



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
KELMA LIMA CARDOSO LEITE

APARTHAIDS

Uma análise sociológica da manipulação e ocultação do
estigma da aids

FORTALEZA – CEARÁ

2006

Kelma Lima Cardoso Leite

APARTHAIDS:
Uma Análise Sociológica da Manipulação e Ocultação do
Estigma da Aids

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado acadêmico em Sociologia da Pós-Graduação, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Sociologia.

Orientadora: Maria Auxiliadora de Abreu Lima Lemenhe

Fortaleza – Ceará
2006

Universidade Federal do Ceará

Mestrado em Sociologia

Título do Trabalho: *APARTHAIDS: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA DA MANIPULAÇÃO E OCULTAMENTO DO ESTIGMA DA AIDS*

Autor(a): Kelma Lima Cardoso Leite

Defesa em: 21/12/2006

Conceito obtido: _____

Nota obtida: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora de Abreu Lima Lemenhe
Universidade Federal do Ceará – UFC
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Isabelle Braz Peixoto da Silva
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. João Tadeu de Andrade
Universidade Estadual do Ceará – UECE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao homem de minha vida,
Fábio Caetano Leite,
que durante treze anos de casamento
esteve ao meu lado, alegrando-se com minhas
vitórias e conquistas e dando-me forças
para suportar e superar perdas e derrotas.
Esta dedicatória é também símbolo de meu
genuíno e verdadeiro amor e de minha gratidão
por todo o carinho, longanimidade, benignidade e
amor dispensado a mim durante vários anos
de companheirismo e amizade.

AGRADECIMENTOS

A Jeová, meu Deus, por conceder-me o dom da vida.

A minha mãe, Selma, e meu pai, Antônio Cardoso, por priorizarem a educação dos filhos, sempre acreditarem no meu potencial e empenharem-se demasiadamente na minha formação integral.

A meus irmãos, Telma, Velma, Joelma e Michael, pelo amor, amizade e por constantemente demonstrarem o respeito e admiração que têm por minhas conquistas acadêmicas.

A meu marido, Fábio, por ter contribuído para a conclusão desta dissertação através de seu apoio e incentivo.

A minha filha, Fabíola, por sua compreensão, carinho, amor e disposição em ajudar-me na prazerosa tarefa de educá-la, enquanto empreendia esforços para a realização desta dissertação.

A minha amiga, Gerlena, pelo interesse por este trabalho e o prazer demonstrado ao ouvir-me falar sobre o mesmo, sempre atenta e receptiva.

A minha magnífica orientadora, Auxiliadora Lemenhe, por tão sabiamente ter temperado a orientação prestada a mim com diligência, competência prática e teórica, responsabilidade e carinho. Ao longo de alguns anos tive o privilégio de aprender com ela lições importantes que contribuíram para o meu crescimento profissional, acadêmico e, sobretudo, pessoal.

As professoras, Lea Carvalho e Isabelle Braz, pela leitura minuciosa do projeto de qualificação e pelas sugestões pontuais no condizente ao enfoque metodológico e abordagem teórica, imprescindíveis para a qualidade deste trabalho. Além de meus agradecimentos elas conquistaram minha inteira admiração não só pelas competentes profissionais que são mas também pelas virtudes que julgo serem as mais caras da espécie humana: paciência e humildade.

As professoras Irllys Barreira e Linda Gondim, pelas fecundas interlocuções travadas que possibilitaram a germinação das idéias necessárias para elaboração do projeto de seleção para o mestrado.

Ao professor João Tadeu, por tão gentilmente ter aceito o convite para participar da banca de defesa de minha dissertação e pelo espírito disposto que revelou seu agudo interesse em colaborar, postura, poucas vezes, encontrada no meio acadêmico.

A professora Fernanda, pela correção ortográfica e gramatical realizada com esmero e abnegação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ, pela bolsa disponibilizada que cobriu os custos financeiros envolvidos especialmente durante a pesquisa de campo.

Por fim, agradeço aos meus entrevistados pela generosidade e confiança demonstrada ao confiarem segredos que até então eu considerava, além de demasiadamente íntimos, “indisíveis”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

Introdução

1.1. Trajetória de uma escolha: os soropositivos assintomáticos para HIV como objeto.....	8
1.2. Metodologia	
1.2.1. Aids: da “questão social” a “questão sociológica”.....	15
1.2.2. O percurso no campo.....	22

CAPÍTULO II

O que faz da aids a peste atemorizante do século XXI?

2.1. Saúde e doença: binômio sócio-culturalmente construído.....	26
2.2. A “peste” como construção sócio-cultural: lepra e sífilis.....	29
2.3. Construção sócio-cultural e simbólica da aids: a peste do século XX e XXI.....	31

CAPÍTULO III

Soropositivos assintomáticos para HIV: quem são eles?.....	39
--	----

CAPÍTULO IV

Morte física e aids.....	56
--------------------------	----

CAPÍTULO V

A moral na produção da culpa e do castigo.....	66
--	----

CAPÍTULO VI

Hospital São José <i>versus</i> estigma da aids.....	81
--	----

CAPÍTULO VII

Desvendando as estratégias de manipulação e ocultamento da soropositividade para HIV.....	88
---	----

CAPÍTULO VIII

Questões de gênero, sexualidade e amor: quando se vive ocultando o HIV/Aids.....	101
--	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
---------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	125
-------------------	-----

APÊNDICES.....	130
----------------	-----

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	131
--	-----

Apêndice II – Parecer do Comitê de Ética do Hospital São José.....	132
--	-----

Apêndice III – Ofício de Aprovação de Projeto de Pesquisa do Hospital São José.....	133
---	-----

II TRODUÇÃO

1.1 Trajetória de uma escolha: os soropositivos assintomáticos¹ para HIV como objeto

*O amor é o ridículo da vida.
A gente procura mesmo a pureza do ser,
uma pureza que está sempre se pondo,
indo embora.
A vida veio e me levou com ela.
Sorte é se abandonar
e aceitar essa vaga idéia
de paraíso que nos persegue:
bonita e breve.
Como borboletas que só vivem
vinte e quatro horas:
morrer não dói.*

Cazuza

Santos (2000: 17) afirma que “[...] se quisermos, como devemos, ser sociólogos da nossa circunstância, devemos começar pelo contexto sócio-temporal de que emergem as nossas perplexidades” em relação a determinados fenômenos sociais. A síndrome da imunodeficiência

¹ A infecção pelo HIV, como outras doenças, segue um padrão de comportamento clínico e laboratorial que é definido como sua história natural e, para fins didáticos, é dividida em 4 fases: **infecção aguda**, que pode surgir algumas semanas após a infecção inicial com manifestações como febre, dor de garganta, astenia, perda de apetite, náusea, vômito, diarreia etc; **infecção assintomática**, de duração variável de alguns anos; **doença sintomática** inicial e **aids** que é a manifestação mais grave e ocorre na medida que o paciente vai apresentando alterações da imunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). A variabilidade individual é grande, e depende de vários fatores, como categoria de exposição, resistência do hospedeiro, patogenicidade do vírus, mutações, resposta imune específica, e o uso de estratégias de tratamento, nas diversas fases. Logo, esta evolução não ocorre de forma idêntica para todos os pacientes, assim como os sinais e sintomas da fase aguda, inespecíficos e comuns a outras patologias, não definem o diagnóstico de contaminação pelo HIV. Mas, sabemos que “os princípios de classificação do mundo social, até mesmo os mais naturais, referem-se sempre a fundamentos sociais. Sem falar de “raça” (...), os estigmas físicos e, de forma geral, as particularidades biológicas, como o sexo e a idade, servem, quase sempre, de critérios de classificação dos indivíduos no espaço social. Em geral, a elaboração de tais critérios está associada ao aparecimento de instituições e agentes especializados que encontram nessas definições a força-motriz e o fundamento de sua atividade. Por conseguinte, esses princípios de classificação não têm sua origem na “natureza”, mas em um trabalho social de produção das populações elaborado, segundo critérios juridicamente constituídos, por diferentes instituições – as mais conhecidas e estudadas são o sistema escolar, o sistema médico, os sistemas de proteção social, o mercado de trabalho, etc” (CHAMPAGNE *et al*, 1998: 64)

adquirida - aids²- instigou minha perplexidade muito antes do despertar de meu interesse em desenvolver uma pesquisa de cunho sociológico junto a indivíduos portadores do HIV.

Eu tinha quinze anos de idade quando em 1989, sete anos depois das primeiras notificações de casos de aids no Brasil, Cazuzza durante uma entrevista ao programa “Crítica e Autocrítica”, da TV Bandeirantes, é persuadido pela apresentadora de TV Marília Gabriela a admitir que era portador do vírus da aids. Nesta época, mais do que nunca, assumir tal condição era enquadrar-se num grupo altamente estigmatizado, o grupo dos “aidéticos”. No dia 12 de fevereiro de 1989, em entrevista dada à Folha de São Paulo, Cazuzza ressalta: “(...) Justamente, foi depois disso que ela (Marília Gabriela) veio me falar que não fazia sentido o fato de eu negar o vírus, ao se pensar na minha posição liberal como artista. Aí eu pensei, vi que ela tinha razão e achei melhor parar de esconder” (FAUSTO NETO, 1991:121). O impacto destas “revelações públicas” no âmbito da grande mídia afetou muitos jovens que admiravam o trabalho de Cazuzza, inclusive eu.

Segundo Fausto Neto (1991: passim), as celebridades do mundo do cinema, da poesia, da política e da música, caso de Cazuzza, cuja vida privada é pública, a vida pública é “publicizada” e a vida real é de certo modo mítica, compõem o “estamento” especial dos “olimpianos”. O supracitado autor afirma, conseqüentemente, que a morte de Cazuzza só exigiu um registro extenso em forma de cobertura mediática porque as desigualdades dos homens diante da vida traduzem-se também em desigualdades diante da morte. “Esta hierarquia em termos de ordem de importância, funciona, segundo o status e a importância que o morto goza no interior de um sistema social” (FAUSTO NETO, 1991:15). Cazuzza era uma “celebridade”, portanto, deveria receber um tratamento diferenciado pela imprensa cotidiana e revistas especializadas no mundo dos *olimpianos* – Amiga, Contigo e Semanário – da confissão da sorologia positiva para HIV até a morte. Visto que o próprio Cazuzza revelou sua condição sorológica, o já mencionado sistema

² Nesta dissertação, “aids” é grafada com letras minúsculas, seguindo as observações de Castilho (1997): “A palavra ‘aids’ passou a ser, do ponto de vista gramatical, equivalente a ‘sífilis’, ‘coqueluche’, ‘conjuntivite’; nomes de doenças são substantivos comuns, grafados com inicial minúscula. [...] Baseado nessas considerações e no fato de que a palavra ‘aids’ vem sofrendo o mesmo processo de evolução lingüística da palavra ‘laser’ (sigla de light amplification by stimulated emission of radiation), entre tantos anglicismos incorporados pela língua portuguesa no Brasil, não parece haver razão para grafá-la com maiúscula, a não ser quando corresponder a nomes próprios de entidades (como Coordenação Nacional de DST e Aids) ou siglas que incorporem a palavra (CN-DST/Aids)”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

mediático não precisou especular sobre sua doença, antes preocupou-se em desdobrá-la em várias matrizes e evocações, transformando o artista numa espécie de mártir e herói, fazendo minhas as palavras de Fausto Neto (1991:122), “paradigma do nosso tempo”.

