sabe, minha mãe sabe, meu pai sabe, por sinal me ajudaram, até me ajudaram eu vir pra cá porque é um baque na vida da gente. Minha família toda sabe, agora tem pessoas da minha família que não sabem, porque eu sei que se souber vai fazer um pedepá também, como eu tenho uma irmã que não sabe. Eu não quero que ela e que nem meu cunhado. Então eles não sabem entendeu. Ah eu morava em São Paulo então eu mudei pra cá, então essas pessoas ficaram lá. Mas a maior parte sabia, ficaram sabendo do problema entendeu. Não vou ficar anunciando então aquele amigo meu, da minha esposa que hoje continuam amigo da gente, chegam, conversam, tal mas não sabe qual é o problema, porque lá no hospital quando fiquei sabendo chamei meu pai, minha mãe, minha esposa, falei olha não quero que isso saia daqui, quem sabe sabe, quem não sabe morreu aqui e morreu. (Wilson).

O pacto do silêncio familiar ganha expressão na fala do entrevistado. Espelha a ordem dos muitos pactos de manutenção de uma pseudo ordem social. Aliena-se da razão fundamental, da busca da verdade, subjugando-se na ausência de clareza e autenticidade. Na reprodução do processo de silêncio e aceitação de uma ordem constituída na qual o indivíduo tem se produzido, portanto, o que resta é acatar e silenciar.

3.4. O Conhecimento Sexual: Sexualidade e (Des)Razão

A vida sexual é espaço privilegiado de expressão do sentido da vida. Na busca do prazer e da realização, o humano aponta e nomeia objetos sexuais de gratificação que correspondam a efetivo bem-estar. Na literatura psicanalítica, é possível identificar a organização desse processo. Freud refere-se aos cursos dos

acontecimentos não como mero acaso, mas como prevalência dos instintos de vida e morte, sendo, portanto, dimensões da existência humana.

Muitas vezes o que parece espontâneo ou aleatório é na verdade sintomático – um resultado e não simplesmente algo que acontece por acaso. Tomando como exemplo “vários ferimentos aparentemente acidentais” sofridos por seus pacientes, Freud acabou por se convencer de que eles eram na verdade ferimentos auto-impingidos, causados por ‘uma tendência à autopunição’ (Gay, 1992:119-120).

E na mesma citação, continua:

Freud não entendia “acidente” ou “acaso” como um grupo de conseqüências sem causa. Ele parece visualizar um evento ou estado mental como um lago que transborda freqüentemente, e é alimentado por diversos rios e canais (1992: 120).

Na ambivalência entre o amor e o ódio, há o ordenamento de um cenário em que se protagonizam instâncias do psiquismo humano. Na exterioridade, o trabalho tem função ontológica frente a concretude dessa existência:

...ao apresentar o trabalho ao trabalhador como um elemento estranho, o ser humano fica impedido de exercer sua transcendência, e a possibilidade de hominização fica sitiada na reprodução da força de trabalho: comer, dormir, fornicar, atividades que coabitamos com os animais. (Codo, 1993: 39).

Na concepção de Codo, o homem que se deita no divã de Freud é aquele indivíduo que não se reconhece no que faz e se sente humano quando desenvolve atividades coabitadas com os animais; em contrapartida, sente-se animal ao fazer atividades humanas. É o homem que não vislumbra no trabalho a concretude do real de sua existência e se refugia na sexualidade como reduto de felicidade, vendo perderem-se o afeto e a humanidade.

Uma sociedade que fetichiza as relações humanas, tornando-as mercadoria, condena tudo à ordem do consumo, inclusive o nível sexual. Há um movimento engendrado pela destituição da significação maior da sexualidade frente à existência humana.

A contaminação dos entrevistados através de relação sexual desprotegida alterou as suas vidas e leva à indagação sobre o que mudou, efetivamente, em sua vida sexual, a partir da concepção que o entrevistado tem acerca do problema. Registram-se algumas respostas:

Antes era igual; eu te falei eu ficava com ele no começo de camisinha né e depois eu não ficava com ele de camisinha, não tava enrolada com ele com camisinha. (Glória).

Depois do HIV agora depois que eu tive o menino, eu mais ele tá ficando só com preservativo. Já tem mais de mês e pouco que a gente não tem relação, mais quando nós dois fica junto ele usa preservativo, agora depois que eu ganhei o menino. (Glória).

A vida sexual foi atingida. Ninguém vai confiar em mim; é lógico pra podê fica comigo sem camisinha né se eu chegar, igual já falei pra ele, se eu for arrumar outro namorado pra mim, é lógico que eu nunca vou querer passar isso pra ele né então eu vou ter que chegar e vou ter que falar então isso pra mim é muito estranho né fica muito ruim. (Glória).

Ter relação com outra pessoa, eu chegar ter relação com outra pessoa, eu chegar assim e falar pra pessoa. Que eu não sou igual a ela. (Glória).

Destacam-se dois elementos relevantes na fala da paciente Glória: ela julga haver perdido a confiança dos outros na questão sexual; e ela se reconhece diferente diante do outro. São pontos que se referem à ordem objetiva da rejeição e do abandono. Expressa e assume o fato da não aceitação do diferente e, portanto, não aceitação no mundo social.

O impacto na vida social aparece como evento objetivo e confirmatório de um movimento na ordem da exclusão: *“ninguém vai me aceitar”*. A AIDS representa o vir a ser na dimensão dessa confirmação. Convém observar que, em certo momento da entrevista, a paciente se refere ao fato de os demais a considerarem pessoa fria:

Todo mundo da minha família me acha assim muito fria, fala assim que eu sou muito fria, eu tenho um tio que direto ele fala assim brincando comigo... você é fria demais como é que pode. Acho que você morre, mais morre feliz falando que você tem isso. Eu falo assim não é, eu vou ficar preocupada nem doida só porque eu tenho né. (Glória).

Frente ao abandono organiza seu protesto. Responde ao mundo social com frieza. Assim a vida pode se expressar no que a caracterizou: a morte. A frieza parece espelhar a simplicidade da existência da morte frente à vida, como naturalmente vivida. A morte já é a vida. Numa concretização real, não há o que temer ou com que se preocupar. A felicidade é a única possibilidade que lhe resta para expressar seu direito ao respeito e à dignidade.

A paciente Diva diz que antes do HIV sua vida sexual sempre foi normal. Porém, nunca teve relação com camisinha:

Antes do HIV era normal, nunca tive relação com camisinha. (Diva).

Depois que eu separei, tem 8 anos que eu separei do pai dos meus meninos. Fiquei 10 anos só com ele. Depois que eu comecei minha vida sexual, eu fui morar com ele né aí depois que eu separei dele acho que eu tive uns 3, 4. Aí eu tive um rapaz eu nem sei se ele pegou. Só se foi muita sorte, nós nunca usamo camisinha né. A hora que eu olho ele assim eu penso em falar mas penso não vou falar não, deixa ele porque ele era muito mulherengo, não sei nem se eu peguei dele e passei pro outro. Porque eu tive contato com esse rapaz que morreu umas 3 vezes só. Foi muito azar não foi? E o outro foi uns 6 anos que eu fiquei com esse outro rapaz. Não sei qual dos dois. Eu não posso condenar um sendo que ele possa também ter sido vítima né. (Diva).

A vida sexual foi atingida, não é tanto só por causa da doença mais por causa de viver longe de Deus porque eu não vou sair fazendo essas erradas assim mais né. O lugar que eu vou é pra igreja. Então eu gosto de ir, mas vou de cabeça erguida como se fosse uma pessoa normal. (Diva).

Diva afirma que a ausência da prática do ato sexual como era vivido por ela não lhe causa necessidade. Sua necessidade agora é se aproximar novamente de Deus, já que esse mal a acometeu em função do seu distanciamento. Nos argumentos que vai apontando, enfatiza a busca do retorno a Deus, bem como o afastamento das coisas erradas.

Assume a exclusão ao se comportar como pessoa normal, embora considere o contrário. Atua no sentido de se fazer ser. Argumenta de forma acusatória, ao mesmo tempo que toma para si a culpa. Frente ao conflito, manifesta certa quietude como merecimento por atos errados, aceita o castigo com naturalidade, pois a forma de resposta que tem para o erro praticado é a morte anunciada pela AIDS. Afirma que sua contaminação se deu por relação sexual desprotegida.

Porque eu tinha relação com esse rapaz né, nunca mexi com droga, essas coisas, e ele eu acho que mexia com droga, não é, ele deve ter contaminado com droga inclusive não foi só eu não, uma menina também bem mais nova que eu, na época ela tinha 14 anos agora ela tá com 20 anos, eu sei que em fevereiro vai fazer 2 anos que eu descobri, vou fazer 39 anos agora sexta feira. Deus até tá permitindo que eu vivo muito né. (Diva).

Ao referir-se à relação sexual com o jovem e ao fato de supor que ele usasse droga, chama atenção para a ausência de afetividade na relação. Exprime um reconhecimento da sexualidade como ato mecânico, desprovido de mútuo conhecimento e afeto. Destaca-se nesse cenário a presença de Deus que, embora temível e punitivo, apresenta, contraditoriamente, a face bondosa que tem lhe permitido viver muito.

Ao ser perguntada sobre o que sente, explicita em choro sentimentos de angústia e depressão:

Fisicamente assim... ah tem dia assim sabe igual hoje eu vou chorar, fico pensando assim né meu menino fala assim pra mim, não vou comer nem vou fazer nada enquanto cê não arrumar um emprego. Mas como é que eu vou arrumar um emprego. Eu fico, ai meu Deus do céu (chora) eu podia ter prevenido né, a burrice foi tanta. ...eu sinto é raiva de mim mesmo por ter feito uma bobeira dessa. Quando a pessoa fala assim sobre esse assunto eu pego e saio de perto, faço de conta que nem... ah é doído, não é brincadeira não. (Diva).

Há um sentimento de angústia presente que remete à incapacidade para o trabalho, para gerir condições materiais de sustento para seus filhos. O sofrimento é intenso: culpa-se e penaliza-se frente à situação. Esquiva-se de sua realidade agora constituída, não consegue assumir a condição perante as pessoas. Sente dor, não a dor física, mas a dor moral, causada pelo processo da exclusão, do sentimento de inutilidade e incapacidade social.

A paciente revela o seu dinamismo profundamente perturbado pelo processo de culpa. Nasio (1995:136) aponta aspecto relevante na análise deste processo: *“o sentimento doloroso da culpa consiste, do ponto de vista econômico – numa tensão tão intolerável que ela acarreta, para se liberar, a ação apaziguadora de uma autopunição mórbida”*. Reafirma-se que o processo de culpa representa o contexto de universalidade descrito nos dados das entrevistas, e que vai se apresentando de forma singularizada em cada discurso.

A paciente Marta relata a vivência da sexualidade como processo difícil, sofrido, isento de prazer, e exhibe o parceiro como uma pessoa doente:

Não transava com ele não, porque ele vivia mais era doente. Minha vida sexual foi muito difícil, nossa. Ah quando eu tive o primeiro filho quando eu se perdi. Com o primeiro foi muito difícil meu pai ficou muito revoltado queria que eu deixasse o menino lá no hospital, eu falei não, não tenho coragem não, depois eu criei ele e depois engravidei de novo. Desse pai da menina. (Marta).