O cantor-compositor é tomado como mercadoria pela chamada “imprensa do coração” e em volta dele constrói-se e desenvolve-se aquilo que a imprensa costuma chamar de “caso”. Logo, sua imagem e nome são expostos constantemente nas capas de algumas edições semanais especialmente das revistas Amiga e Contigo:

- 1) “A luta de Cazuza contra a Aids” (Contigo, 23/02/89)
- 2) “AIDS não afasta Cazuza dos shows” (Amiga, 06/03/89)
- 3) “Exclusivo: Cazuza luta contra a AIDS gravando um novo disco e escrevendo livro sobre sua vida” (Amiga, 20/03/89)
- 4) “A agonia de Cazuza na luta contra a morte” (Amiga, 03/04/89)
- 5) “Todo o drama de Cazuza na música de novo LP” (Amiga, 07/04/89)
- 6) “Cazuza sai do hospital para fazer festa” (Amiga, 24/04/89).
- 7) “A revolta de Cazuza: ‘Estou numa cadeira de rodas mas não estou morrendo’” (Amiga, 04/05/89).
- 8) “Cazuza: ‘Não estou morrendo’” (Amiga, 15/05/89).
- 9) “Cazuza exclusivo: A primeira grande entrevista” (Amiga, 22/05/89).
- 10) “Exclusivo: As fotos do repouso do guerreiro Cazuza” (Amiga, 05/06/89).
- 11) “Conheça já o livro de Cazuza” (Amiga, 12/06/89).
- 12) “Exclusivo: Cazuza grava sucessos antigos cercado de amigos” (19/06/89).
- 13) “Fotos sensacionais do cantor” (Amiga, 19/06/89).
- 14) “Cazuza melhora com o tratamento” (Contigo, 22/06/89).
- 15) “Fãs formam uma corrente para salvar a vida de Cazuza” (Amiga, 03/07/89)
- 16) “Saiba porque o tratamento de Cazuza está fazendo efeito” (Amiga, 24/07/89).
- 17) Cazuza vem aí 10 quilos mais gordo” (Contigo, 17/08/89)
- 18) “Exclusivíssimo: Livro-bomba revela tudo sobre a vida de Cazuza” (Semanário, 07/07/89).

- 19) “Sensacional: Cazuza lança disco e promete super-show no Maracanãzinho” (Amiga, 28/08/89).
- 20) “Sangue de cavalo é o novo remédio de Cazuza contra a AIDS” (Amiga, 04/09/89).
- 21) “AIDS: Remédio de Cazuza é mistério para os médicos” (Amiga, 11/09/89).
- 22) “Médico revela como é o tratamento milagroso de Cazuza” (Amiga, 09/10/89).
- 23) “Exclusivo: Está cada vez pior o estado do cantor-compositor”.
- 24) “Família cria fundação para ajudar aidéticos” (Amiga, 22/02/90).
- 25) “Cazuza monta até escritório para gravar um novo disco” (Amiga, 22/06/90).
- 26) “Agora só mesmo um milagre pode salvar Cazuza” (Contigo, 18/03/90).
- 27) “Cazuza dá volta por cima mais uma vez” (Contigo, 22/03/90).
- 28) “Exclusivo: Primeiro capítulo da vida íntima de Cazuza” (Amiga, 06/04/90).
- 29) “Cazuza não perde a esperança e faz da música uma festa” (Amiga, 13/07/90).

Como a maioria dos jovens do final da década de 80 que gostava do trabalho de Cazuza, comprei e li algumas das vinte e nove revistas mencionadas. Todavia, foi a edição de 26 de Abril de 1989 da revista *Veja* que me causou maior impacto e perplexidade. A capa da referida publicação exibia a imagem magérrima do astro numa foto que abrangia o seu rosto e tórax quase por completo. O olhar do compositor-cantor denotava bastante tristeza e a expressão facial séria e abatida transmitia profunda infelicidade. Seus braços estavam cruzados com as mãos postas sobre os ombros, Cazuza abraçava a si próprio. Sobre seus antebraços cruzados na altura do tórax encontrava-se o título da matéria de capa: “*CAZUZA: uma vítima da Aids agoniza em praça pública*”. Essa reportagem teve uma repercussão indescritível, pois, assim como eu, milhares de admiradores do artista negavam-se a enxergá-lo como vítima da aids; outrora, ele era o herói que valentemente lutava contra a doença mesmo pesando apenas quarenta quilos.

O próprio Cazuza, que jamais questionou os procedimentos da “imprensa do coração”, para quem era em última análise nas matrizes enunciativas, uma espécie de signo-objeto de um certo “eu ideal” (FAUSTO NETO, 1991:141), criticou efusivamente a citada revista:

(...) O que mais me aborreceu naquela matéria foi eles declararem a minha morte e negarem meu trabalho. Quando te chama para fazer a matéria de capa de uma revista todo mundo supõe que é para falar bem. Eles me perguntaram toda minha vida e

disseram que a reportagem era sobre o mito Cazuzza, que as pessoas tinham curiosidade a meu respeito (...) (O Drama e o Desabafo de Cazuzza, Manchete, p. 9, 13/05/89).

Recordo que estes dois trechos do corpo da matéria da edição de *Veja* de 26/04/89 muito me impressionaram e afligiram:

1) “O mundo de Cazuzza está se *acabando* com estrondo e sem lamúria (...). O roqueiro carioca (...) *definha* um pouco a cada dia rumo ao *fim inexorável*.” (FAUSTO NETO, 1991: 138, Grifos meus)

2) “O que está diferente é o corpo do astro. De *68 quilos* ele passou para *40*. Seu bronzeado já não esconde as *manchas* que lhe marcam o rosto. (...) Ele agora não *consegue andar sozinho*, tem *dificuldade em colocar uma fita no gravador*, se *cansa quando fala seguidamente* e *precisa de auxílio para realizar necessidades fisiológicas*. Bené (...) é quem o *carrega nos braços* (...).” (FAUSTO NETO, 1991:138, grifos meus)

Finalmente, aos 7 de julho de 1990, às 7: 30 da manhã, o *fim inexorável* de Cazuzza chega e apesar da morte ser seu decreto iminente, eu e mesmo aqueles que não eram fãs do artista mas acompanharam o seu martírio, choram.

Doze anos depois, em novembro de 2001, novamente a aids, indiretamente, me atinge. Um parente muito querido e achegado toma conhecimento que um ex-namorado com o qual mantivera um relacionamento homossexual por alguns anos, morrera de aids. Presenciei de perto a depressão, angústia e isolamento, bem como a perda de peso de meu familiar proveniente não dos efeitos biológicos do HIV no organismo, visto que seu exame posteriormente dera negativo mas, sim, dos estigmas de ordem social relacionados ao portador do vírus da aids. Quando indaguei a meu parente, se seu isolamento e depressão eram decorrentes do medo exacerbado de morrer, em resposta obtive:

Se eu disser que era só medo de morrer estaria mentindo. Medo de morrer é claro que eu tenho, e quem não tem? Acontece que junto com esta certeza da morte muito próxima que aquele exame poderia ter me dado, me apavorava principalmente pensar que depois das pessoas saberem passariam a me olhar diferente, com medo ou pena.

Foi necessariamente esta experiência pessoal³ que induziu-me em 2001 à pesquisa das representações da Aids/HIV dos soropositivos associados à ONG RNP+/Ceará⁴ (Rede

³ De acordo com MILLS (1969: 212), os cientistas sociais que desejam praticar a sociologia como um ofício não podem desprezar suas experiências de vida, pois é no âmbito das relações entre biografia e história que eles poderão melhor estimular a imaginação sociológica. Nessa perspectiva, minha intenção de trabalhar com o presente objeto de pesquisa é indiscutivelmente fruto de uma experiência pessoalmente vivenciada.

Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids), para a realização de uma monografia⁵ apresentada para obtenção do bacharelado em Ciências Sociais.

Durante as primeiras visitas exploratórias do trabalho de campo da pesquisa monográfica iniciadas em 2001, enquanto buscava familiarizar-me com o estranho e estranhar o que pensava ser familiar (DAMATTA, 1987:157), os soropositivos que eu encontrava na RNP+/Ceará pareciam felizes e sorridentes: faziam piadas, brincavam constantemente uns com os outros e não havia, aparentemente, diferenças físicas entre a maioria deles e eu, ou seja, muitos denegavam o estereótipo do portador do vírus da aids deprimido, cabisbaixo, magro, sem cabelos e com manchas no corpo.

Por conseguinte, após cada visita exploratória realizada na Rede e cada encontro mantido com os entrevistados de 2001 a dezembro de 2002, instigava-me cada vez mais o fato dos mesmos distanciarem-se afetiva e fisicamente da imagem que eu própria fazia do portador do HIV⁶, construída, essencialmente, a partir da cobertura que os meios de comunicação de massa ofereceram da morte de Cazuzá⁷ que, como foi mostrado anteriormente, teve sua vida durante todo o percurso até à morte, “publicizada”, dissecada, especulada, em suma, transformada em espetáculo carregado de drama e tragédia.

⁴ A RNP+/CEARÁ - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids - é uma organização não-governamental voltada exclusivamente para pessoas portadoras do vírus da aids. Ela foi fundada no Ceará na cidade de Fortaleza no dia 25 de março de 1998. Atualmente, sua sede fica no CSU Aloísio Ximentes localizado na Rua Dom Lino, 1001, Parquelândia.

⁵ A monografia foi orientada pela Prof. Dr. Maria Rejane Accioly de Carvalho e aprovada no curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Ceará no dia 16 de fevereiro de 2003 com o título *APARTHAIDS: Representações sobre AIDS/HIV dos Soropositivos da RNP+/Ceará*.

⁶ GOFFMAN (1988) discorrendo sobre pessoas marcadas por determinados estigmas e aquelas que são classificadas como “normais” simplesmente pelo fato de não portar tais marcas, diz que a expectativa destes últimos em relação aos primeiros é ver neles a imagem estereotipada condizente ao estigma que a eles atribui-se.

⁷ POLLAK (1990) afirma que os jornalistas cobrem a “atualidade” selecionando informações que mereçam este rótulo. No caso da aids houve um acompanhamento de ordem cronológica, descoberta do vírus e o charlatanismo dos medicamentos milagrosos, e outro social, morte de artistas famosos como Rock Hudson, ou boatos sobre os artistas que se supunha estarem contaminados.