Não, não nesse período eu não tinha uma vida sexual. Aí foi com esse que faleceu que eu peguei. Antes do HIV, ich eu sofria demais, eu era uma pessoa muito sofrida. Ah na vida sexual eu com essa doença. (Marta).

Esquiva-se de qualquer conhecimento real dos fatos. O marido morreu, ela não teve posse concreta sob o atestado de óbito para a confirmação do que

causou sua morte. Isenta-se da possibilidade de saber algo a respeito, outorgando para outros o saber.

Quanto à sua reação frente ao diagnóstico, a posição é de desespero, revolta, mas afirma ter entregado para Deus. Não contou para as pessoas, apenas para duas irmãs.

Uai, eu fiquei assim desesperada, mas eu entreguei pra Deus, falei seja o que Deus quiser né, tá na mão do Senhor. Eu fiquei assim revoltada. É só a minha irmã a mais velha e a outra enfermeira que sabe. Eu nem comuniquei pros meus filho, nem pra minha filha, nem pra minha família não. (Marta).

Ao contrário de Diva, Marta jamais previa que pudesse ter essa doença. Segundo seu relato, ela não tinha informações. Ouvia falar, mas isso não lhe dizia respeito. Esse é um indicativo da ausência de contato com a realidade coletiva. Enquanto a questão não lhe tocou, era como se isso não fizesse parte de sua necessidade e compreensão. O impacto foi tão forte que pensou em suicídio e a sua conformação só veio pela fé que tem em Deus. Afirma ser a fé o suporte na resolução de seu problema.

Os sentimentos que levam à ocultação e à negação se apresentam como defesa evidente, permitindo que o indivíduo *dê conta* da situação, isentando-se dela e entregando-a para Deus. Submete-se mais uma vez ao jogo do poder dominante, já que a vida veio se organizando assim, representando nada mais nada menos do que obediência aos desejos expressos pela opressão. Oculta e nega o próprio opressor na possibilidade de conviver com a situação.

Não, nossa, quando fiquei sabendo, Deus me livre, não esperava não. Nossa, eu queria suicidar, mandei entregar pro Senhor. Não eu não tinha informação. Ah eu não esperava, eu nem sabia. Eu ouvia só o povo falar AIDS. Eu falava gente o que que será? (Marta).

O paciente Carlos enfatiza que tinha informações, mas desconsiderou-as. Assume que:

... foi um vacilo mesmo. Assim na hora H não tem preservativo na carteira e a gente tá afobado né e aí faz assim mesmo. (Carlos).

O paciente informa que a vivência sexual era uma atividade exercida com muitos parceiros. Enfatiza que o impacto ocorrido na vida sexual refere-se à diminuição na quantidade e variedade dos contatos sexuais. Exibe a culpa,

quando refere que agora não é assíduo a esses ambientes. Coloca-se em processo de reclusão:

Minha vida antes do HIV, ah sempre foi assim bem intensa. É intensa. Pra falar a verdade eu nem sei quando foi que eu peguei. Eu tinha muitos parceiros sexuais. (Carlos)

Agora ela tá mais difícil né. Porque a gente fica pensando será que aquele tem, será que aquele não tem né. Aí mesmo a gente tando contaminado a gente fica com medo né de num ter... não é a mesma coisa de quando eu não sabia né. É, hoje mudou. (Carlos).

Difícil no sentido de não sair bastante né, igual eu saía. Eu saía muito, agora eu dei um tempo assim né. Não até agora não foi atingida. Você quis se referir à impotência alguma coisa assim? Atingiu sim, pelo fato de hoje eu não me expor mais tanto quanto antes né. (Carlos).

Antes não, eu saía beijava, dizem que isso não pega né, mais eu já ouvi falar que pega né, se tiver um ferimento sair beijando né, ninguém sabe né. Beijava qualquer um, às vezes sem camisinha também. (Carlos).

Qualquer um que a gente encontrava na boate por aí entendeu? Quase todo final de semana eu ia na boate. É na boate eu encontrava pessoas como eu. Não, hoje não vou mais. Minha vida era trabalhar. Pensava assim eu não vou casar mesmo né, vou trabalhar e viver minha vida né. (Carlos).

O paciente Jânio se defende, inicialmente, quanto ao fato de levar uma vida sexual em que procurava pessoas. Exibe considerações a respeito. Manifesta-se seletivo em seus relacionamentos, mas dá indícios da proximidade com lugares como prostíbulos, considerando-os normais, embora não seja freqüentador. Considera que hoje, após a contaminação, a situação seja difícil. Mostra o temor de fazer sexo, já que poderá criar laços com o parceiro, mas se vê impossibilitado de falar sobre o assunto. Há um processo de culpa latente, retrai-se, sente-se deslocado frente ao mundo social.

Antes do HIV era normal, normal. Não com todo mundo né. Procurar pessoas aí. Em locais sair procurando, não, eu sou muito assim num gosto de qualquer lugar, sou muito sistemático, num vou em qualquer lugar. E agora também não vou procurar. Antes eu não ia, agora que eu não vou em qualquer lugar né. Cê acha alguém lá... nesses locais aí cê sabe o que eu quero falar, num prostíbulo ou qualquer coisa assim não vou. Eu nunca fui certo. Eu vejo muitos locais assim, mais passo normal, respeito, o pessoal brinca comigo normal, falo assim não tô afim saio fora né pronto. (Jânio).

Ah agora é bem mais difícil. Porque se você sai pra procurar alguém você está sempre naquele receio como eu vou chegar e fazer cê...é muito difícil, você não consegue fazer. Quando você faz, é coisa legal, mais aí você tem, às vezes você vai passar a gostar da pessoa, quer dizer até chegar e contar pra pessoa é o mais difícil. Aí você fica sempre retraído. Eu não consigo, às vezes acontece, mais muito difícil acontecer. Não tem mais como era antes não. (Jânio).

Atingiu bastante. Tudo na minha vida, todinha, da cabeça aos pés mudou. Tudo, tudo, tudo. (Jânio).

Dentro dessas regras o que prevalece é a quantidade de vezes em que se pratica o ato sexual. Há uma oferta diversificada de produtos. Assim, nesse processo, o indivíduo é tomado por uma força que está fora dele e o seduz. Jânio esforça-se por exibir sua face afetiva; traiu-se e foi traído pelos enredos da trama.

A entrevista do paciente Vilson expressa, como um todo, a ordem da racionalidade posta no mundo social tal qual estruturado hoje pela modernidade. Apresenta-se como representante dessa organização que tudo tenta explicar da forma mais racional e natural possível. Explica, argumenta, mas oculta, o moderno afinal é conservador. Inicialmente considera que HIV/AIDS era algo que não esperava, mas a que, de fato, todos estão sujeitos. Enfatiza que cada caso é um caso, portanto deve ser pensado como tal. Em relação à sua pessoa, por exemplo, HIV/AIDS não gerou tantos transtornos, pois sua vida sexual continua normal como sempre esteve, ressaltando que na juventude viveu o que denomina molecagens.

Ah, quando era soltão, molecagem que a gente fazia, farra de todo jeito, não esquentava muito a cabeça com as coisas não; depois eu casei, eu casei a 1ª vez aí tive uns problemas com a minha ex-esposa, separamos, aí hoje eu moro hoje com essa outra, nós não somos casados, mas moramos há 15 anos juntos, com a outra eu fiquei um ano, então é normal, normal sem problemas. (Vilson).

Ah no começo sempre tem né, eu ficava preocupado em transmitir pra ela eu acho que ela também ficava preocupada em pegar, mas é o que eu tô te falando depois, hoje por exemplo a gente tem uma vida normal, só com preservativo (Vilson).

Não, acho que a vida sexual não foi atingida. Pra mim não. É o que eu tô te falando, não sei aí cada caso é um caso eu acho que não. Tenho parceira sexual, a minha esposa. (Vilson).

Ah, como eu tô te falando pra mim a vida sexual tá normal, tá normal. Nunca mais a gente fez sem preservativo, a gente faz normal, só que guardando certos cuidados né, não vou arriscar uma relação com ela sem preservativo. E nem ela, pra que eu ia contaminar uma pessoa aí à toa. Certo. Eu sei que eu não peguei dela e também não vou transmitir pra que? Então graças a Deus tem um vida normal. (Vilson).

Há um conflito básico que se organiza frente ao diagnóstico positivo: morrer ou viver, sobreviver com HIV/AIDS, ultrapassar os limites impostos pelas representações que impregnaram socialmente o contexto ideológico de construção dessa doença. Nesse desafio, os entrevistados expõem suas formas

peculiares de enfrentamento do processo. Cada um na sua particularidade constituída lança mão do que considera melhor artifício defensivo frente à nova realidade. A negação do problema parece ser a principal dessas defesas. Ao negar, o indivíduo retira da consciência os aspectos dolorosos que se trançaram como cilada para capturá-lo e torná-lo refém.

Em estudo em que aborda os aspectos psicodinâmicos na vida de pacientes HIV, Ferreira (1994:60) aponta três reações significativas: a negação, o luto e a melancolia. Enfatiza que a necessidade na utilização da negação está ligada à necessidade que o paciente tem de não se situar frente às suas perdas. A representação simbólica da AIDS remete à morte e o luto é a busca do abandono da catexia objetal, uma vez que é sempre uma reação à perda real de um objeto amado.

Portanto, aquilo que a realidade lhe nega, a fantasia lhe restitui: através da negação, não toma contato com nenhuma de suas perdas. É como se nada tivesse acontecido. Nega a AIDS, cumprindo a necessidade de negar a figura do opressor internalizado pela dor de conviver com sua própria opressão. E prossegue Ferreira:

No paciente com AIDS, esse processo se completa quando ele aceita a dor da perda da saúde, de certos hábitos, de relacionamentos, do tempo de vida, ou seja, se permite ao luto. Quando exitosa a elaboração do luto, a catexis daí resultante se torna disponível para o paciente investir em novas relações ou mesmo naquelas que já mantinha... isso iria se refletir de forma significativa na melhoria da qualidade de vida, permitindo que se compreenda por que algumas pessoas habituadas a procedimentos considerados pouco saudáveis, após o conhecimento do HIV conseguem uma melhoria significativa em suas relações humanas e em seus hábitos de vida. (1994:60)

Nessa reação melancólica, o quadro se expressa objetivamente na entrega e no abandono à situação da morte física, decidida pelo suicídio. Ainda Ferreira (1994:64) diz que:

...a enfermidade psíquica em que seguramente é mais intenso o perigo de suicídio é na melancolia. Freqüentemente, os melancólicos querem com sua morte livrar-se de uma vida desagradável e buscar um castigo para suas múltiplas culpas. Acreditam que viveram de maneira indigna e que nada pode salvá-los. Revisam toda a sua vida em busca de suas culpas, convertendo pequenas faltas em grandes pecados.

A sociedade atual vem eliminando o prazer do trabalho, o prazer da vida. O indivíduo que dela se origina e nela se aliena é portador dessas múltiplas

complexidades, que se tipificam na ausência de autonomia e razão frente aos significados de uma existência plena. Afinal, autonomia e razão estão subordinadas à história.