Em minha monografia exponho a principal descoberta obtida por meio da observação participante, das entrevistas e análise de discurso da Revista Saber Viver (material voltado somente para soropositivos distribuído pela RNP+/Ceará): a RNP+/Ceará funciona como o grupo de pertença no qual os soropositivos encontram apoio moral e base para organizarem suas vidas entre aqueles que Goffman (1988:29) chama de “iguais”, isto é, pessoas benevolentes que compartilham do mesmo estigma. As diversas atividades que ela desenvolve⁸ contribuem no processo de transformação de representações dramáticas da aids/HIV para as “desdramatizadas”.

Todavia, as entrevistas realizadas principalmente com os soropositivos assintomáticos entre janeiro de 2001 e dezembro de 2002 evidenciaram algumas peculiaridades. Ao contrário da maioria que já havia sofrido as conseqüências dos sintomas das “doenças oportunistas”, muitos assintomáticos em suas entrevistas comparavam a aids *a outras patologias quaisquer* que, apesar de incuráveis podiam ser controladas, tais como o diabetes e a hiper-tensão. Paradoxalmente, para não serem identificados fora da RNP+/Ceará como portadores do HIV evitavam incisivamente participar de comemorações e reivindicações públicas ligadas à doença e omitiam terminantemente a condição sorológica de considerável número de familiares, amigos, colegas de trabalho e vizinhos. Diante disso, duas perguntas naquela época surgiram: *se a aids era para os assintomáticos uma doença como outra qualquer o que os motivava a omitir a sorologia positiva para HIV? Como eles conseguiam manter o diagnóstico positivo oculto?* Em virtude dos objetivos da pesquisa monográfica e do tempo disponível para sua realização não foi possível empreender esforços para responder estas perguntas inquietantes, pontos de partida para elaboração do projeto de pesquisa desta dissertação.

⁸ Sessões de psicoterapia, tratamento oftalmológico, Oficina de Liderança e Ativismo, Palestras sobre o Mercado de Trabalho para os/as Cidadãos/cidadãs Soropositivos/as, Oficina de Livre Orientação Sexual, Oficina de Sexo mais Seguro, Palestras sobre Eleições e Cidadania, Oficina de Espiritualidade e Vida

1.2 Metodologia

1.2.1 O Percurso no Campo

A primeira visita exploratória realizada para elaboração desta dissertação foi a RNP+/Ceará. Nesta ocasião, o secretário da rede, Alberto, que tive o prazer de entrevistar e de usufruir a companhia durante pesquisa de campo para construção de minha monografia, não se encontrava. Lamentavelmente, ele estava muito mal na U.T.I. do Hospital São José e, infelizmente, dias depois veio a falecer. Diante das circunstâncias, a ida à rede me fez repensar a possibilidade de não mais privilegiar os soropositivos para HIV que a freqüentavam, afinal, assim como Alberto outros associados à rede entrevistados na mesma época em que o entrevistei podiam estar desenvolvendo os sintomas da aids o que dificulta a omissão da sorologia positiva⁹.

Numa conversa com uma doutoranda da Universidade Federal do Ceará fiquei sabendo que muitos portadores do vírus da aids assintomáticos realizavam acompanhamento médico no Hospital São José – H.S.J¹⁰. Fui a esta instituição de saúde e a assistente social, Dra. Mariana, esclareceu sobre uma das exigências para a permissão do desenvolvimento de uma pesquisa com os pacientes do H.S.J: análise pelo Comitê de Ética do projeto de pesquisa aprovado na seleção para o mestrado. Juntamente com o projeto eu deveria entregar uma série de formulários devidamente preenchidos os quais me seriam fornecidos pelo Centro de Estudos daquela instituição hospitalar. No Centro de Estudos me informaram que se o meu interesse era começar imediatamente a pesquisa eu deveria entregar todos os documentos necessários até o dia

⁹ Meu interesse primário antes de começar a pesquisa de campo para a realização desta dissertação era entrevistar apenas soropositivos assintomáticos que nunca haviam sido acometidos pelos sintomas das doenças oportunistas. O fato dos assintomáticos negarem o estereótipo do portador do vírus da aids - magro, sem cabelo e com manchas no corpo devido às poucas ou inexistentes alterações no estado geral do organismo - facilita, sobremaneira, a ocultação da condição sorológica. Todavia, entrevistei e selecionei dois portadores do HIV que, apesar de atualmente se encontrarem assintomáticos, já sofreram os sintomas de algumas doenças oportunistas mas as seqüelas físicas evidentes, não os impedem de omitir suas condições sorológicas para considerável número de pessoas.

¹⁰ Hospital São José – Referência Estadual em Doenças Infecciosas, criado pela lei nº 9.387 de 31 de julho de 1970, é um órgão com personalidade jurídica, de Direito Público, pertencente ao Estado, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

11 de junho de 2004. Exatamente nesta data voltei ao Hospital São José e protocolei a entrega do material.

Retornei ao H.S.J com o intuito de saber a respeito da aprovação ou não do meu projeto. Informaram-me que eu só poderia iniciar a pesquisa após resolução de algumas pendências (inclusão dos critérios para seleção de pacientes, esclarecimento da forma de acompanhamento e explicitação do retorno para o Hospital São José¹¹) e de entregar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Dediquei-me durante os meses de junho e julho à reformulação do projeto e no dia 13 de agosto o entreguei devidamente emendado para nova avaliação do Comitê de Ética que em reunião realizada no dia 23 de agosto de 2004 o aprovou. Todavia, eu só poderia iniciar a pesquisa com o protocolo, parecer e declaração em mãos, documentos estes que obtive apenas um mês depois.

Munida de tais documentos dirigi-me ao SAME e lá me disseram que os prontuários dos soropositivos assintomáticos eram arquivados numa outra sala que ficava nas dependências do ambulatório. Chegando na referida sala falei com a funcionária responsável e ao avaliar o protocolo, ofício e declaração, ainda impôs alguns obstáculos para liberar os prontuários ressaltando que nenhum deles poderia sair daquele local. Uma estante sanfonada guardava os mais de 6.000. Ao examiná-los percebi o quanto seria difícil escolher os participantes da pesquisa a partir dos mesmos pois eles não traziam muitas informações condizentes a vida íntima dos pacientes.

Comentei com duas funcionárias a dificuldade que eu teria para selecionar pessoas tendo por base aquele material e ambas aconselharam-me a pedir a ajuda de José, funcionário encarregado de controlar a entrada dos pacientes nos consultórios do ambulatório. O procurei e expus meu interesse em entrevistar soropositivos assintomáticos que escondiam suas condições

¹¹ Uma das exigências é que após a defesa da dissertação e da aprovação da banca o pesquisador se comprometa a deixar uma cópia da mesma no Centro de Estudos do Hospital São José.

sorológicas de familiares, amigos e vizinhança; ele sorriu admirado e comentou ironicamente que não era assim tão fácil identificar tais indivíduos.

Discerni que inicialmente o melhor a fazer era sentar no local de espera do ambulatório e simplesmente observar as pessoas. Durante este período ouvi muitas conversas, desabafos daqueles que falavam de suas vidas e experiências a outros abertamente como quem fala ao analista. Contudo, havia também os extremamente reservados que presumi serem exatamente os que eu deveria privilegiar e tentar uma aproximação.

Retornei ao H.S.J tendo por alvo chegar-me aos pacientes mais discretos e retraídos e senti a angústia proveniente da imensa dificuldade de iniciar um diálogo principalmente com pessoas do sexo masculino. Em tais tentativas ficava “puxando” conversa sem me identificar prontamente como pesquisadora e depois de algumas perguntas triviais (faz tempo que você está esperando? Você vai se consultar com que médico?) eu dizia que era estudante do mestrado da Universidade Federal do Ceará e estava desenvolvendo uma pesquisa juntamente com soropositivos assintomáticos que faziam acompanhamento médico naquela instituição. Todavia, esta abordagem deixava os pacientes desconfiados e inferi que a ajuda de José seria bastante oportuna, afinal, ele é funcionário há vários anos do H.S.J e mantém um contato constante e direto com os soropositivos para HIV que realizam acompanhamento médico ambulatorial.

Iniciei as entrevistas em novembro de 2004 e o processo que passou a anteceder-las consistia, de antemão, na observação dos pacientes que esperavam consulta, posteriormente, eu selecionava e indicava as pessoas para José e ele as conduzia até a mim. Eu então me apresentava e falava da pesquisa, caso o paciente se enquadrasse no perfil (portador assintomático que omitia sua condição sorológica para considerável número de parentes, vizinhos ou amigos) e aceitasse ser entrevistado, José providenciava um dos consultórios desocupados para que eu pudesse entrevistá-lo.

Entrevistei vinte e cinco pessoas e destas, quinze foram selecionadas para continuar a participar da pesquisa (sexo feminino: 9, sexo masculino: 6), com os quais realizei no mínimo duas entrevistas. O critério para a seleção das mesmas foi simples: elas se aproximavam,

sobremaneira, do perfil que eu procurava. Omitiam as condições sorológicas para considerável número de pessoas, entre elas, amigos, parentes, vizinhos e cônjuges.

No entanto, posteriormente, cinco dentre as quinze (sexo feminino: 3, sexo masculino: 2) desistiram de colaborar e pediram que suas falas não fossem utilizadas por medo da exposição de suas identidades pessoais, apesar da garantia de que seus nomes seriam preservados e substituídos por pseudônimos. Com o restante do grupo (sexo feminino: 6, sexo masculino: 4) mantive contato constante por telefone e com quatro (todos do sexo feminino), consegui manter contato pessoal extra H.S.J., durante um pouco mais de um ano, dado que terminei o trabalho de campo em setembro de 2005. Os contatos pessoais foram realizados em praças públicas, restaurantes, locais de trabalho e até mesmo residências.

Quanto à idade dos dez entrevistados participantes da pesquisa, até a data da última entrevista, era: mulheres: duas de 49 anos; uma de 39; uma de 36; duas de 32 e uma de 23 anos; homens: dois de 36 anos, um de 32 e um de 40 anos. No que diz respeito à escolaridade, três entrevistados não concluíram o 1º. Grau (sexo feminino: 2, sexo masculino: 1), dois têm o 1º Grau completo (sexo feminino), quatro concluíram o 2º. Grau (sexo feminino: 2, sexo masculino: 2) e apenas um tem nível superior (sexo masculino). No tocante às rendas, dois ganham cerca de dois salários mínimos por mês (sexo feminino: 1, sexo masculino: 1); três têm renda de um salário mínimo (sexo feminino: 1, sexo masculino: 2); quatro ganham menos de um salário mínimo (sexo feminino: 3, sexo masculino: 1) e um encontra-se desempregado e sem renda (sexo feminino). Outras informações que considero relevantes sobre os entrevistados estão explícitas no segundo capítulo desta dissertação.