Evidencia-se o impacto frente à vida social como incorporação dos constructos dominantes sobre a sexualidade: o indivíduo se culpa por erros que acredita ter cometido, torna-se recluso, perde o direito à vida social, representa agora os dizeres da opressão que o teatro HIV/AIDS compôs; enclausura-se como prisioneiro de si mesmo nos preconceitos que internalizou, de suas impossibilidades que são reais, consolidadas pela forma de existência concreta.

A vida social se apresenta com a AIDS como naturalização de si frente ao convívio social expresso na clandestinidade e na exclusão. A submissão se efetiva; o indivíduo aceita sua condição, submetendo-se aos registros impressos na história. Manifesta a necessidade de ocultar socialmente sua condição numa atitude de resignação frente à acusação da culpa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver faz tudo ter sentido de vida e mudar o modo como se vive a vida. Acordar pensando que se vai morrer faz tudo perder o sentido. A idéia da morte, no lugar da vida, é a própria morte instalada. De repente me dei conta de que a cura da AIDS sempre havia existido, como possibilidade, antes mesmo de existir como anúncio do fato acontecido, e que o seu nome era vida. Foi de repente, como tudo acontece.

Betinho (2002:1)

O grande sonho de cura da AIDS para Betinho chamava-se vida. E o direito à vida só pode ser restaurado, pela humanidade, se retirado da realidade que alimenta desesperança e violência. Compartilha-se com Betinho desse grande sonho: o sonho do triunfo das relações permeadas pelo sentido pleno de viver, respeitando-se as diferenças.

O percurso desta trajetória, buscando respostas para o problema do impacto da soropositividade na vida social dos indivíduos portadores, mostra que a resposta está contida na expressão do próprio antagonismo que se vive cotidianamente pela opressão, quando se procuram culpados ou vítimas. As objetivações postas na exterioridade representam a realidade subjetiva que participa da realidade interna vivida pelo indivíduo. Cada um e todos fazem parte desse jogo. É uma luta de sobrevivência em meio às contradições. Não há como negá-las, se desde o nascimento elas já estão no contexto social mediadas pelas formas institucionalmente constituídas. É necessário compreendê-las como instrumento de sobrevivência e mudança.

O impacto assume na subjetividade dos sujeitos portadores de HIV/AIDS aspectos das objetivações sociais. O estudo mostrou que os sujeitos assumiram o impacto indicando um reconhecimento do processo de culpa e tomando a decisão pelo ocultamento e pela negação social da soropositividade. Os indivíduos aderem à história constituída. Se não existe subjetividade autônoma, o social e o coletivo são as referências para a vida individual.

Objetividade e subjetividade na identidade do soropositivo referem-se ao dinamismo intrapsíquico que constitui a sua realidade interna pautada nas objetivações do mundo social tal como estabelecido. O desenvolvimento deste estudo intentou atender aos objetivos postos pela pesquisa na compreensão das esferas de mediação constitutivas do indivíduo e da sociedade, na visibilidade da interlocução entre a vida social externa e a vida individual interna e o processo de construção da realidade histórica frente ao surgimento do HIV/AIDS objetivado pelos constructos ideológicos sobre a vida sexual e que se apresentaram como forma subjetiva peculiar de expressão dos sujeitos entrevistados. Desse modo, foi possível estabelecer a relação existente entre objetividade e constituição subjetiva do indivíduo soropositivo.

O trabalho explicitou os engendramentos de uma racionalidade²³ que transforma o homem em objeto ao se por a favor de uma lógica construtora e reprodutora que gera exclusão. Nessa ordem, pouco importa quem serão os alvos atingidos: não há mais humanidade, há coisas, o manuseio de coisas que são humanas, mas que se transformam em meros objetos de sustentação e vigência do domínio de uma ordem excludente.

Desvelar a trama constitui o papel da ciência no sentido de libertar homens, retirá-los do domínio da força autoritária que se impõe como verdade legítima que, por sua vez, visa a domesticar, render, matar. Esse é o sentido real da morte: eliminar a potencialidade humana de ser realizável, de ser transformadora, inculcando mais morte do que vida. Assim, os indivíduos, inconscientemente, vão fazendo uma adesão involuntária de abdicação da vida.

²³ Para Adorno (1999:58), "O absurdo da situação, na qual a violência do sistema sobre os homens cresce a cada passo que os liberta da violência da natureza, denuncia como obsoleta a razão da sociedade racional".

Essa realidade histórica tende a naturalizar os fenômenos na sua aparência, entorpece. Ao obscurecer o significado da produção do fato faz crer no real aparente e, por toda parte, exerce uma ação aniquiladora da existência humana e da natureza. Na medida em que esse real confirma e legitima a naturalização dos fatos, manipula e retira a possibilidade do reconhecimento do ser de cada um; aliena uma vasta camada humana já, intencionalmente, exposta à não inserção cultural e social.

O grande desafio é a busca e o sentido de alteridade, “*se aproximar respeitosamente do ‘outro lado’, ser capaz de ver o outro como parte possível de nós mesmos*”, como bem ressalta Paiva (1992:55), e desse modo trabalhar medos, preconceitos e o respeito à diferença. Essa é a possibilidade efetiva de restauração da cidadania.

Nunca o aprisionamento foi tão intenso e cruel. Há uma liberdade ilusória. Liberdade é exercício de participação coletiva no mundo cultural e nas tomadas de decisão a favor da construção da vida pelo trabalho. Se existe o entrincheiramento em que predomina o estereótipo, a cópia, a repetição mecânica e a exclusão, o mundo da criatividade, do original, do circulante, do belo se restringe; é um bem de poucos, usufruído por um número limitado de pessoas, pois os muitos, a grande maioria, está encarcerada pela imposição de ser igual aos mitos construídos pelo modelo dominante e dominador expresso na força do capital.

AIDS como simbolismo de morte indica a vida cotidiana permeada pela objetivação de uma realidade que alia misto de culpa, pecado e preconceito; pelo estereótipo da assunção de responsabilidade por ordens instituídas nos milênios de vida e de “progresso” que o poder, autoritariamente, ordena; a subjetividade se rende. O poder gerador de preconceito e de culpa que domina e dilacera impõe-se como forma de existência; parece real e, assim, o indivíduo retrata com fidelidade tal realidade, faz-se portador desse processo e o delata ao se revelar.

Os atores desta pesquisa - Glória, Diva, Marta, Carlos, Jânio, Vilson - exibem o processo construtivo da culpa, assumem-na em meio ao processo historicamente constituído. Materializam na sua existência os mecanismos que agora utilizam para se reorganizarem dignamente perante a vida para sobreviver. Pelos

imperativos da rigidez e da prepotência, agora necessitam viver clandestinamente, obrigando-se ao silêncio e à conformação. Foi possível observar mecanismos de defesa diferenciados apresentados por cada protagonista, no sentido de conviver com a nova realidade. São pessoas que vivem com HIV/AIDS e agora procuram elaborar sua possibilidade de existir.

Segundo Chauí (1984:106), um dos pontos que caracterizam a ideologia é o submeter humano a questões que parecem reais, mas são constructos ilusórios: “a ideologia não é um ‘reflexo’ do real na cabeça dos homens, mas o modo ilusório (isto é, abstrato e invertido) pelo qual representam o aparecer social como se tal aparecer fosse a realidade social”. O processo ideológico funciona como trama que escraviza, submete e inverte o indivíduo frente ao real, sucumbindo à possibilidade de ver a si mesmo. O que vê não é real, é o ilusório do processo de alienação.

Esta é a sociedade do silêncio. Se, de um lado há o silêncio expresso na prepotência e na supremacia das instituições reprodutoras da violência, da opressão, do abandono na naturalização da desigualdade, no outro há uma força que se revigora silenciosamente trabalhando na possibilidade de desocultar que a infelicidade, a dor e o sofrimento são entidades historicamente produzidas.

Indivíduo e sociedade emergem da construção social, resultado da vigência de forças antagônicas em constante movimento e expressão. A(s) história(s) continua(m).

BIBLIOGRAFIA

ADORNO, Theodor. **Educação e emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ALMEIDA, João Ferreira de. **A Bíblia Sagrada**. Rio de Janeiro: Imprensa Bíblica Brasileira, 1979.

ARIÈS, Philippe. O casamento indissolúvel. In: ARIÈS, Philippe; BÉJIN, André (Orgs.). **Sexualidades ocidentais**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: PINTO, Teresinha; TELLES, Izabel (Orgs.). **AIDS e escola: reflexões e propostas do educaids**. São Paulo: Cortez, 2000.

BARBOSA, Regina Maria; LAGO, Tânia di giacomo. Aids e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, Richard. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

BAYÉS, Ramon. Cómo conseguir los objetivos em prevención primaria in: **Sida y psicologia**. Barcelona: Ediciones Martinez Roca, 1995.

BERGER, Peter I.; LUCKMANN. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BIRMAN, Joel. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, Maria Andréia (Org.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-dumará; UERJ, 1994. p. 109-115.

BUCHER, Richard. O usuário de drogas injetáveis na política preventiva ao HIV/AIDS. In: CZERESNIA, Dina et al. **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1995.

CASTILHO, Euclides. O surgimento da aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. **Drogas, AIDS e sociedade**. Brasília, 1995.

CHAUÍ, Marilena. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CIAMPA, Antônio da Costa. Identidade. In: LANE, Silvia T. M.; CODO, Wanderley (Orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CODO, Wanderley. A história do bicho dentro do homem In: CODO, Wanderley. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1993.

Coordenação Estadual de DST/aids do Estado de Goiás. **Projeto: Implementação de Serviços de Referência no SUS para Assistência a Gestantes e Parturientes Portadoras do HIV – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Goiânia, 2001.

DANIEL, Herbert. Anotações à margem do viver com Aids. In: **SaúdeLoucura 3**. São Paulo: Hucitec, 1991.

DIXON, H.; SPRINGHAM, J. Superar nuestras propias barreras. **Prevención Del SIDA mediante el fomento de la salud: cuestiones delicadas**. Organización Mundial de La Salud: Gráficas Reunidas, 2000.

DUARTE, Laura Regina Maurício da Fonseca Lemos. Gênero e Aids: um estudo com mulheres pobres, soropositivas, em idade reprodutiva. Universidade de Brasília, 1997. (Dissertação de mestrado).

FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. **Aids e vida: um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV**. Uberlândia: Lemos, 1994.

FEUERBACH, Ludwig. **A essência do cristianismo**. Campinas: Papyrus, 1988.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. São Paulo: Cortez, 1988.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

FREUD, Sigmund. **O mal estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: ABIA, Editora 34, 2000.

GAY, Peter. **Lendo Freud**: investigações e entretenimentos. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

IANNI, Octavio. A racialização do mundo. In: **Revista Tempo Social**. São Paulo: USP, n. 23, maio de 1996.

LUKÁCS, Gyorgy. **História e consciência de classe**. Ed. Publicações escorpião, 1974.

MARTELLI e ANDRADE. Departamento de Saúde coletiva do Instituto de Patologia Tropical de Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 15 de novembro de 2001.

MARX, Karl; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, v. 1, 1985.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Infecção pelo HIV em adultos e adolescentes: recomendações para terapia anti-retroviral. Brasília, 1999.

MOCHOCOVITCH, Luna Galano. **Gramsci e a escola**. São Paulo: Ática, 1990.

MONTAGNIER, Luc. **Vírus e homens**: AIDS seus mecanismos e tratamentos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

NASIO, Juan David. **Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

PAIVA, Vera. **Em tempos de Aids**. São Paulo: Summus, 1992.

PARKER, Richard et al. **História social da Aids: a Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994a.

PARKER, Richard. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. São Paulo: Editora 34, 2000b.

PARKER, Richard. Diversidade sexual, análise sexual e educação sobre Aids no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-dumará; UERJ, 1994. p. 141-159.

Prontuários de pacientes HIV/Aids em atendimento no Hospital de Doenças Tropicais. Goiânia, 2000.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia. In: LANE, Silvia; CODO, Wanderley. **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

RELATÓRIO DE GESTÃO. Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, 2001.

RESENDE, Anita Cristina Azevedo. O tempo do tempo: objetividade e subjetividade no tempo quantificado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1987. (Dissertação de Mestrado).

REY, Fernando Gonzáles. **Epistemología qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira, 2002.

RUBIO, Alfonso Delgado. **96 respostas sobre AIDS**. São Paulo: Scipione, 1997.

SAWAIA, Bader. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão In: SAWAIA, Bader. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Mapa da incidência da AIDS no Estado de Goiás, com número de casos e prevalência por grupo de 100 mil habitantes. In: **Jornal O Popular**. Goiânia, 19.08.2001.

SOUZA, Herbert de. **Dia da cura**. Disponível em <http://sites.uol.com.br>. Acesso em: 27 maio 2002.

SOUZA, Herbert de. O pão nosso. In: **Revista Veja**. São Paulo: Abril, 1993.

TERTO Jr. Veriano. Sexo seguro. In: PAIVA, Vera. **Em tempos de Aids**. São Paulo: Summus, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Roteiro da entrevista

1. IDENTIFICAÇÃO

Objetivo: Registrar os dados pessoais de maior relevância para a pesquisa.

1) Prontuário:

2) Sexo:

3) Idade:

4) Escolaridade:

5) Profissão:

6) Estado civil:

7) Trabalha: () sim () não

Onde trabalha?

Há quanto tempo?

Há quanto tempo não trabalha?

2. O SURGIMENTO DO VÍRUS HIV

Objetivo: Identificar o contato inicial da pessoa com a nova realidade HIV/AIDS.

- 1) Como você ficou sabendo que era HIV+?
- 2) Qual foi a sua reação?
- 3) Você se surpreendeu ou de certa forma era algo que você previa que poderia acontecer?
- 4) Tinha informações necessárias para evitar o contágio?
- 5) Como você se contaminou?
- 6) E agora o que sente?

3. O IMPACTO DA DOENÇA NA VIDA SOCIAL

Objetivo: Analisar a existência do impacto e como a pessoa tem vivido essa experiência.

- 1) Como está o relacionamento social? Você fala de sua condição?
- 2) E as pessoas que te cercavam, como estão hoje?
- 3) No seu contato com elas, algo mudou?
- 4) Como está o seu convívio social depois da contaminação?
- 5) Quando falamos de sua contaminação você sente alguma coisa? O que?
- 6) Você tem religião? Sempre teve?
- 7) Qual é o sentido da religião na sua vida?
- 8) Como era a sua vida sexual antes do HIV?
- 9) E agora como é?
- 10) A vida sexual foi atingida? Como?
- 11) Você tem parceiro sexual?
- 12) Como está a vida sexual com seu parceiro após a contaminação?
- 13) Mudou alguma coisa na vida sexual sendo portador de HIV? O que?
- 14) Você tem algum tipo de cuidado ao se relacionar sexualmente com alguém? Quais são os cuidados?
- 15) Você conversa com seus parceiros sexuais que você é HIV+?
- 16) O que acontece quando você conta?
- 17) A reação do outro provoca que tipo de sentimentos em você?
- 18) Sobre as suas condições atuais em relação à vida sexual, tem algum tipo de observação a mais que você gostaria de fazer?

19)A sua condição atual trouxe reflexos no trabalho? Quais?

4. AIDS E RESSIGNIFICAÇÃO DA VIDA

Objetivo: Reconhecer o sentido da vida frente à doença

- 1) Você enfrenta dificuldades?
- 2) Como vive o seu dia a dia?
- 3) O que a AIDS trouxe?
- 4) Fale sobre seus projetos de vida.

APÊNDICE B- Pré-Teste (Entrevistas com os pacientes)

Go.10/09/2001

Entrevista nº 02 – Pré-teste

Prontuário – 8.442/00

Sexo – masculino

Idade – 29 anos

Escolaridade – 8ª série

Profissão – pedreiro

ENTREVISTADOR – Você trabalha?

PACIENTE – Trabalho.

ENTREVISTADOR – Onde você trabalha?

PACIENTE – Sou pedreiro.

ENTREVISTADOR – Há quanto tempo você é pedreiro?

PACIENTE – Há quatro anos.

ENTREVISTADOR – Você já ficou algum tempo sem trabalhar?

PACIENTE – Você fala depois que eu fiquei sabendo?

ENTREVISTADOR – É isso.

PACIENTE – A partir do momento que eu fiquei sabendo eu acho que dificultou mais porque eu tive uma recaída né, aquela depressão né, porque eu não esperava. Pra mim deu uma recaída eu fiquei muito tempo desempregado. 1 ano e 6 meses desempregado. Agora depois de 1 ano, uns 6 meses que eu voltei a trabalhar que eu melhorei, vim conscientizar aqui, chorar não adianta aí passei a tomar os meus remédios certinho passei a ter uma dieta balanceada, mexia com droga, fumava larguei, bebida também larguei. Fui melhorando, melhorando e agora graças a Deus tá melhorando mais.

ENTREVISTADOR – Como é que você ficou sabendo que era HIV+?

PACIENTE – Na época 97, não em 98 eu fui no centro, lá no Guanabara pra tirar a reservista que eu não tinha, nisso que eu tirei a reservista eles tavam tomando sangue, o hemocentro né, então assim eu achava vou doar sangue aqui e daí eu peguei e doei, esqueci daquilo nunca vim buscar meu exame de sangue daí um dia vem uma carta do Hospital das Clínicas na minha casa pedindo pra eu comparecer, aí na hora que pediu pra comparecer já tinha uma noção que já era sabe. O médico me falou. Aí o médico falou nós vamos fazer outros exames. Aí deu. Demorei a contar pra minha esposa. Nem fui eu mesmo que contei pedi pra minha irmã aí graças a Deus a minha esposa compreendeu sabe. Ela me ajudou muito. Eu fiquei sabendo através da doação.

ENTREVISTADOR – Qual foi a sua reação? O que você sentiu?

PACIENTE – No começo até que não foi tanto porque eu já dentro de mim eu já sabia só não tinha certeza.

ENTREVISTADOR – Você sabia e não tinha certeza?

PACIENTE – É. Pra mim eu já sabia sim mas eu não tinha aquela certeza. Como eu sou ex presidiário, passei 6 anos preso né uma vez eles fizeram exame e eu não quis fazer né voluntariamente, aí a reação foi depois de uns dias, eu vim trabalhar me deu uma recaída braba aí eu comecei a chorar muito, não queria comer nada, eu sei que foi uma reação muito ruim sabe, me deu uma depressão profunda, aí com a ajuda dos meus parente, a psicóloga do condomínio foi conversando que eu conscientizei que o desespero não leva a nada.

ENTREVISTADOR – Você disse que já previa então?

PACIENTE – É, de certa forma eu já previa por causa da vida que eu levava, antes eu era solteiro né já levava, só que muitas das vezes eu entendeu, eu e

minha esposa não tem aquele negócio de ficar culpando um ao outro, porque eu não sei se foi dela pra mim e nem sei se foi de mim pra ela, porque não tem como saber.

ENTREVISTADOR – Sei. E a vida que você levava você acha que...

PACIENTE – Isso. É. Eu nunca tomei droga injetável. Nunca. Pode ser por relação sexual com outra mulher não é.

ENTREVISTADOR – Você tinha informações para evitar o contágio?

PACIENTE – Tinha. Tinha sim.

ENTREVISTADOR – E como é que você acha que contaminou? Foi por relação sexual?

PACIENTE – Foi. Foi por relação sexual.

ENTREVISTADOR – É. Você tinha a informação mas não usou o preservativo?

PACIENTE – Eu não tinha aquela informação igual tem hoje né. Hoje tem cartaz espalhado pra tudo quanto é lado. Eu acho que na época em 92, 90, 89 não tinha tanta informação igual tem hoje né, né. A televisão, é cartaz, é dentro do ônibus, no mural, na época não tinha tanta informação igual tem hoje. E também igual na época não tinha o atendimento que nós temos hoje, não é.

ENTREVISTADOR – Você acha que hoje tem um atendimento...

PACIENTE – Nossa, ótimo.

ENTREVISTADOR – E agora hoje como você está se sentindo?

PACIENTE – To bem demais. Às vezes nem lembro que eu tenho, só lembro que eu tenho que tomar remédio né.

ENTREVISTADOR – Você faz o tratamento...

PACIENTE – Certinho, bebo meu remédio certinho. Tenho uma vida normal, com os meus amigos com a minha família no meu setor. Ninguém comenta nada eu não comento nada com ninguém. A maioria sabe.

ENTREVISTADOR – A maioria sabe?

PACIENTE – Todo mundo sabe. Eu vou em festa, vou em clube normal, jogo bola todo dia. Eu tenho, pelo ao menos eu, tenho uma vida normal.

ENTREVISTADOR – Você fala da sua condição para as pessoas?

PACIENTE – Falo. Dentro do que eu faço, o serviço que eu faço, parece até que eles admiram não é. Eu trabalho muito não é. Eu saí pra vir aqui nas pressas.

ENTREVISTADOR – Bom que você veio colaborar com essa pesquisa.

As pessoas que te cercavam antes de você a condição que você tem hoje, como elas estão com você? Você percebe alguma alteração no relacionamento antes para hoje?

PACIENTE – A diferença. A diferença que tem é para melhor. Eles apegaram mais a mim né. No começo me ajudaram muito. O apoio da minha família, dos amigos, da esposa.

ENTREVISTADOR – Você acha que o que mudou então foi para melhor?

PACIENTE – É. Eu acho que foi né. É o que eu sinto.

ENTREVISTADOR – Você sente isso.

PACIENTE – É o que eu sinto e vejo né.

ENTREVISTADOR – O seu convívio social depois da contaminação você acha que...

PACIENTE – É, o meu ponto de vista social assim em matéria de, principalmente, serviço, trabalho diferencia um pouco né. Não vou falar igual eu se dependesse mesmo eu não queria trabalhar no serviço pesado e nem posso principalmente pega muito sol, almoça tarde, trabalho muito, eu se eu pudesse, se eu tivesse condição eu queria um serviço maneiro, eu queria ter uma carteira fichada.

ENTREVISTADOR – Você já foi fichado?

PACIENTE – Fui. Eu trabalhei na arisco um ano. Eu queria ter um serviço normal. Eu saía de manhã cedo trabalhava, voltava pra casa, sem poder trabalhar no sol quente, porque eu sei que eu não posso. Eu não posso, eu tenho certeza que eu não posso. Mas eu sou casado. Tenho dois filhos. Se eu não correr atrás pra mim manter eles. Eu não gosto de ficar Ah! Vou no condomínio, depende de uma cesta ali, eu vou pra pedir uma coisa pra um. Não é porque eu to doente que eu tenho que viver só de ajuda. Eu tenho saúde. Eu posso trabalhar, só que a minha vontade é ter um serviço fichado não é que eu quero trabalhar no serviço pesado, a obrigação leva a isso, eu sou casado eu tenho obrigação, tenho responsabilidade, tenho uma esposa e dois filhos.