Devo acrescentar: dois critérios foram valorizados para o desenvolvimento das entrevistas. O primeiro, a declaração espontânea: menos propensa a refletir as próprias preocupações e questões do pesquisador. Contudo, ao confiar totalmente na espontaneidade eu correria o risco de obter narrações sociais flutuantes, sem assento, nem referência sobre a prática e, algumas vezes, simplesmente falaciosos. Pensando nisto, elaborei previamente um roteiro de entrevistas, visando um segundo critério: boas perguntas de intervenção, formuladas para ir além da espontaneidade em direção ao que, por várias razões, não é comumente dito. “Por exemplo, algo pode não ser revelado de forma espontânea simplesmente porque se trata de um

conhecimento óbvio para a população estudada, mas não para o pesquisador, que deve, portanto, perguntar para chegar a descobri-lo (...)” (SÁ apud LEITE, 2003: 11).

1.2.2 Aids: da “questão social” a “questão sociológica”

Como socióloga a primeira pergunta que fiz, antes de empreender esforços para pesquisar portadores do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida foi: atualmente, até onde podemos encarar a aids uma “questão social” relevante?

Os mais de 25 milhões de mortos em decorrência da aids ocasionaram impactos demográfico, econômico e social em diferentes partes do planeta. Diferentemente da maioria das doenças que abatem principalmente crianças e velhos, a aids causa o maior número de mortes entre a população jovem, na fase mais produtiva de sua vida (REVISTA VEJA: 2000: 49). Paulilo (1999: 12) lembra que, economicamente, este fato é demasiado preocupante, pois, “ao longo do tempo, enquanto membros da população economicamente ativa tornam-se infectados, poucos sobreviverão para formar o grupo etário mais velho, na faixa de 40 a 60 anos, grupo que traz em termos de trabalho, uma experiência acumulada”. Tais “perdas prematuras na força de trabalho poderão exercer um impacto desestabilizante nos índices de produtividade e, conseqüentemente, nos níveis de renda e investimentos” (PAULILO: 1999: 12).

Outra questão digna de nota é o alto índice de contaminação feminina. Em 1986 a razão entre casos masculinos e femininos no Brasil era de 18: 1, em menos de 6 anos caiu para 4: 1. Atualmente, o Brasil apresenta a razão de 2:1 em conseqüência da contaminação entre as mulheres ter aumentado 175% de 1994 a 2004, enquanto que durante o mesmo período entre os homens o aumento foi de 29%. É bem verdade também que o sexo feminino já responde pela maior parte dos novos casos de aids em mais de 200 cidades do país e dados do Ministério da Saúde revelam que há localidades em que houve uma inversão, ou seja, para cada sete mulheres soropositivas, há um homem portador do HIV. O alto índice de contaminação entre as mulheres é a principal causa do aumento significativo da transmissão perinatal que correspondia a 23,3%, no período 1985-1987 e atingiu 84,5% dos casos notificados em 1995” (GUIMARÃES, 2001: 13).

Particularmente no Brasil havia até fevereiro do ano 2000 cerca de 30.000 crianças órfãs de mães que morreram vítimas da aids, 60.000 filhas de mulheres que já desenvolveram a doença e 137.000 que tinham mães portadoras do HIV. “O cenário é ainda mais sombrio que o desvendado pelas estatísticas oficiais. O levantamento baseou-se nos registros de óbito por Aids das mulheres que tinham filhos. Ficaram de fora as crianças obrigadas a viver longe da família porque os pais doentes não têm como cuidar delas” (REVISTA VEJA, 2000: 64). Dificilmente as crianças órfãs de pais que morreram de aids encontram pessoas que queiram adotá-las. Na maioria das vezes elas são enviadas para abrigos de menores abandonados.

No que diz respeito ao impacto social negativo da aids para crianças e adolescentes, Paulilo (1999: 12) adiciona outro ponto importante: “nota-se (...), nas comunidades mais afetadas, um impacto adverso em educação, na medida em que muitas famílias não conseguem manter seus filhos na escola, seja pela necessidade de tê-los trabalhando, seja pela necessidade de tê-los cuidando de alguém doente”.

Inicialmente a contaminação por HIV e o desencadeamento das patologias associadas à aids estavam estreitamente relacionadas à camadas sociais de elevado poder aquisitivo; no presente, o quadro é bastante diferente e assistimos uma crescente notificação de pessoas carentes. Bastos (2000: 10) discorrendo sobre este assunto cita entre os fatores de maior vulnerabilidade dos pobres à contaminação do HIV: indisponibilidade de recursos essenciais à prevenção (como preservativos masculinos e seringas estéreis) devido a barreiras culturais; falta de recursos; situações de constrangimento subjetivo e objetivo de natureza diversa (a título de exemplo, pensemos na precariedade e nos riscos presentes nos locais de consumo de drogas); dificuldade de acesso a serviços de prevenção e tratamento; impossibilidade de implementar politicamente decisões comunitárias; menor escolaridade e menor domínio da linguagem escrita que impossibilitam o acesso a informações atualizadas; maiores empecilhos de manutenção de comportamento preventivos, ao longo do tempo, pela pressão permanente de ameaças concretas e prementes como o desemprego, os problemas de moradia ou a fome

Assim, nestes 25 anos, enquanto o HIV sofre mutações genéticas¹² que dificulta a descoberta de uma vacina e da cura, a epidemia de aids tem sofrido inconstâncias sociais que impedem a contenção do avanço da doença. Contudo, Guimarães (2001:) ressalta que esses deslocamentos sociais não significam que a aids se tornou uma doença restritiva a “pobres” e “mulheres”, como querem alguns de seus intérpretes. Uma vez que, “o mecanismo de enquadramento da epidemia em novas categorias mais “normais” tende a minimizar as categorias referentes ao meio “desviante”, como se as novas categorias fossem casos mais resolvidos ou menos preocupantes”.

Paradoxalmente, mesmo diante de tudo que foi explicitado anteriormente, a aids ainda não alcançou o patamar estatístico de doença mais mortal da humanidade. Na realidade, ocupa o quarto lugar¹³, apesar da década de 80 ter sido uma época em que se previa uma epidemia de proporções catastróficas:

Em 1987, a OMS falava em taxas de infecção alarmantes, de cerca de 100 milhões de pessoas durante a década seguinte – até hoje, estima-se que tenha havido 65 milhões de infecções. Especialistas então citados numa reportagem da revista Time afirmavam que alguns países, nesse período, perderiam um quarto de sua população, vítima da aids . “Não havia uma previsão de quantos morreriam. Ninguém tinha como fazer essa conta, mas sabiam que seria uma catástrofe, uma epidemia de proporções capazes de dizimar a população até o final do século”, afirma Paulo Teixeira, ex-diretor do Programa Nacional de Aids e do programa de aids da Organização Mundial de Saúde (OMS). “De 1982 a 1985, o número de casos dobrava a cada seis meses no mundo”. Mantido esse ritmo de crescimento, temia-se pela sobrevivência da própria raça humana. Ao longo da década seguinte, contudo, a catástrofe, embora preocupante, revelou-se bem menor do que imaginavam os alarmistas (Aids: 25 anos, Época, p. 68, 19/06/2006).

Curiosamente, os meios de comunicação de massa referem-se à aids como a ameaça global utilizando por base quase tão somente os dados estatísticos associados a ela:

¹² “Os especialistas se assombram diante da extraordinária “capacidade de camuflagem” do vírus. Este pertence a uma espécie que aniquila o homem pela primeira vez e que, além disso, se disfarça por “mimetismo molecular”. Ele não ataca diretamente, tem como alvo as células encarregadas da defesa do organismo (os linfócitos), anula esses defensores e deixa o campo livre para todas as espécies de germens oportunistas, mata por delegação”. (Balandier, 1997: 202)

¹³ Exceto na África, onde é a doença responsável pela maioria das mortes registradas. De cada três pessoas infectadas pelo vírus da aids, duas vivem na África e, de cada dez mortos, seis são africanos, portanto, a baixa demográfica neste continente em virtude da doença é assustadora. Nos próximos cinco anos a expectativa de vida dos africanos deve retroceder aos níveis dos anos 60, caindo de 59 para 45 anos em média. O caso mais dramático deste continente encontra-se no Zimbábue que, entre 2005 e 2010, verá a esperança de vida de sua população diminuir para 37 anos.

A aids é hoje uma ameaça global que já matou 25 milhões e dizimou o continente africano, onde há 25 milhões de soropositivos. A cada ano, 5 milhões de pessoas contraem o vírus, cerca de 90% em países em desenvolvimento. Isso equivale a 14 mil novas infecções todo dia. A cada minuto, dez pessoas são infectadas. Conte até seis e – pumba! - alguém acaba de contrair o HIV. No Brasil, desde o início da epidemia, há 25 anos, o vírus já contaminou mais de 820 mil pessoas. Dessas, mais de 370 mil desenvolveram aids e 171 mil morreram. Estima-se que [...] atualmente haja 650 mil portadores do HIV no Brasil (Aids: 25 anos, Época, p. 66, 19/06/2006).

Não obstante, vale ressaltar que estes dados são de certa forma consoladores. No tocante ao Brasil, em 1992 o Banco Mundial previu que o país teria 1,2 milhão de casos de HIV até 2000. Felizmente, em 2006, o número de infectados é de 650 mil, e entre 1996 e 2002, o número de mortos por causa da aids caiu 50%, aparentemente devido ao uso dos remédios anti-retrovirais. Segundo o governo brasileiro, a distribuição desses remédios salvou a vida de cerca de 90 mil pacientes e significou a economia de US\$ 1,2 bilhão, que seriam utilizados em tratamentos médicos contra possíveis infecções oportunistas.

As autoridades em saúde pública afirmam que, embora perante sua ampla disseminação, a epidemia ainda está em seus estágios iniciais e estimam que as doenças e mortes representam apenas 10% do impacto total possível comprovando: até o presente momento, o “estrago” que a aids tem causado, não se reflete numa taxa exorbitante de óbitos.

Devo acrescentar também que outras patologias são responsáveis por efeitos sociais até mais devastadores do que a aids, a título de exemplo, o câncer, cujos diagnósticos crescem a cada dia. Considera-se que o aumento progressivo e o peso absoluto e relativo das doenças crônicas não transmissíveis no quadro de morbidade da população mundial é um reflexo dos seguintes fatores: processos de urbanização e industrialização que produzem modificações profundas na situação sanitária de vários países; aumento da expectativa de vida das populações; transformações de estilo de vida e maior exposição a determinados riscos ambientais.