ENTREVISTADOR – Fulano, você acha que a sua vida sexual foi atingida?

PACIENTE – Não. Nada, nada, nada. Eu e a minha esposa nós temos relação normal, com preservativo.

ENTREVISTADOR – Vocês são casados há quanto tempo?

PACIENTE – 5 anos. tem 2 filhos. Um de 3 e um de 2, não são portadores.

ENTREVISTADOR – Os filhos não?

PACIENTE – Não.

ENTREVISTADOR – E a esposa...

PACIENTE – Minha esposa é.

ENTREVISTADOR – Vocês ficaram sabendo ao mesmo tempo?

PACIENTE – Não, eu fiquei sabendo, depois de um mês eu pedi pra minha irmã falar pra ela né porque eu tava sem coragem. E a reação dela foi normal. Ela me ajudou no hospital, tive uma recaída muito grande, eu pesava 81 kg cheguei a pesar 56. Ela me ajudou, teve no hospital comigo, precisasse de tudo sempre era a minha esposa, sempre minha esposa. Foi ela que me ajudou.

ENTREVISTADOR – É, então a vida sexual com o seu parceiro hoje, que é a sua esposa você acha que...

PACIENTE – Normal, a mesma coisa de quando eu não tava sabendo. Não alterou nada, nada, nada.

ENTREVISTADOR – Outros parceiros sexuais?

PACIENTE – Não.

ENTREVISTADOR – A sua parceira sexual é sua esposa?

PACIENTE – Só a minha esposa. E também tem uma coisa, eu tenho um negócio comigo que é o seguinte. Acho que eu sou portador né, é certo que se eu for ter relação com outra mulher é lógico com preservativo né, mas eu não tenho coragem. Não tenho, não dou conta de ter relação com a pessoa sabendo que eu sou portador e a pessoa não é e muitas das vezes que a pessoa sai com a AIDS não anda com preservativo, tem vergonha de falar né, eu mesmo sou fiel à minha esposa, só ela.

ENTREVISTADOR – Quando vocês vão se relacionar sexualmente vocês tem algum tipo de cuidado para se relacionar?

PACIENTE – É, o único cuidado que a gente tem é usar o preservativo né.

ENTREVISTADOR – Vocês usam o preservativo?

PACIENTE – Usa, porque a médica. A minha médica mesmo falou né. Por causa da carga viral dela zerou, a minha ainda não ta zerada né, então é bom usar porque muitas das vezes o remédio que ela toma é diferenciado.

ENTREVISTADOR – Você percebe que quando você conta para alguma pessoa que você é soropositivo a pessoa tem algum tipo de reação?

PACIENTE – A não ser que seja pelas minhas costas.

ENTREVISTADOR – Na frente não?

PACIENTE – Na frente, tem os meus amigos, parentes há muitos anos que eu vivo no meu setor eu não vejo, a reação que eu vejo é apoio.

ENTREVISTADOR – Se você não vê reação diferente então isso não te passa nada?

PACIENTE – Não.

ENTREVISTADOR – Em relação à sua vida sexual tem mais alguma coisa assim que você gostaria de estar dividindo, informando? Na sua rotina, no seu dia a dia tem alguma coisa em relação à vida sexual, tem alguma lembrança que hoje você reflete, medita?

PACIENTE – Não.

ENTREVISTADOR – Porque você me disse que você acredita que pegou na relação sexual, e pensando nessa possibilidade tem alguma reflexão que você faz?

PACIENTE – Você fala assim passado?

ENTREVISTADOR – É. De alguma lembrança que venha.

PACIENTE – Não. Porque pra mim acho que passado. Eu vivo agora de viver o presente não é. O passado pra mim eu nem gosto de lembrar do meu passado porque o meu passado era muito escuro né então muitas das é bom nem sei lá mesmo quando me pergunta, quando é pra mim falar mesmo eu nem gosto sabe tem umas coisas que a gente tem que deixar pra trás.

ENTREVISTADOR – É. Hoje está diferente pra você?

PACIENTE – É lógico. Nossa a minha vida hoje ta um paraíso. Em vista do que eu era.

ENTREVISTADOR – Você enfrenta dificuldade hoje?

PACIENTE – Enfrento. De vez em quando eu enfrento. Às vezes igual eu trabalho não é direto que eu tenho o serviço nem é de carteira fichada. Eu pago aluguel, pago água, pago luz. Minha esposa ganhava uma cesta cortaram a cesta, cortaram o leite dos meus meninos então eu passo dificuldade. Assim a gente passa mais ficar clamando, só clamando e não agir, não dá em nada né. Então a gente passa sim muitas vezes. Passa dificuldade com uma bolacha pro meu filho,

muitas vezes um leite, muitas vezes uma mistura, eu não gosto de ficar sem mistura. A gente passa dificuldade.

ENTREVISTADOR – No dia a dia com é que é sua vida?

PACIENTE – Dia a dia é...você fala como assim?

ENTREVISTADOR – No seu dia a dia você está dizendo que passa dificuldades e como é que essas dificuldades são administradas no dia a dia, como é que vocês vivem?

PACIENTE – Ah a gente vive na paciência né. Porque muitas das vezes não adianta eu clamar, não adianta eu ficar como se diz chorando e clamando pra um e pra outro porque, foi bom no começo, no começo muita gente ajudou aí uma vizinha chegou em mim falou Oh fulano eles tão te ajudando hoje um dia eles vão esquecer e foi dito e certo. Eu não posso igual você fala aí né eu tenho eu, minha esposa e meus dois filhos então a gente passa dificuldades eu sento, eu converso com a minha esposa então nós supera conversando, porque não adianta eu desesperar, eu não vou fazer nada errado pra eu ter as coisas na minha casa, se eu tiver trabalhando tudo bem se eu não tiver a gente passa com o que tem.

ENTREVISTADOR – O que é que a AIDS trouxe para você?

PACIENTE – A AIDS trouxe pra mim, acho que ela trouxe pra mim uma experiência de vida sabe. Assim arrependimento de muita coisa que eu fiz certo, de hoje eu saber que eu tenho que viver mantido por medicamento, não poder ter uma vida normal assim totalmente normal, mas a AIDS trouxe pra mim também deve ser que fez me unir mais aos meus parentes, à minha esposa.

ENTREVISTADOR – Você sente isso, tem um lado que é de uma experiência que envolve arrependimento e de um lado tem uma união?

PACIENTE – É uma união.

ENTREVISTADOR – E seus projetos de vida hoje?

PACIENTE – Ah meus projetos de vida é ter onde morar né, pra deixar pros meus filhos. Pra mim o meu sonho. Eu não queria nada na vida eu não queria nada, nada a não ser um lugar pra mim morar. Que eu pudesse falar esse é dos meus filhos. Porque eu sei que um dia eu vou, disso eu tenho certeza pode ser que seja daqui a um, dois, dez ou vinte anos, mais a minha vontade, o meu plano de vida é de comprar o lote construir pra deixar pros meus filhos. Eu não penso em mais nada. Minha esposa, meus filhos eles tando vestindo, comendo, bem em não

importo comigo. Eu tando bebendo meu remédio certinho, o importante, o que eu mais penso na minha vida mesmo, meu futuro mesmo é a moradia pra minha esposa e pros meus filhos.

ENTREVISTADOR – Casa própria?

PACIENTE – Isso é o mais importante pra mim. É a casa própria, porque pra gente fica muito difícil, eu pago R\$ 90,00 o aluguel. Todo mês.

ENTREVISTADOR – E há muitos anos você mora lá onde você está?

PACIENTE – É. Antes eu não pagava aluguel morava com uma irmã minha só que aquele negócio de parente ta. Meus irmãos gostam muito de mim eles me dão muito apoio só que muitas das vezes o apoio eu já não tinha aquela liberdade dentro da minha casa. Eu prefiro passar uma dificuldadezinha e pagar o aluguel e ter mais liberdade. Aí então é que eu mudei e to pagando aluguel, tem 6 meses que eu to pagando aluguel. Antes eu não pagava. Eu pago R\$ 110,00 com água, luz e aluguel. Eu não tenho serviço o mês todo a época das água é mais difícil.

ENTREVISTADOR – A sua profissão é essa?

PACIENTE – A minha profissão é essa.

ENTREVISTADOR – Você trabalha como pedreiro?

PACIENTE – Trabalho como pedreiro profissional, não tenho outra. Estudei até a 8ª, parei. Eu tava fazendo um curso de computação mais o que é que adianta um curso de computação pra mim?

ENTREVISTADOR – Você acha que não vale a pena?

PACIENTE – Não vale a pena, não tem lógica. Pra mim não tem lógica. Tem lógica pra uma pessoa que tem o 2º ano que ela faz o curso completo de digitação, tem outros cursos até pra você, se brincar pra você varrer rua você tem que ter o 2º ano. Qualquer firma que você vai tem que ter o 2º ano. Não adianta. Eu comecei a fazer aí parei. Pra mim não tem lógica, não adianta eu faço um curso aqui hoje eu fico parado 5, 6, 7, 8 meses, a gente perde a prática. Porque um curso você tem que fazer um curso e botar ele em prática não é. Não adianta nada fazer um curso aqui e voltar pra casa e trabalhar de pedreiro. Pra ser pedreiro não precisa de computador precisa de colher.

ENTREVISTADOR – Dessa maneira...

PACIENTE – Não tem jeito.

ENTREVISTADOR – Ok. Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer aproveitando esta oportunidade a entrevista?

PACIENTE – É. Eu acho que não. Afinal o tratamento pra mim é ótimo das vezes as pessoas reclamam, reclamam demais, pra mim não tenho o que reclamar não.

ENTREVISTADOR – Pra você está sendo bom então?

PACIENTE – Nossa, pra mim ta sendo ótimo. Igual o medicamento a gente recebe de graça né. Somos atendido aqui. Eu nunca tive problema aqui. A minha médica é ótima pra mim, minha esposa. Quando eu não venho a minha esposa vem não é, pega o nosso medicamento. Mas o resto graças a Deus ta tudo bem.

ENTREVISTADOR – Então era só isso.

Go. 30/08/2001

Entrevista nº 01 – Pré-teste

Prontuário – 4.287/00

Sexo – feminino

Idade – 32 anos

Escolaridade – 4ª série

Profissão – doméstica

PACIENTE – Eu tava na 4ª série, nem entrei na 5ª, sou doméstica.

ENTREVISTADOR – Você trabalha?

PACIENTE - Quando descobriu eles me mandou embora aí pra mim não ficar desempregada a minha irmã me pegou pra mim ficar na casa dela de manhã. Eu entrei em janeiro.

ENTREVISTADOR – Quer dizer que as pessoas descobriram, você comentou.

PACIENTE – Uma mulher tinha 5 anos que eu trabalhava lá aí descobriu, não é que descobriu, uma pessoa ligou, é isso que eu tenho medo, por causa disso, uma pessoa ligou e falou que eu tava aí eles ficou me perguntando falei ah, peguei e falei, pensei que eles ia me ajuda, eles me mandou embora, eu não ganhei nada.