Conforme, o que foi apresentado não há dúvidas: a aids, por ambíguas razões, é uma “questão social” relevante. Porém, Tavares dos Santos (1989:58) esclarece que a “questão social” “é apenas um momento instigador, pois é preciso que haja a metamorfose desta (...) em uma questão sociológica, a fim de que possamos ultrapassar a imediatez da percepção e das visões ideológicas (...)”.

E como fazer isso? Tavares dos Santos (1989:55-56) considera que a metamorfose é possível através de um trabalho “de criação de conhecimento sobre a realidade orientado por uma fecunda relação entre a teoria, a observação e a interpretação”. Ao passo que o pesquisador empreende esforços neste sentido confronta seu objeto científico (questão sociológica) com o objeto real (questão social), conquistando-o, construindo-o e constatando-o. A conquista do objeto científico dá-se, primariamente, “face ao senso comum e contra as pré-noções formadas pela percepção social” o que resulta numa dialética metodológica: ao mesmo tempo, que a “questão social” é o ponto de origem do pesquisador, deve ser ultrapassada, mas nunca esquecida, para que o pesquisador possa mais tarde reencontrá-la, explicada, enquanto questão sociológica (TAVARES DOS SANTOS, 1989:59).

Já a construção do objeto científico, nas palavras de Tavares dos Santos (1998: 59), é fundamental para um exímio trabalho sociológico e requer senso de problematização do pesquisador, exigindo dele uma capacidade intelectual de levantar questões tanto para o social – questões produzidas pela história – quanto para ele próprio que sobre elas se debruça.

O momento da constatação é aquele em que o pesquisador legitima cientificamente as hipóteses elaboradas acerca do seu objeto científico, mediante vivência empírica, “definida como uma relação que se estabelece entre o teórico e o objeto real, operacionalizado pelos métodos e técnicas de investigação, os quais, sabemos, não são senão “teorias em atos”. (TAVARES DOS SANTOS, 1989:59).

Contudo, a fim de conferir a aids a qualidade de uma “questão sociológica” saliente, sem negligenciar o que a respeito dela intriga-me, um outro método foi importante. Consistiu, a priori, na formulação de uma *pergunta de partida*, através da qual eu pudesse exprimir o mais exatamente possível o que procuro saber, elucidar, compreender melhor sobre ela (QUIVY, 1992: passim). Eis, minha “pergunta de partida”: *Como explicar que a aids, mesmo não sendo a patologia mais mortal da humanidade, seja para muitos a peste atemorizante do século XX e XXI, enquanto que, para alguns portadores do HIV assintomáticos que se esforçam em omitir suas condições sorológicas é definida uma doença como outra qualquer?*

Ao procurar respostas empíricas e teóricas para esta questão, concomitantemente, fui atendendo à explicitação das perguntas inquietantes que me induziram à escolha do presente objeto de pesquisa: *se a aids é para os assintomáticos uma doença como outra qualquer o que os motiva a omitir a sorologia positiva para HIV? Como eles conseguem manter o diagnóstico positivo oculto de familiares, vizinhos e amigos?*

Vale salientar que esta pesquisa ao alicerçar-se num esforço de conquista, construção e constatação da questão sociológica que me propus investigar, fundiu as distintas fases metodológicas sugeridas por Tavares dos Santos nos diferentes capítulos desta dissertação e os resultados são os que seguem.

O segundo capítulo evidencia que a peste, assim como a saúde e a doença, é uma construção sócio-cultural e a aids muito herdou da memória das mais assustadoras pestes do passado (lepra e sífilis): a doença do “outro”, do “estrangeiro” e do “estranho”, transgressor de valores morais que merece ser punido e rechaçado. Aqui, são lançadas as bases para a hipótese: os efeitos nefastos da aids disseminados no imaginário social tanto dos que não portam o HIV como dos soropositivos assintomáticos, provêm, sobretudo, de uma ordem simbólica e não das conseqüências biológicas do vírus no organismo, o que comprova, simultaneamente, que quando os soropositivos assintomáticos especificam a aids *uma doença como outra qualquer*, não estão levando em consideração os signos e símbolos que a representam mas, simplesmente, a inexistente condição de morbidade física.

No terceiro capítulo apresento os sujeitos de minha pesquisa e faço uma breve leitura de alguns aspectos importantes de suas histórias de vida. Já o quarto capítulo comprova que se a morte física um dia amedrontou os soropositivos assintomáticos entrevistados, após alguns anos convivendo com o HIV, ela não os assusta tanto quanto antes. Ainda neste capítulo, retomo algumas concepções teóricas para confirmar que o tabu da morte é fruto de uma construção social e a degeneração físico-psicológica não, necessariamente, é resultado da ação do HIV.

O quinto capítulo tem por objetivo explicitar teórico e empiricamente as motivações envolvidas na manipulação e ocultamento do estigma do HIV/aids: o temor do rechaço e

associação da contaminação com a transgressão moral. Neste capítulo, aprofundo a discussão sobre a moral e poder que ela possui na produção da culpa e do castigo tomando por referência teóricos como Marcel Mauss, Durkheim e Nietzsche.

No sexto capítulo abordo o Hospital São José dado que foi nesta instituição de saúde onde fui buscar os sujeitos de minha pesquisa. Também julguei importante enfocar esta instituição porque, como salienta Foucault, historicamente os hospitais surgem para atender o controle disciplinar propiciando a qualificação e classificação dos doentes. O H.S.J figura no imaginário cearense como centro especializado exclusivamente no tratamento da aids, logo, ser avistado nele é para os participantes da pesquisa uma denúncia de suas condições sorológicas. Omitir a soropositividade implica, portanto, em estratégias de manipulação da informação: “faço tratamento médico no Hospital São José”.

O sétimo capítulo tem teor essencialmente empírico e nele exponho as várias estratégias utilizadas pelos entrevistados a fim de manter oculta a sorologia positiva para HIV. O oitavo e último, por sua vez, é gênese de revelações inesperadas. Dos dez entrevistados, quatro mulheres e dois homens, alguns por motivos similares e outros por motivos totalmente díspares, disseram que haviam rompido relacionamentos amorosos mesmo apaixonados. Os homens afirmaram que evitam terminantemente relacionamentos intensos e duradouros mas isso não implica abstinência sexual, enquanto as mulheres negam-se até mesmo a manter relações sexuais. Questões de gênero e sexualidade, bem como, as concepções teóricas de amor romântico e confluyente são trabalhadas neste capítulo com o objetivo de entender e explicar tais comportamentos.

Na conclusão exponho o que os capítulos anteriores visam esclarecer: acreditar que a aids é para os soropositivos assintomáticos uma doença como outra qualquer, é crer no superficial e simplesmente aparente. Em virtude da sócio-dinâmica de estigmatização e do poder que a moral exerce sobre os indivíduos, os assintomáticos desta pesquisa acabam compartilhando da idéia de que suas condições sorológicas provam que eles comportaram-se mal, conseqüentemente, são simbolicamente sujos, poluídos e moralmente inferiores, daí a importância de ocultá-la e omiti-la.

Quero ressaltar que esta dissertação não foi construída numa “assentada”, pelo contrário, foi um trabalho de grande fôlego realizado pouco a pouco, por retoques sucessivos. Também não me sinto no direito de afirmar que ela é produto de um esforço “exclusivamente” meu, pelo contrário, é obra de um trabalho coletivo. É bem verdade que o exposto nestas páginas é resultado de um processo protagonizado por mim, contudo, tive ajuda de vários atores coadjuvantes, entre estes, destaco os principais: minha orientadora, Auxiliadora Lemenhe, meus entrevistados e os componentes da banca de qualificação, Lea Carvalho e Isabelle Braz.

CAPÍTULO II

O QUE FAZ DA AIDS A PESTE ATEMORIZA-TE DO SÉCULO XXI?

2.1 Saúde e Doença: Binômio Sócio-Culturalmente Construído

*Tomei a mim mesmo em mãos,
Curei a mim mesmo:
A condição para isso –
Qualquer fisiólogo admitirá –
É ser no fundo sadio.
Um ser tipicamente mórbido
! não pode ficar são,
Menos ainda curar-se a si mesmo:
Para alguém tipicamente são, ao contrário,
O estar enfermo pode ser até
Um enérgico **estimulante** ao viver,
Ao mais viver.*

Nietzsche

Afirmar que a saúde e a doença são também fenômenos sócio-culturais é não aceitar a idéia de que ambas estão exclusivamente relacionadas ao estado físico e biológico dos indivíduos porque se assim fosse como se justificaria o poder que elas possuem de gerar forte mobilização social, comprovado pelo esforço com que todas as sociedades procuram explicá-las?

Nós seres humanos somos os *únicos* capazes de dar através da cultura uma explicação plausível do que vem a ser estar “doente” ou “saudável”, afinal, somos integrantes da *única* espécie viva consciente de sua fragilidade. “Somente o homem [e a mulher] pode sofrer e ser doente” e transmitir a outros seus sentimentos e sua dor. Mas, é a sociedade com base no acúmulo de informações individuais que cristalizará valores culturais e atribuirá a determinadas condições mórbidas o caráter de doença (ILLICH, 1974: 121). De acordo com Sigerist, citado por Nunes (1999: 47), a condição mórbida é que realmente interessa à prática médica porém nem sempre o tratamento da mesma é socialmente exigido. Na maioria dos casos é a imposição social impulsionada pelos valores culturais vigentes numa sociedade que dita a necessidade do indivíduo em procurar ou não especialistas médicos:

Uma mancha na pele é uma condição mórbida no sentido patológico se a pele na área manchada estiver alterada em sua forma e função. Normalmente, esta condição não tem consequência para a pessoa. Entretanto, pode ser uma mancha grande no rosto de um ator. Neste caso ele pode assumir a posição excepcional que distingue ser ele um homem doente por causa dessa mancha e ir em busca de ajuda de um médico. (SIGERISTapud NUNES: 1999: 47)

O ator vive da exposição da imagem física e sendo o rosto um local do corpo que não se pode esconder facilmente, uma simples mancha na face significará interrupção do ritmo normal de vida do profissional da arte dramática e cênica. Nunes discursando sobre valores culturais universalmente compartilhados nos diz que o Oriente é responsável pelo costume que se tornou padrão definidor do ritmo normal de vida para bilhões de pessoas no planeta: trabalho diário com parada para descanso nos finais de semana. Ora, se somos culturalmente levados a pensar que “um ritmo de vida sem interrupção significa saúde”, a interrupção de atividades semanais diárias de um ator, proveniente de uma mancha na pele sem grandes consequências, lança-o abruptamente para fora da sua rotina levando-o a crer que realmente está doente (NUNES, 1999: 48).