ENTREVISTADOR – Como você ficou sabendo que era HIV+?

PACIENTE – O rapaz que eu tive um caso com ele faleceu, em novembro agora faz dois anos, aí eu pensei comigo, eu transava sem camisinha, tenho que fazer o exame. No começo eu não queria fazer não aí eu pensei se eu descobrir antes eu faço o tratamento.

ENTREVISTADOR – Como foi a sua reação, quando fez e soube o resultado?

PACIENTE – Eu fiz lá, aí deu. Aí mandou eu vim fazer outros aqui. Lá era muito caro, falou. Eu já fiz o exame já assim eu sabia que ia dar.

ENTREVISTADOR – Você sabia?

PACIENTE – É eu já vim sabendo, é que na hora que me falou eu comecei a chorar um pouquinho aí minha irmã tava comigo ela me deu apoio falou que não era pra eu chorar, a Dra. ... me falou (fulana) é assim tem um tratamento aí agora, o mês passado ela ficou admirada de ver os meus exames que eu fiz. A carga viral tava 22.000 aí eu repeti os exames caiu para 300 e agora eu repeti de novo deu negativo a carga viral deu negativo, igual ela falou pra mim não é que sarou, ce não pode ficar pensando ah eu sarei, vou sair no mundo farreando aí agora não pode, a carga sua é negativa só que tem a doença, não é que eu tenho a doença, ela falou pra mim assim que eu tenho o vírus, aí que era pra mim começa o tratamento porque uma parte do meu corpo que é fácil de pegar as outras doenças aí ela falou assim você tomando os remédio evita.

ENTREVISTADOR – Você se surpreendeu, você esperava algum dia se contaminar?

PACIENTE – Nunca, porque eu perdi um primo com essa doença, eu vi o tanto que é triste, é muito triste o final da vida, em julho agora fez 6 anos que nós perdeu ele e eu ajudei a olhar ele. Ele depois que descobriu ele viveu só um ano. Não tinha os remédio não mandava no Brasil não. No dia que chegou o remédio no aeroporto, no dia que foi buscar o coquetel pra ele chegou no Hospital no Santa Helena aí ele já tinha falecido. Nem começou a tomar o remédio.

ENTREVISTADOR – Como é que você se contaminou?

PACIENTE – Bão, fiquei com o cara sem camisinha. É que eu falo com a minha família assim eles fala que eu não ponho muito na minha cabeça, a doença é assim se encucar com ela a Dra... me explicou ce não pode encucar senão vai pra cama. Aí tem hora que eu esqueço daquilo de vez em quando eu penso aí

vem me dá assim eu fico pra baixo, aí na mesma hora fico assim a gente caçou com as mãos agora tem que agüentar.

ENTREVISTADOR – Você tinha informações para evitar?

PACIENTE – É eu sabia né falava. Só que o cara quando falava que era camisinha ele falava pode sumir de perto de mim então, aí depois disso eu pensei, então ele sabia não é que ele não usava camisinha com ninguém, com nenhuma parceira dele. E todas que transou com ele contaminou, conheço muitas. Fala bom só que elas fala que não, tem não, é isso aí todo mundo vai falar que não é né.

ENTREVISTADOR – E agora o que você sente?

PACIENTE – Eu acho ruim. Só que não é direto, tem a hora de bater, principalmente quando a gente ta sozinha, aí eu sinto. Mas quando eu to com a minha família eu não gosto de demonstrar, não demonstro nem. Porque minha família sofre muito.

ENTREVISTADOR – A sua família toda sabe?

PACIENTE – Minha família sabe. Só que eu assim, que nós tira muitos, não é que esconde, o pessoal da rua, o pessoal da rua minha nossa senhora, que essa mulher não sei nem como ela descobriu, minha irmã me contou porque, foi assim que elas pediu ajuda pra 1ª dama e a 1ª dama era amiga dela e a 1ª dama contou pra ela e ela saiu esparramando. No outro dia ela ligou no serviço. Aí eles me perguntou a 1ª vez eu neguei, pensei se eles saber eles vai me manda embora e fiquei, fiquei ainda uns quatro meses ainda escondida, só que eu não dava conta de trabalhar, a vida era fica chorando nos canto. Eu tomava conta de um casal de velho aí eu parei de mexer com eles, porque eu ficava com medo né, porque a velha ela tinha que fica na cama ela tinha uma ferida no bumbum, aí ela era doente comigo, aí ela queria sabe porque que eu tava largando de mexe com eles aí eu fiquei só no corpo da casa eles não eu to afim de fica mais não eu to cansada. Aí passou uns dia eles descobriu aí a mulher ligou aí eles me perguntou e falou olha se for verdade eu vou te ajudar a aposentar, vou te pagar seus direito tudinho, aí eu pensei assim não eles vai me ajudar né, você vai ficar em casa, você não vai precisar trabalhar. Não eu não vou te mandar embora, depois que eu te arrumar tudinho que eu vou te deixar em casa aí mandou eu pra casa tava me pagando em casa, aí no final eles não queria me pagar eu levei pro advogado, eu

falei chega foi pra justiça. Aí chegou lá eu não tinha carteira assinada eles não queria assinar, meu advogado obrigou eles assinar, assinou, aí ontem foi meu 1º pagamento do benefício, ontem, aí eles mesmo parcelou o INSS em 4 anos, aí ontem eu fui ao banco, minha irmã ficou até boba, eu fiquei tremendo quando peguei meu pagamento. Porque pra mim é difícil eu tenho de paga pra vim. Todo mês tem que paga e é R\$ 50,00 que eu pago todo mês pra vim.

ENTREVISTADOR – E o seu relacionamento social como é que está? Você fala com as pessoas de sua condição?

PACIENTE – Que eu tenho esse problema? Só com a minha família. Nem amiga eu não conto. Uma que a gente não tem amiga na hora que ce mais precisa eles abandona não é. Aí a Dra.... falou pra mim, isso aí não é trem que oce tem que pô no microfone e falar no alto pra todo mundo, oce escolhe o pessoal da sua família que oce tem mais confiança e se abre, se você quiser, ce não precisa contar pra todo mundo, porque tem gente que esparrama né e eu não quero esparramar.

ENTREVISTADOR – As pessoas que te cercavam como é que está seu relacionamento com elas hoje? Teve alguma mudança?

PACIENTE – Só a família dele, era muito amigo meu, aí eles passa por mim e vira a cara. Isso também pra mim não faz diferença. O que eu preciso mais é do apoio da minha família e eu tenho o da minha família.

ENTREVISTADOR – E quando a gente está aqui falando na sua contaminação você sente alguma coisa, o que?

PACIENTE – Ah o que é que eu sinto é abafada por dentro, me dá uma vontade de chorar.

ENTREVISTADOR - A sua vida sexual foi atingida?

PACIENTE – Como assim?

ENTREVISTADOR – Teve algum tipo de mudança na sua vida sexual?

PACIENTE – Depois disso eu não quis saber de mais nada. Eu não saio mais pra rua. Saio assim um pouco na casa duma amiga minha, vou na casa das minha irmã, mas fala assim vou arrumar pra passear não. Esse negócio de namorar eu não quero.

ENTREVISTADOR – Você tem parceiro sexual?

PACIENTE – Não e nem quero. Porque uma que eu sei que igual ele eu to sabendo que eu tenho eu vou transar com uma pessoa. Nem de camisinha eu

não quero mais, nem. O que eu tenho pra mim eu não quero pros outros não. Porque tem muitos que passa pros outros de ruindade. Eu não tenho coragem.

ENTREVISTADOR – Você não vê possibilidade de relacionar mesmo com algum tipo de cuidado?

PACIENTE – Agora no começo eu penso assim. Não, não vou falar que eu não quero. Eu pra mim tem que ser assim só se eu encontrar o que eu vejo lá em Caldas, tem um casal que é o casal, a menina aqui no HDT que ela conheceu o rapaz, eles ta morando junto lá em Caldas. Só se eu achar um do mesmo problema, se eu gostar, mas se for ele são, sadiinho eu não quero.

ENTREVISTADOR – E... já teve alguma situação de você contar para alguém do sexo oposto e a pessoa ter alguma reação que você tenha percebido?

PACIENTE – Não. Uma porque eu nunca tive. Depois desse cara eu vou falar uma coisa, é até vergonha falar mais vai fazer 2 anos que ele morreu, antes dele morrer fazia 1 ano que eu não tinha nada com ele, nunca mais eu tive nada com homem. E eu nem pretendo ter.

ENTREVISTADOR – Sobre as suas condições atuais em relação à vida sexual tem algo que queira dividir?

PACIENTE – Acho que não.

ENTREVISTADOR – Lembranças que você tem?

PACIENTE – A única lembrança que eu tenho é dele. Porque ele morreu e eu gostava muito dele. Eu não tenho raiva dele. Eu vou na cova dele, vou lá. Minha mãe odeia. Mãe, xinga um homem que já morreu, as outras xinga, fala tanta coisa, a família. Porque fou eu que cacei, nem ele não era que andava atrás de mim, eu é que andava atrás dele, agora eu vou excomungar ele. Eu não. Porque se ele teve castigo se quem vai dar pra ele é Deus. Eu não vou.

ENTREVISTADOR – Você acha que foi você que procurou?

PACIENTE – Foi. Eu acho que eu fico assim, como se diz, mais segura assim desse problema da minha doença, porque foi eu, tem hora que eu penso assim, lembro né, assim eu andava atrás dele, eu chegava no lugar que ele tava, ele saía. Um dia ele falou assim pra mim. Eu gosto demais de você mas eu não quero o mal pra você, parece que ele tava sentindo.

ENTREVISTADOR – Ele falou isso para você?

PACIENTE – É. Eu ficava em riba igual uma cachorrinha. Até que eu não tenho raiva. Ele saía tipo assim como é que é. Ele afastava. Eu procurava, ele não, não, deixa isso pra lá, não sei o que. Aí teve uma vez que eu peguei demais no pé dele, aí nós foi no dia que nós ficou junto. É que eu não tenho assim é o que eu falo pra minha família, eu não tenho raiva dele não. É ele tentou sair fora.

ENTREVISTADOR – Nesse dia que vocês ficaram juntos aí você não preveniu?

PACIENTE – Não. Isso lá nós ficou uns dois anos junto. Aí nos primeiro dia ele fugia, aí já na hora que nós ficou junto aí ele já nós começou nós saía, ele ia na minha casa me pegar, igual casal de namorado. Só que no começo ele não queria. Porque a família dele falou que ele sabia que ele pegou do primo dele que era travesti e o primo dele 10 anos atrás já tinha morrido.

ENTREVISTADOR – Isso que a família te contou?

PACIENTE – Bom, contou pra mim não contou pra mulher que tava morando com ele, a viúva, ficou viúva, ele morreu dentro de HDT.

ENTREVISTADOR – Você tinha atração por ele?