A tuberculose clinicamente avaliada indica um processo de “adoecimento interpretado como autodestruição do corpo” (CARNEIRO, 2000: 44). Seus sintomas físicos mais gerais debilitam inevitavelmente o sujeito quando, por exemplo, após um ataque repentino de tosse cospe sangue e atinge uma palidez exacerbada. No entanto, no Brasil, durante o Romantismo, especialmente das primeiras décadas do século XIX, esta patologia foi cercada de atributos positivos e a degeneração física escamoteada em favor da *idealização* do enfermo que, de acordo com o imaginário coletivo, tinha ondas de euforia, aumento de apetite, desejo sexual exacerbado, em suma, considerável poder de sedução. Logo, a sociedade romantizou o mal e o doente de tuberculose mesmo atravessado por um estado de sofrimento incontestável em que negava clinicamente um diagnóstico saudável, foi elevado ao “panteão de verdadeiro semideus” (CARNEIRO, 2000: 45), comprovando: valores culturais podem promover o mal a um lugar *idealizado* e dele extrair traços de uma positividade simbólica.

Não podemos negligenciar também o fato de que as civilizações precisam criar suas próprias doenças e catalogar os portadores de anomalias para controle social e redução das ansiedades coletivas. Assim, o que numa sociedade é doença em outra *pode* “ser crime,

manifestação de santidade ou pecado”. Um determinado sintoma *pode* excluir da sociedade um homem através do encarceramento ou hospitalização como também *pode* lhe conferir respeito e subvenções. Em suma, a definição do que é normal ou anormal *pode* variar de uma cultura para outra. Um epilético na África *pode* ser identificado como um homem habitado pela alma de um morto. Suas crises nesse caso são confirmações de tal teoria (ILLICH, 1975: 72).

Illich (1975: 122), por sua vez, discorrendo a respeito da cultura, afirma que esta é o *casulo* necessário para a sobrevivência humana, todavia para entender isso é primordial ir além das suas manifestações aparentes e concentrar nossos esforços na compreensão de sua função. O autor considera que a cultura não deve ser encarada como um simples “complexo de modelos de comportamento concretos, tais como os costumes, usos, tradições, hábitos”. Ela deve ser tomada como um “conjunto de mecanismos, de projetos codificados de regulação, de planos, de regras e de instruções”. A cultura eleva os seres humanos a uma condição privilegiada mesmo que ao contrário dos animais irracionais sejamos privados de determinismo genético dos instintos, ou seja, de uma regulação que nos seja exterior capaz de “manter o equilíbrio vital em face do fracasso”.

Em outros termos: toda cultura é uma das formas possíveis da viabilidade humana, a *Gestalt* da saúde característica de um grupo. Ela não se acrescenta ao animal consciente virtualmente concluído, e não substitui tampouco sua consciência. Ela é a forma de produção do animal humano; determina o modo como a vida deve ser organizada, as categorias disponíveis para dar forma às emoções. Ao submeter-se à regulação de um programa mediatizado sobre a forma simbólica, o ser humano conclui seu destino biológico. Ao orientar o comportamento, a cultura determina a saúde, e é somente construindo uma cultura que o homem encontra a saúde. (ILLICH, 1975: 122)

Tudo isso posto não se pode negar que a saúde tem sempre um tipo de existência socialmente definida porque a cultura encarrega-se de elaborar e definir um modo particular de ser humano sadio. Todavia, os códigos sociais não são incoerentes com a constituição genética da espécie humana muito menos com a história e geografia de diferentes nichos físico-culturais. Os códigos transformam-se “em função destes fatores, e com ele se transforma a *saúde*” (ILLICH, 1975: 122).

Já a doença é simultaneamente individual e coletiva porque, como vimos, o fato dela ser um evento biológico individual não anula a interpretação social imediatamente imposta pelo modelo sócio-cultural. No nosso contexto marcadamente influenciado pelos valores da cultura

anglo-saxônica ela caracteriza-se, sobretudo, pelo seu valor simbólico particular. O ser humano passa obrigatoriamente por dois momentos essenciais que dão início e fim a sua existência, o nascimento e a morte. A doença interpõe-se entre estes dois como um rito de passagem: “ela contém a ameaça da morte e a possibilidade dela fugir e, assim, reviver.” (PAULILO, 1999: 33).

2.2 A “Peste” como Construção Sócio-Cultural: Lepra e Sífilis

*A palavra peste não tinha apenas
O que a ciência desejaria nela definir,
Mas uma longa procissão de
Imagens extraordinárias.*

A. Camus

O termo peste origina-se do latim *pestis* que literalmente significa “flagelo” e “calamidade”. Diferentes culturas designam como peste o que há de pior e mais assustador em termos de males coletivos, ao passo que a designação funciona também “como nome genérico de grande número de doenças assustadoras” (SONTAG, 1989: 53).

Todavia, Sontag (1989: 54) alega que para uma doença ser encarada como “peste” não é necessário causar a morte de modo implacável. Os requisitos obrigatórios para tal são de ordem sócio-cultural. Simbolicamente, no imaginário coletivo, é considerada peste a doença associada à idéia de castigo imposto não só a grandes mas também à pequenas coletividades.

A lepra e a sífilis, primeiras doenças sistematicamente encaradas como “pestes”, por isso repulsivas e desencadeadores de vergonha e asco, não mataram muito mais pessoas no período em que foram mais fortes como epidemias, séculos XI e XV, respectivamente, do que atualmente. No entanto, a lepra especialmente durante a idade medieval era considerada sinal distintivo do desvio sexual. Nos corpos dos acometidos por ela refletia-se a podridão de suas almas. “O leproso era, só por sua aparência corporal, um pecador. Desagradara a Deus e seu pecado purgava através dos poros. Todos acreditavam, também, que os leprosos eram devorados pelo ardor sexual” (DUBY, 1998: 91).

Quanto à sífilis remontando a Renascença, por volta de 1480, encontramos igualmente a clara atribuição da transgressão moral ao portador da doença. Tratava-se, numa Europa, aos olhos da sociedade da época marcada pela licenciosidade sexual, do surgimento de uma patologia cujo esperma foi cientificamente apontado como fluído transmissor. No século XVI Paracelso refere-se à sífilis como a “doença imunda e contagiosa que havia então invadido a humanidade em alguns lugares” para punir os devassos (SONTAG, 1989: 55). Entretanto, Carneiro (2000: 22) assegura que a repercussão dos preconceitos morais sobre os enfermos de sífilis é encontrada historicamente em períodos bem mais recentes, séculos XVII e XVIII, nos quais as reformas religiosas imprimiram nos discursos um teor carregado de repressão à libertinagem.

Quétel cita a condenação feita por David de Planis à blasfêmia, à embriaguez, à perversão e à libertinagem. Essa estética da moral condenatória dos costumes, que sugere um movimento cíclico de recriação do social, prolonga-se durante anos, até alcançar seu apogeu quando consegue situar explicitamente a sífilis como um mal que circula entre as pessoas condenadas socialmente, por suas ações libertinas. (CARNEIRO, 2000: 22)

Esta atribuição da culpa e condenação vexatória tanto no que se refere à lepra como a sífilis recaiu especialmente no estrangeiro. “O estranho, o distante para o sujeito, só pode ser índice de presença do mal” (CARNEIRO, 2000: 21).

Eis uma característica da visão comum da peste: a doença invariavelmente vem de outro lugar. Os nomes recebidos pela sífilis na última década do século XV, época em que pela primeira vez, ela começou a se espalhar pela Europa sob forma de epidemia, constituem um excelente exemplo da necessidade de encarar uma doença temida como algo estrangeiro. Para os ingleses, era o “mal-francês”; para os parisienses, o *morbus germanicus*; para os florentinos, o “mal-de-nápoles; para os japoneses, a “doença chinesa”. (SONTAG, 1989: 57)

De acordo com Bauman (1998: 27), todas as sociedades produzem seus “estranhos”, pessoas que não se encaixam nos mapas cognitivo, moral ou estético. Os “estranhos” por não corresponderem às expectativas referentes a tais mapas, tornam turvo o que deve ser transparente, confuso o que deve ser coerente e poluem a sociedade gerando a incerteza “que por sua vez dá origem ao mal-estar” doloroso e intolerável.

O autor ao interpretar o trabalho *Purity and Danger* de Mary Douglas em *O Mal-estar da Pós-modernidade*, observa que

o interesse pela pureza e a obsessão com a luta contra a sujeira emergem como características universais dos seres humanos: os modelos de pureza, os padrões a serem conservados mudam de uma época para a outra, de uma cultura para a outra – mas cada época e cada cultura tem um certo modelo de pureza e um certo ideal a serem mantidos intactos e incólumes às disparidades. (BAUMAN, 1997: 16)

Carneiro (2000: 18-21) também contribui na compreensão desta questão quando diz que, freqüentemente, o “estrangeiro”, o “outro” é considerado “estranho” e “impuro” porque está mais distante dos valores morais que representam a norma, cuja maior parte dos membros de uma dada sociedade compartilham. O “outro” começa a ser inexpugnavelmente rejeitado quando além de “estranho” é fonte potencial de poluição por pertencer ao grupo estigmatizado dos “pestilentos”.

Ao rejeitar em séculos passados o leproso e o doente de sífilis diferentes sociedades os repeliram, afastando-os definitivamente do intercuro social. “O fato é que o sujeito tende em quaisquer circunstâncias ameaçadoras, isolar e/ou excluir o elemento *estranho* que assuma o lugar de possível causa do mal. Isolar o *estranho* é a primeira reação social (...)” (CARNEIRO 2000:19). Dessa forma, sobretudo, a lepra suscitou os modelos de exclusão e ofereceu o padrão geral do grande Fechamento porque “o leproso [era] visto dentro de uma prática da rejeição, do exílio-cerca; deixa-se que se perca lá dentro como uma massa que não tem muita importância diferenciar (...)” (FOUCAULT, 1987: 175).

2.3 Construção Sócio-Cultural e Simbólica da Aids: A Peste do Século XX e XXI

*O pânico da aids é o campeão do mundo
em matéria de guerra ideológica.
O pânico da aids vai acabar matando
mais gente do que a própria,
porque esta pode causar baixas importantes,
mas aquela é capaz de provocar um
genocídio.*

Herbert Daniel

Nas sociedades atuais o modo como encaramos algumas doenças não se distancia muito de como acontecia há algumas décadas ou séculos atrás em que certas enfermidades, simbolicamente, não estavam confinadas apenas ao corpo do doente, lugar onde a desordem se

estabelecia introduzindo a ameaça da morte. Determinadas patologias, mais acentuadamente do que outras, tinham uma origem acima de tudo externa, eram procedentes das potências que regem o destino dos homens, ou seja, o castigo dado especialmente por Deus a indivíduos específicos (BALANDIER, 1997: 200).

Como a modernidade não excluiu muito dessas formas de ver e pensar, há sempre um medo coletivo em relação à chegada de uma “coisa” que lembre as pestes do passado. “A coisa” já está aí; o medo fundamentado e também grande fabulista, a acompanha; o apocalipse bate à nossa porta – é o que dizem -, a besta destruidora vestiu-se de aids” (BALANDIER, 1997: 201). Em alguns países da Europa e nos Estados Unidos da América a sensação da maioria das pessoas diante dos primeiros casos notificados da doença atualmente reconhecida como aids foi de surpresa e pânico. A “coisa” havia surgido meio que de repente exigindo uma imediata atividade cognitiva para compreendê-la e explicá-la.

A imprensa brasileira ao acompanhar o noticiário internacional no início da década de oitenta, sobretudo o dos EUA, contribuiu para a construção e disseminação das representações sociais da aids no imaginário da população, antes mesmo do Brasil contar com pelo menos um caso registrado. Visto que, na modernidade as informações podem se mover com a velocidade do sinal eletrônico, aqui, a epidemia de aids precedeu a doença. Pela repercussão que as notícias sobre a aids provocavam e “como não havia casos registrados era a própria aids [o “câncer gay” como foi chamada inicialmente] que se tornava um “caso”. Seu verdadeiro impacto foi, acima de tudo, puramente simbólico, traduzido numa determinada concepção de uma doença bizarra que vinha de terras estrangeiras” (DANIEL, 1991: 34).

Doença de terras estrangeiras, este é um dos vários aspectos que a aids herdou da memória da peste e assim como aconteceu no passado com a lepra e a sífilis, ela figura até hoje como a doença do “outro” ou do “estrangeiro”. Para os brasileiros foi exportada para o mundo pelos Estados Unidos da América, para os norte-americanos é “a ameaça do Segundo Mundo, tanto quanto serve como imagem de uma invasão vinda do Terceiro Mundo”, para a maioria dos europeus a “peste africana” e para os africanos uma poderosa arma utilizada pelos terroristas de países vizinhos (SONTAG, 1989: 74-75).

Antes de contrair a doença Maria Rita¹⁴ compartilhava desta concepção de que a aids é uma doença exclusiva do “outro”:

*Isso era uma coisa que eu achava que ia acontecer com todo mundo menos comigo, porque quando eu ouvia falar em aids, vixe eu ficava apavorada, eu dizia: aí meu Deus eu tenho fé em Deus que isso nunca vai acontecer comigo. Então eu pensava que só ia acontecer com os **outros**.*

Outro aspecto que continua a fazer da aids a peste atemorizante do século XX e XXI é a carga de culpabilidade e de transgressão moral atribuída ao doente portador da marca exclusiva do “estranho”. Os homossexuais ainda são considerados os “estranhos” que não se encaixam no mapa moral desenhado por diversas sociedades porque desconcertam, confundem e para muitos, quando não intoleráveis, são simplesmente suportáveis. Dado que os primeiros óbitos resultantes das doenças oportunistas que caracterizam a aids ocorreram exatamente na população homossexual à patologia até então desconhecida, conseqüentemente também “estranha”, ligou-se a preconceitos pré-existentes reproduzindo-os como a única resposta possível para ela própria.

Esta estreita relação, aids x homossexualidade, data do início da década de oitenta quando nos EUA, a comunidade médica tinha a sua frente o desafio de “decifrar o enigma do quarto 516”, onde um jovem se encontrava totalmente debilitado em decorrência da ação do protozoário causador da *Pneumocystis carinii*¹⁵ (PCP- infecção pulmonar rara) e de um câncer, *Sarcoma de Kaposi*¹⁶, incomum para a faixa etária e etnia do rapaz.

Casos semelhantes são relatados na mesma época por médicos em Los Angeles, Califórnia e Nova Iorque. As intervenções médicas eram inúteis em razão dos doentes não

¹⁴ Entrevistada por mim durante pesquisa de campo para elaboração desta dissertação.

¹⁵ Na **Pneumonia por Pneumocistis carinii** o doente tem febre, tosse seca não produtiva, dificuldade respiratória, perda de peso, suor noturno e fadiga.

¹⁶ Atualmente não se presencia tanto sarcoma de kaposi quanto antigamente, pois os medicamentos anti-retrovirais têm conseguido manter o sistema imunológico dos pacientes soropositivos fortalecido e geralmente essa doença só aparece quando a pessoa não faz tratamento anti-Aids. O principal sintoma do sarcoma de kaposi são manchas roxas na pele e ao perceber esta anomalia cutânea faz-se necessário procurar imediatamente o médico para a realização de uma biopsia. Muitas vezes basta o tratamento anti-retroviral para que o sarcoma de kaposi regrida, porém, para extinguir as manchas roxas da pele pode ser necessário fazer um tratamento dermatológico especializado. (SABER VIVER, 2001, p. 5)

apresentarem sintoma único, quando os médicos conseguiam amenizar um problema outros surgiam (*infecções fúngicas: Candidíase, Criptococose, Histoplasmose, infecções por protozoários: Crisptosporidiose, Toxoplasmose e infecções virais: Citomegalovírus, Hesperes Simples e Zoster*¹⁷) e os organismos afetados não fabricavam anticorpos de defesa. Assim, diagnosticada a doença tinha-se o decreto da morte.

Os médicos não conseguindo a cura da recente patologia canalizaram seus esforços nos doentes. O quê os mesmos possuíam em comum que poderia ter propiciado a manifestação da doença? Vale salientar um aspecto em especial: “a detecção dos primeiros casos deveu-se ao fato de serem todos parte da clientela de um médico argelino, Joel Weissman, conhecido por sua “atitude benevolente com respeito aos homossexuais”. (BOLETIM PELA VIDDA, 1993)

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos publica a notícia de que a doença é diretamente relacionada a homens gays. A síndrome foi batizada de GRID (sigla em inglês para Deficiência Imune Relacionada a Gays), encarregando-se a imprensa de rebatizá-la de “Câncer Gay” ou “Peste Gay”, relacionando sua forma de transmissão às relações sexuais dos indivíduos pertencentes a esta categoria possibilitando o desenvolvimento na literatura médica da expressão “grupo de risco”¹⁸. Portanto, a ciência médica encarregou-se de

¹⁷ **Infecções fúngicas:** *Candidíase:* doença que causa placas brancas nas gengivas e língua, na vagina ocasiona coceira, ardência e corrimento, atinge o esôfago causando dor e dificuldades para engolir. *Criptococose:* um dos tipos mais comuns de meningite que desencadeia: febres intermitentes, leve dor de cabeça, progressivo mal-estar, náuseas, fadiga, perda de apetite, estado mental alterado, convulsões (raramente), podendo também levar a uma forma de pneumonia (parecida com Pneumonia por *Pneumocistis carinii*, às vezes simultânea com ela), ocasionando ainda infecções disseminadas em vários órgãos e lesões na pele. *Histoplasmose:* ocasiona febre, perda de peso, lesões de pele, respiração difícil, anemia, linfadenopatia. **Infecções por protozoário:** *Crisptosporidiose:* doença que causa diarréia com fezes líquidas freqüentes, cólicas abdominais, náuseas, vômitos, fadiga, flatulência, perda de peso, perda de apetite, constipação, com desidratação e desequilíbrio eletrolítico. *Toxoplasmose:* patologia cujo sintoma mais comum é a encefalite: estado mental alterado (letargia, confusão, comportamento desiludido), paralisia num lado do corpo, convulsões, dores de cabeça fortes que não respondem aos analgésicos, febre, coma. Pode causar sintomas fora do sistema nervoso central, notadamente no pulmão e coração. O diagnóstico é feito através de uma tomografia computadorizada e ressonância magnética que mostra lesões cerebrais; mais raramente, biópsia de cérebro. **Infecções virais:** *Citomegalovírus:* causa retinite deixando a vista do doente embaçada e levando à cegueira. No esôfago ela causa dor e dificuldade de engolir e ulcerações. Pode ainda causar colite: febre, diarréia, dor abdominal, depauperação e pneumonia (rara): sintomas usuais de pneumonia (ver PPC). *Hesperes Simples e zóster:* esta patologia ocasiona lesões dolorosas, úlceras, coceira nos lábios, anal ou genital e lesões no tronco, caso da Hesperes Zoster. (CADERNOS PELA VIDDA, 1992, p. 6)

¹⁸ Rotello (1998), jornalista e ativista gay e um dos fundadores da revista gay Outweek Magazine, em seu livro *Comportamento Sexual e Aids: A Cultura Gay em Transformação*, discorrendo sobre as práticas homoeróticas considera que muitos homossexuais constituem, sim, inquestionavelmente, um “grupo de risco” e mesmo negando e

produzir e disseminar o discurso de verdade que vinculou a nova síndrome não à sexualidade em abstrato, mas a uma forma socialmente discriminada de sexualidade, considerada “desviante”, “pervertida”, “promíscua” e “poluente”.

O outro, o estranho e, sobretudo, se esse outro exibe algum traço de distinção entre o que se cultiva como normalidade vigente e sua respectiva transgressão, passa a ser o protótipo da ameaça à saúde. Nesse contexto o homossexual serve como a figura que se encaixa perfeitamente na imagem, construída pela sociedade, do estrangeiro responsável pelo catastrófico, responsável pela ruptura de uma harmonia supostamente reinante, edificada pelos ideais da ciência e da tecnologia, que, desde algum tempo, não tinham notícias de uma enfermidade epidêmica que invadisse abruptamente a individualidade da eficiência propugnada como verdadeiro escudo da medicina moderna. (CARNEIRO, 2000: 81)

Mas, a construção de discursos de verdade por parte do saber científico em torno do sexo é uma característica histórica de todas as sociedades ditas complexas, todavia, é especialmente a partir do final do século XVIII que o Estado percebe que a preocupação primordial não deve ser simplesmente condenar o sexo ou tolerá-lo, é preciso “geri-lo”, “administrá-lo”, “policiá-lo”. Ora, os governos dão-se conta de que não é somente com sujeitos que eles precisam lidar, existe uma população, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias, algumas estreitamente ligadas às práticas sexuais: natalidade e fecundidade.