PACIENTE – Nossa. Eu morria por causa dele. Isso é porque eu não fico com raiva. Eu to nessa porque eu procurei, né que eu vou, assim tem umas pessoa que quando descobre nossa, se a pessoa tive viva fala até em matar. É igual um cara que tem lá em Caldas ele depois que eu fiquei sabendo. Ele anda atrás de mim, faz tudo pra mim ficar com ele. Aí eu pensei assim, eu fazer isso não. Ele ah, sabe de nada, às vezes ce tem medo ele fala nós usa camisinha. Falei não eu não quero. Aí ele pegou falou pra mim um dia assim ah então eu já to descobrindo que você gosta de mulher porque você não gosta de homem. Aí eu pensei assim é até bom você ficar pensando que eu gosto é de mulher. Porque eu não vou querer um igual o que eu tenho pra mim de mal eu vou querer pra você, eu não vou querer. Eu vou querer só o bem.

ENTREVISTADOR – você enfrenta dificuldades hoje?

PACIENTE – Bom eu acho assim, só o negócio do serviço.

ENTREVISTADOR – O serviço?

PACIENTE – Que lá onde que eu trabalho não é igual assim. Eu trabalho, eu ganho R\$ 70,00 por mês. O que que eu faço com R\$ 70,00. Porque outra pessoa não pega, não é que não pega, não é todo mundo que sabe. Assim da rua eu não sei que sabe não. Aí eu to numa casa, aí essa mulher ligou lá é muito conhecida

lá em Caldas Novas, aí eu pego, to lá trabalhando uma hora ela vai me vê, aí ela vai ligar e falar ah fulana é assim assim. Aí eu vou passa é entrando de casa em casa e saindo. Agora com esse negócio do benefício que eu arrumei eu vou ficando. Com esse dinheirinho que eu ganho e pego com a minha irmã o que ela me dá. Dá pra mim viver, dá pra mim vim todo mês aqui busca meus remédio, compra roupa pra mim. E vai passando. Mas eu acho, eu fico mais sentida assim só por causa do serviço.

ENTREVISTADOR – Como é seu dia a dia?

PACIENTE – Tem dia que é normal. Tem dia que... É igual eu te falei, tem dia de você ficar pensando, agora tem hora que vem no meu pensamento assim pensando o jeito que o doente fica quando ta no dia de morrer. Aí eu fico mais pra baixo aí eu peço a Deus pra tirar isso de mim aí eu volto ao normal. Vou trabalhar. Eu tenho uma moto eu pego munto nessa moto vou passear na casa das minhas amigas, dos meus irmãos aí eu esqueço um pouco. Agora se eu ficar só dentro de casa aí eu abaixo um pouco. Aí quando eu to meio assim pra baixo eu passeio. Mas não adianta onde que ce ta, eu posso ta no melhor lugar passeando, mas pra mim é na minha cabeça, não é toda hora na hora que vem. Eu encuco muito é com o final da vida da gente, só nisso que eu fico pensando mas na mesma hora eu peço a Deus pra tirar isso da minha cabeça ele tira, mas é por isso.

ENTREVISTADOR – O que a AIDS trouxe para você, que tipo de experiência, ela te diz alguma coisa?

PACIENTE – Eu não sei. Assim só o que eu penso, eu não posso passar pra outro. O que vem no meu pensamento é só isso, eu não quero pra outro o que eu tenho pra mim. Que é triste é. Igual você sai na rua você parece que a pessoa ta te olhando assim pra te olha você já pensa ta pensando aquela lá é uma aidética. Eu fico imaginando. Já teve gente na rua perguntou, eu falei não sei disso não. Teve uns dia que eu descobri que eu tava bem mais magrinha, eu vim pra cá tomei remédio eu aumentei 12 kg aí de primeiro falava assim ah! Fulano ta sumindo, uma hora ta magra que é que ta acontecendo, aí quando já me viu gorda, nossa mas a mulher já engordou, eu já não entendo a boca do povo, magra fala quando uns dia gorda, não mas uns dia eu tava passando mesmo a Dra... assustou quando me viu, não, pode parar de beber o remédio. Só que eu perdi uns quilinho, depois disso eu perdi 4 kg.

ENTREVISTADOR – Agora você está se sentindo...

PACIENTE – Eu queria assim voltar nos peso que eu tava, eu gostei mais do jeito que eu tava. Parece assim que na época calou a boca do povo um pouco. Agora eu já diminuí uns quilo, já ta falando de novo. Eu queria toma o remédio só que a Dra... falou que esse remédio aqui no HDT não dá, não ta dando mais esse magestade, é um líquido, eu tomo em comprimido o comprimido não faz efeito, aí ela falou que o hospital parou de comprar que é muito caro. Nas farmácia parece que é R\$ 800,00 o vidro de remédio, dá só pra 10 dias. Eu ganho R\$ 70,00 quando eu vou comprar isso. Deve ser que em outro lugar vai ter? Porque meu tio lá em Caldas Novas falou assim que o rapaz que distribuiu esses remédio é primo dele aí ele falou o dia que você ficar sem, se lá não tiver você me procura que eu vou ver se o ... arruma pra você porque ele distribui nos hospitais ele pode ver pra você.

ENTREVISTADOR – Quais os projetos de vida que você tem hoje?

PACIENTE – Pro meu futuro. Ah nada né. Não tem assim vontade de mais nada. Porque eu tenho 3 filhos.

ENTREVISTADOR – Você tem 3 filhos?

PACIENTE – Tem hora que eu penso assim vou ficar sem eles.

ENTREVISTADOR – Seus filhos ficam com você?

PACIENTE – Um fica comigo, o grande. Os menor fica com o pai.

ENTREVISTADOR – E o pai mora lá?

PACIENTE – Mora. A caçula vai fazer 11 anos em janeiro.

ENTREVISTADOR – Eles sabem?

PACIENTE – Sabem. É porque família né, porque o pai dos meus filho ele sabe, não conversa assim nesse assunto. Agora o irmão dele que meu filho falou que ele fala: É sua mãe é uma aidética.

ENTREVISTADOR – O seu cunhado?

PACIENTE – É ele falou pro menino, pro meu filho.

ENTREVISTADOR – O tio dele fala isso?

PACIENTE – É fala.

ENTREVISTADOR – Você tem alguma convivência com o pai deles?

PACIENTE – Tenho. Vai fazer nove anos que eu mais ele separou.

ENTREVISTADOR – Vocês chegaram a casar?

PACIENTE – Não. Só morei 7 anos com ele.

ENTREVISTADOR – Depois separou?

PACIENTE – Ele bebia muito.

ENTREVISTADOR – Como é que você está? Muitas coisas não é? E seu tratamento você está gostando então?

PACIENTE – É porque chega igual assim no começo os exame dava 22.000 de carga aí faz vai abaixando, aí repete dá nada, agora ela falou assim que entre os paciente dela ela não tinha visto um exame que. Porque eu tomo os medicamento daqui e tomo medicamento caseiro. Essa mulher ela faz esse medicamento pra muitos lá em Caldas. Aí ela fala a hora que você fizer 6 meses você repete aí você conta pra sua médica.

ENTREVISTADOR – A sua médica não sabe?

PACIENTE – Assim não é, eu confio nos dois. Mas parece assim que eu confio no da mulher, no caseiro.

ENTREVISTADOR – Você acha que está sendo bom então?

PACIENTE – Ta eu acho.

ENTREVISTADOR – Você confia na mulher então?

PACIENTE – É eu confio. Eu vi um rapaz, ela tinha até as foto da pessoa lá. Aí eu fico por entender não sei se eu engordo com o remédio daqui ou o remédio de lá. Eu creio que sim né. Eu tomava os dois. Aí depois que eu parei de tomar o daqui não teve efeito, porque a gente come muito, aí parei de tomar o magestade, diminuí, não tem fome. Aí eu cheguei falei pra Dra... ela falou, não E. não é só você que ta reclamando, é os paciente tudo ta reclamando, o magestade comprimido não faz efeito. Aí eu perguntei, porque Dra. O hospital não ta comprando mais porque o líquido é R\$ 800,00 e o comprimido é R\$ 300,00. Aí eu acho que com o tempo a hora que eles vê que não ta fazendo efeito eles vai voltar a comprar o outro.

ENTREVISTADOR – Você que falar mais alguma coisa?

PACIENTE – Não, acho que não.

APÊNDICE C - Ficha para coleta de informações nos prontuários

Sexo: masculino feminino

Idade: 18–24 25–29 30–34 35–39 40–44

45–49 50–54 55–59 60–68

Estado civil: solteiro casado separado viúvo outros

Forma de contaminação: sexual drogas transmissão sang. outros

Quais?-----

Ano de diagnóstico:

Endereço:

Profissão:

Atualmente trabalha: sim não

Escolaridade: 1^a. – 4^a. 4^a. – 8^a.

2^o. grau incompleto 2^o. g. completo 3^o.

grau

Outras Anotações:-----

M-A/1

P- 0000

APÊNDICE D - Termo de consentimento

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Termo de Consentimento

Eu, _____, paciente cadastrado e em atendimento no Hospital de Doenças Tropicais, aceito participar do desenvolvimento da pesquisa “O impacto da condição de soropositividade na vida social” desenvolvida por Maria Aparecida Canuto Arraes, aluna do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, ciente de que todos os dados coletados relativos à identificação dos sujeitos serão mantidos em sigilo e dou consentimento para que o desenvolvimento e os resultados da pesquisa possam ser trabalhados e publicados, respeitado e mantido em absoluto sigilo as informações individuais, de maneira a preservar o anonimato dos participantes.

Pesquisador
Contato: cidacanuto@uol.com.br

Assinatura do participante

Goiânia 08 de outubro de 2001.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Avaliação de Paciente com Sida/Aids


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde
 Governo do Estado de Goiás
 HOSPITAL DR. ANUAR AUAD/HDT

FICHA DE AVALIAÇÃO DE PACIENTE COM SIDA/AIDS (13 anos ou mais)

Nome: _____
 Data do diagnóstico de AIDS: _____

Avaliação de Risco

A) Dados sobre o paciente:

1 - Transmissão Vertical Não Sim

2 - Comportamento Sexual

2.1 - Heterossexual Sim Não

2.2 - Homossexual Sim Não

2.3 - Bissexual Sim Não

2.4 - Promíscuo Sim Não

2.5 - Não se aplica Sim Não

3 - Uso de Drogas Injetáveis

Sim Não

4 - Hemofilia

Sim Não

5 - Uso de Hemoderivados

Sim Não

Quando: _____

Onde: Cidade _____ Instituição _____

Dados sobre os Parceiros Sexuais do Paciente

1 - Parceiro Heterossexual Sim Não

2 - Parceiro Homossexual Sim Não

3 - Parceiro Bissexual Sim Não

4 - Parceiro Promíscuo Sim Não

5 - Parceiro usuário de drogas Sim Não

6 - Parceiro HIV + Sim Não

7 - Parceiro Hemofílico Sim Não

8 - Parceiro Hemotransfundido Sim Não

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **AIDS** (Pacientes com 13 anos ou mais)

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	5 Agravado AIDS		Código (CID10) B 24	6 Data do Diagnóstico	
Dados do Caso	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe		
	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	16 Número	
Dados de Residência	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência		19 UF
	20 Município de Residência		Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro		Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil) Código	
	Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário		27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica		
	28 Relações Sexuais 1 - Só Com Homens 2 - Só Com Mulheres 3 - Com Homens e Mulheres 4 - Não Se Aplica 9 - Ignorado		29 Relações Sexuais Com Indivíduo Sabidamente HIV + / AIDS 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Se Aplica 9 - Ignorado		
	30 Informação Sobre a Parceria Sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Paciente com Múltiplos Parceiros		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) com Múltiplos Parceiros		
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Homens		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de Drogas Injetáveis		
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Mulheres		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Recebeu Transfusão de Sangue/Derivados		
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres		<input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico		
	31 Uso de Droga Injetável 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		32 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		33 História de Transfusão de Sangue/Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	No Caso de Haver História de Transfusão de Sangue / Derivados				
	34 Data		35 UF	36 Município	
37 Instituição					
38 Após Investigação Realizada Conforme Algoritmo da CN DST/AIDS, a Transfusão Foi Considerada Causa da Infecção Pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Houve Transfusão 4 - Investigação Inconclusiva / Não Realizada 9 - Ignorado					
39 Transmissão Vertical (Mãe / Filho) 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado		40 Acidente de Trabalho em Profissionais de Saúde com Sorologia Negativa no Momento do Acidente e Soroconversão nos Primeiros 6 Meses 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado			
41 Outro					

Aids Adulto

CENEPI 03.2 06/11/00

Dados Clínicos	42 Critério Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Febre Maior ou Igual a 38°C por Tempo Maior ou Igual a 1 Mês (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose Disseminada/Extra-Pulmonar/Não Cavitária (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou Perda de Peso Maior que 10% (2) <input type="checkbox"/> Candidíase Oral ou Leucoplasia Pilosa (5) <input type="checkbox"/> Astenia Maior ou Igual a 1 Mês (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose Pulmonar Cavitária ou Não Especificada (5) <input type="checkbox"/> Dermatite Persistente (2) <input type="checkbox"/> Herpes Zoster em Indivíduo Menor ou igual a 60 Anos (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Disfunção do Sistema Nervoso Central (5) <input type="checkbox"/> Tosse Persistente ou Qualquer Pneumonia (Exceto Tuberculose) (2) <input type="checkbox"/> Diarréia Igual ou Maior a 1 Mês (2) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia Maior ou Igual a 1cm, Maior ou Igual a 2 Sítios Extra-Incivais por Tempo Maior ou Igual a 1 Mês (2)	
	43 Critério CDC/Modificado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Candidíase (Esôfago, Traquéia, Brônquio, Pulmão) <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva <input type="checkbox"/> Citomegalovirose <input type="checkbox"/> Linfoma Não Hodgkin <input type="checkbox"/> Câncer Cervical Invasivo <input type="checkbox"/> Linfoma Primário do Cérebro <input type="checkbox"/> Criptococose (Extra-Pulmonar) <input type="checkbox"/> Micobacteriose Disseminada <input type="checkbox"/> Criptosporídiase <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. Carinii</i> <input type="checkbox"/> Histoplasmose Disseminada <input type="checkbox"/> Salmonelose (Septicemia Recorrente) <input type="checkbox"/> Isosporíase <input type="checkbox"/> Toxoplasmose Cerebral <input type="checkbox"/> Herpes Simples (Muco-Cutâneo) > 1 Mês, Esôfago, Brônquios, Pulmão	
Dados do Laboratório	44 Diagnóstico Laboratorial de Infecção Pelo HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Elisa (1º Teste) <input type="checkbox"/> 3 - Imunofluorescência <input type="checkbox"/> 5 - PCR <input type="checkbox"/> 2 - Elisa (2º Teste) <input type="checkbox"/> 4 - Western Blot <input type="checkbox"/> 6 - Outros _____	
	45 Contagem de Linfócitos CD4+ _____ 46 Data da contagem de CD4+ _____	
Critérios Especiais	47 Critério excepcional CDC - caso sem diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV, excluídas outras causas de imunodeficiência (corticoterapia sistêmica, leucoses e síndrome de imunodeficiência genética) e com doença indicativa de aids diagnosticada por método definitivo <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	48 Diagnóstico de aids Explicitado na Declaração de Óbito, sem Nenhum Outro Dado <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 49 Óbito por Causa Não Externa de Paciente em Acompanhamento e com ARC <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Trat.	50 UF _____ 51 Município Onde se Realiza o Tratamento _____ 52 Unidade de Saúde Onde se Realiza o Tratamento _____	
	53 Situação Atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 54 Data do Óbito _____ 55 Nº da D. O. _____	
Evolução	56 No Caso de Óbito Informar a Causa da Morte (Exatamente como a Declaração de Óbito) a) _____ b) _____ c) _____ d) _____	
	57 Município/Unidade de Saúde _____ 58 Cód. da Unid. de Saúde _____	
Investigador	59 Nome _____ 60 Função _____ 61 Assinatura _____	
	Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas. 6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. 8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano. 9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente. 12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação. 28-30- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição heterossexual, obrigatoriamente, deverá ter parcerias classificadas no item 30. 42-49- Notificar somente casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais; Com evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV: a) 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 42), ou b) Presença de qualquer doença indicativa de imunodeficiência listada no campo 43 (critério CDC) modificado, ou c) Contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou d) Óbito por causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) de paciente em acompanhamento e que esteja apresentando sinais e sintomas do Complexo Relacionado à Aids (ARC)-(campo49). Sem evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV: a) Presença de doença definidora (consultar a publicação: Aids em pacientes com 13 anos ou mais: critério de definição de caso) confirmada por método definitivo (campo 47), ou b) Óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) em cujo atestado conste aids em algum dos campos e cuja investigação epidemiológica não foi conclusiva (campo 48). (*) evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 44): (Reatividade em no mínimo 2 testes de triagem com metodologia e/ou princípios antigênicos diferentes, que podem ser realizados na mesma amostra) - Os testes de triagem mais comuns são: 1) ELISA (MEIA) quimioluminescência e MEIA, 2) Teste simples e 3) Teste rápido. b) Positividade em um dos testes confirmatórios, como por exemplo Western Blot ou Imunofluorescência; c) Positividade em teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo a PCR (Reação da Polimerase em Cadeia).	

Aids Adulto

CENEPI 03.2 06/11/00

ANEXO C - Portadores de HIV/AIDS no Estado de Goiás.

Mapa da incidência da AIDS no Estado de Goiás, com número de casos e prevalência por grupo de 100 mil habitantes

Localidade	Casos	Prevalência	Localidade	Casos	Prevalência
Abadiânia	2	17,51	Campestre de Goiás	2	63,19
Acreúna	5	27,36	Campinaçu	1	26,99
Alexânia	3	14,95	Campinorte	2	20,74
Aloândia	1	47,01	Campos Belos	3	17,61
Alto Paraíso de Goiás	1	16,19	Campos Verdes	2	12,39
Alvorada do Norte	3	39,72	Carmo do Rio Verde	2	25,3
Americano do Brasil	1	20,28	Castelândia	1	25,75
Amorinópolis	1	24,13	Catalão	18	28
Anápolis	207	71,95	Ceres	10	45,09
Anicuns	3	15,98	Cesarina	2	30,81
Aparecida de Goiânia	248	73,84	Cidade Ocidental	7	17,33
Araçu	1	24,24	Cocalzinho de Goiás	2	13,69
Aragarças	6	36,22	Corumbaíba	12	180,64
Aragoiânia	5	77,78	Cristalina	8	13,69
Araguapaz	3	41,46	Crixás	2	13,65
Aruanã	1	19,96	Damolândia	2	77,88
Aurilândia	2	47,27	Davinópolis	1	47,41
Bela Vista de Goiás	10	52,14	Doverlândia	1	11,69
Bom Jardim de Goiás	1	12,38	Edéia	3	29,36
Bom Jesus de Goiás	7	43,04	Faina	3	40,48
Bonfinópolis	1	18,73	Fazenda Nova	1	14,10
Brasabrantas	1	36,02	Firminópolis	5	50,50
Britânia	2	37,94	Formosa	12	15,25
Burití Alegre	1	11,47	Goianápolis	2	18,80
Localidade	Casos	Prevalência	Localidade	Casos	Prevalência
Cabeceiras	1	14,79	Goianeira	1	20,12
Cachoeira Dourada	2	11,76	Goianésia	3	6,11
Caçu	1	9,46	Goianira	2.116	193,99
Caiapônia	3	20,48	Goianira	10	53,46
Caldas Novas	43	86,62	Goiás	10	36,90
Goiatuba	18	57,80	Maurilândia	3	33,37
Guapo	5	36,10	Minaçu	6	17,85
Guarani de Goiás	2	42,69	Mineiros	12	30,86
Hidrolândia	4	31,49	Montes Claros de Goiás	3	37,52
Iaciara	1	8,85	Montividiu	1	12,97
Indiara	4	33,90	Morro Agudo de Goiás	18	48,74
Inhumas	23	52,42	Mossâmedes	1	17,23
Ipameri	7	31	Mozarlândia	3	27
Iporá	13	41,56	Nazário	1	15,03
Israelândia	1	33,37	Nerópolis	2	10,76
Itaberaí	4	14,36	Niquelândia	3	7,77
Itaguaru	1	17,46	Nova Aurora	1	51,97
Itajá	1	15,21	Nova Crixás	2	18,07
Itapaci	5	35,87	Nova Glória	3	33,52
Itapirapuã	2	18,32	Nova Veneza	1	15,68
Itapuranga	4	14,96	Novo Brasil	1	23,89
Itauçu	7	85,67	Novo Gama	2	2,69
Itumbiara	74	91,06	Padre Bernardo	3	13,95
Jandaia	2	32,25	Palmeiras de Goiás	4	22,55
Jaraguá	5	15,02	Palminópolis	1	28
Jataí	36	47,73	Paraúna	3	27,75
Jaupaci	1	31,72	Petrolina de Goiás	2	19,26
Jesúpolis	1	47,58	Piracanjuba	14	59,47

Joviânia	4	57,97	Piranhas	3	24,42
Jussara	16	79,85	Pirenópolis	5	23,56
Localidade	Casos	Prevalência	Localidade	Casos	Prevalência
Luziânia	67	47,58	Pires do Rio	9	34,46
Mambaí	1	20,75	Planaltina	26	35,24
Mara Rosa	1	8,37	Pontalina	4	24,14
Matrinchã	3	66,37	Porangatu	13	32,86
Posse	2	7,78	São Luís de Montes Belos	9	26,36
Professor Jamil	4	117,71	São Miguel do Araguaia	5	21,97
Quirinópolis	10	27,38	São Miguel do Passa Quatro	1	28,77
Rialma	5	48,99	São Simão	10	74
Rio Quente	1	47,68	Senador Canedo	38	71,64
Rio Verde	124	106,38	Serranópolis	2	31,01
Rubiataba	5	27,65	Silvânia	2	9,83
Sanclerlândia	2	26,74	Taquaral de Goiás	1	28,12
Santa Cruz de Goiás	1	28,84	Três Ranchos	3	106,19
Santa fé de Goiás	2	48,99	Trindade	63	77,08
Santa Helena de Goiás	7	20,27	Turvânia	2	39
Santa Rita do Araguaia	1	19,68	Uruaçu	15	44,75
Santa Rosa de Goiás	2	56,43	Urutaí	1	32,21
Santa Teresa de Goiás	1	21,30	Valparaíso de Goiás	8	8,44
Santo Antônio do Descoberto	24	46,26	Vicentinópolis	2	33,28
São João da Paraúna	1	49,40	Total	3.879	

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (1984 a 2001)

Publicação no jornal – O popular – 19/08/2001