É a primeira vez em que, pelo menos de maneira constante, uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados não somente ao número e à virtude dos cidadãos, não apenas às regras de casamento e à organização familiar, mas à maneira como cada qual usa seu sexo. (FOUCAULT, 1988: 28-29)

repudiando o termo seus comportamentos promíscuos confirmam tal designação. Segundo Rotello (1998) os homossexuais passaram a envolver-se em grande número de práticas sexuais de risco a partir da revolução gay que começou a dar seus passos mais marcantes em meados da década de 70. O jornalista afirma que a contribuição e legado mais significativo que aquela época ofereceu entre alguns grupos gays de risco foram a prática sexual anal com dúzias ou mesmo centenas de parceiros por ano e “igualmente significativa foi [e continua sendo] a ênfase crescente no sexo anal “versátil”, durante o qual os parceiros desempenhavam [e continuam a desempenhar] alternadamente tanto o papel receptivo quanto o insertivo, e novos comportamentos, como o anilingua, que facilita a disseminação de micróbios normalmente difíceis de transmitir”. Rotello (1998) cita em seu trabalho o antropólogo Ralph Bolton para quem a cultura gay caracteriza-se numa defesa da promiscuidade, do sexo ocasional realizado no primeiro encontro e sem nenhum compromisso. Assim, os homossexuais devem resistir a limitar o número de parceiros porque a liberação sexual pela qual tantos gays “lutaram inclui o direito de ser promíscuo” e “as tentativas de extirpar a promiscuidade poderiam ser interpretadas como um ataque à cultura gay e à liberação gay”, consequentemente, o sexo é no final das contas aquilo que os gays têm em comum. Dessa forma, enquanto que entre especialmente as mulheres heterossexuais portadoras do HIV associá-las a comportamentos promíscuos pesa pejorativamente, para os homens homossexuais portadores do HIV a associação chega a ser um elogio conquistado graças à luta e ativismo histórico. Na verdade estes últimos muitos compartilham da idéia de que a promiscuidade é algo a ser invejado, imitado e não recusado, e a grande maioria se orgulha de ser mais tolerante no que se refere às práticas sexuais num encontro ocasional sem a obrigatoriedade do uso do preservativo masculino que implicaria numa castração do prazer.

Neste momento, o sexo das crianças e dos adolescentes torna-se um problema público cabendo à instituição pedagógica o agenciamento dos discursos através do estabelecimento de pontos de implantação diferentes; foram codificados os conteúdos e qualificados os locutores. Os educadores, os médicos, os administradores, os pais e as próprias crianças são incitados a falar de sexo e aprisionadas “numa teia de discurso que ora se dirige a elas, ora fala delas, impondo-lhes conhecimentos canônicos ou formando, a partir delas, um saber que lhes escapa – tudo isso permite vincular a intensificação dos poderes à multiplicação dos discursos” (FOUCAULT, 1998: 32).

A interrogação da sexualidade das crianças vem acompanhada também da interrogação da sexualidade dos loucos, dos criminosos e dos sodomitas. Estas figuras têm agora de avançar para tomar a palavra e fazer a difícil confissão daquilo que são. As sexualidades periféricas são escutadas, interrogadas e a sexualidade regular¹⁹ só será novamente questionada a partir dos discursos delas.

As classificações médicas recaem, conseqüentemente, na distinção do saudável e patológico. O patológico do final do século XVIII até os dias atuais é perseguido pela lei, confinado numa prisão como manifestação viciosa ou de delito.

Crianças demasiado espertas, meninas precoces, colegiais ambíguos, serviçais e educadores duvidosos, maridos cruéis ou maníacos, colecionadores solitários, transeuntes com estranhos impulsos: eles povoam os conselhos de disciplina, as casas de correção, as colônias penitenciárias, os tribunais e asilos; levam aos médicos suas infâmias e aos juizes suas doenças. Incontável família dos perversos que se avizinha dos delinquentes e se aparenta com os loucos. [...] eles carregam sucessivamente o estigma da “loucura moral”, da “neurose genital”, da “aberração” do sentido genésico, da “desgenerescência” ou do “desequilíbrio psíquico. (FOUCAULT, 1988: 41)

Tornou-se no século XIX a sexualidade periférica e dos “desviantes”, incluindo-se nessa categoria os sodomitas, centro das atenções e objeto de conhecimento. Era necessário decifrar tudo que estivesse escondido nas teias das relações espúrias e foi a ciência, dita neutra e por isso confiável, que classificou a sexualidade periférica como patológica, tanto que a homossexualidade no ano de 1948 a partir da 6ª revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID), passou a existir na categoria de Personalidade Patológica. Na 8ª (1965) foi

¹⁹ Relações monogâmicas heterossexuais dos casais legítimos.

classificada como Desvio e Transtornos Sexuais e somente em 1975, por uma decisão da Associação Psiquiátrica Americana, deixou de ser considerada doença mental (DANTAS, 2001: 33).

Com o avançar da epidemia, especialmente nos países subdesenvolvidos, outros “estranhos” que ainda desafiam em pleno século XX e XXI os mapas estéticos, cognitivos e morais da sociedade, “prostitutas, travestis, crianças de rua, toxicômanos, tomaram seu lugar ao lado dos homossexuais dentro das imagens conjuradas pela simples menção à aids e tornaram-se parte[s] de uma visão, cada vez mais ampliada, não apenas de marginalidade como, por extensão, de perigo” (DANIEL, 1991:18). Eis o poder e eficácia extraordinária da peste: permitir que uma doença seja encarada ao mesmo tempo castigo merecido por grupos de “outros” vulneráveis (o termo “*grupo de risco*” se alarga para “*grupos de risco*”)²⁰ e algo que potencialmente ameaça a todos (SONTAG, 1989: 76).

A concepção de que a aids é perigosa e potencialmente ameaça a humanidade em geral, sejam os seus disseminadores culpados pela contaminação ou inocentes (crianças que contraem o vírus pela contaminação vertical, hemofílicos, mulheres violentadas ou traídas pelos maridos), é evocada por sua natureza contagiosa, contágio esse difundido pelo vírus mais mutante já descoberto pela ciência, o HIV, cujos principais fluídos corporais de transmissão, sangue e sêmen, são carregados de significados simbólicos.

Balandier (1996:203) discorrendo sobre tais significados diz: “o sangue está no centro de um sistema de representações na quase totalidade das culturas tradicionais”. Para os astecas o sangue sacrificial era a “água preciosa” responsável pelo fluxo de energia necessário para corrigir

²⁰ Principalmente, nos países latinos a concepção de que a aids atinge “grupos de riscos”, ou seja, “marginais” e “desviantes” em relação à “população geral” perdura e facilita a disseminação do HIV entre mulheres de parceiro único (que freqüentemente têm mais parceiras fora do casamento). Uma vez que tais mulheres não são enquadradas no grupo de risco em função do trabalho sexual desempenhado (caso das prostitutas) não dialogam com seus parceiros a respeito do uso de preservativo, assim como Helena, entrevistada por mim durante pesquisa de campo: *Eu não pedia para o Josivaldo usar camisinha porque eu achava que eu nunca pegava uma doença dessas. Eu achava que gente que pegava essa doença era pessoa que andava com travesti, mulher que se prostituía e andava com um bocado de homem. Também.. como é... com transfusão de sangue, a pessoa ia pro hospital e o sangue que ela recebia não era examinado, aí eu ficava tendo essas idéias assim que ela se transmitia assim, né? Mas num pensava que.. achava que... que nunca ia acontecer comigo.*

a entropia do mundo, retardando desta maneira, o avanço da desordem e o fim do mundo. Em outras culturas tradicionais ele similarmente é um líquido sagrado: o canal para a comunicação com os deuses e único capaz de fornecer o “acesso ao conhecimento da ordem do mundo e dos homens”. Todavia,

o valor atribuído ao sangue pode se inverter; ele une no ato comunitário, desune e opõe no ato violento que o espalha; traz a vida, se torna agente de contaminação – no sentido simbólico e não biológico – nas situações nefastas, sobretudo naquelas onde aparece o sangue da mulher. Nisto reside o mais significativo: esta ambivalência que liga o sangue às classificações, segundo as quais se dividem o fausto e o nefasto, a vida e a morte, a ordem e o caos (BALANDIER, 1996: 203).

Dessa herança recebida das tradições não perdemos tudo e o que conservamos, traduzimos em outras linguagens. Assim,

o sangue permanece o líquido “precioso” que circula, irriga o organismo, mantém a vida e a protege das agressões patogênicas; encerra ainda um simbolismo confuso, sua visão e seu contato podem chocar, nutrir certas perversões e assim permitir a satisfação erótica; dá acesso à leitura do destino individual, pela qual se inscrevem os signos da saúde, os males ocultos ou as ameaças insidiosas (...) (BALANDIER, 1996:203).

Como na modernidade tudo é passível de virar mercadoria, o sangue é objeto de comércio e instrumento de lucro e especulação. Mas, ele faz parte de um comércio “que amedronta” porque as categorias do puro e impuro, os desafios de vida ou de morte dele são indissociáveis. “O sangue impuro não veicula mais a vida, mas a morte. Pode matar os que o recebem”. Consequentemente, a epidemia de aids, segundo Balandier (1996:204), reaviva os temores e reativa um simbolismo negativo e adormecido: o sangue do outro pode estar contaminado e ao invés de sagrado é maldito, objeto de suspeita e escusa.

Quanto ao sêmen, Balandier (1996:205) assegura que em todas as tradições “realça o registro simbólico, os códigos que regem os tabus, as convenções que definem a sujeira, a impureza ou o pecado”, enfim, ele representa em boa parte tudo aquilo que nega o ideal universal da pureza. Todavia, juntamente com as secreções vaginais, é o principal vetor de transmissão do HIV responsável pela maioria dos casos notificados, cerca de 50%.

CAPÍTULO III

SOROPOSITIVOS ASSINTOMÁTICOS PARA HIV: QUEM SÃO ELES?

*! o que diz respeito à vida e às assim chamadas “experiências de vida”,
Quem dentre nós se preocupa a sério?
Ou quem tem tempo para isso?
Semelhantes assuntos jamais cativaram,
Desconfio, nem nosso interesse, nem nosso coração,
! em sequer nossos ouvidos.
Mas assim como um homem distraído e absorto acorda sobressalto,
Quando o despertador bate com força as doze horas do meio dia a seus ouvidos,
Se pergunta: “o que foi que aconteceu?”,
assim também nós, depois dos acontecimentos,
perguntamos, totalmente estupefatos e desconcertados:
“O que está acontecendo conosco? Quem somos realmente?”
E depois contamos, como foi dito, as trêmulas horas de nossa experiência vivida,
De nossa vida, de nosso ser, ai de nós!, nos enganamos na conta...
É que somos precisamente estranhos a nós mesmos,
! ão nos compreendemos, temos que nos confundir com os outros,
Estamos eternamente condenados a esta lei:
“! ão há ninguém que não seja estranho a si mesmo”;
nem a respeito de nós mesmos somos “homens de conhecimento”.*

Nietzsche

Julgo importante expor, aqui, breves informações acerca de meus informantes por dois motivos. Primeiro, para facilitar a compreensão das características principais daqueles que me forneceram ricos depoimentos. Segundo, é pertinente retomar algumas lembranças e experiências pessoais do passado, narradas pelos soropositivos assintomáticos entrevistados, pois, a decisão de ocultar a condição sorológica é, em parte, fruto do que foi “gravado” neles durante o percurso de suas vidas (LOURO, 2001:25). No entanto, devo lembrar ao leitor, caso se sinta insatisfeito com a brevidade e superficialidade de tais informações, muito mais a respeito dos participantes desta pesquisa será revelado no decorrer desta dissertação.

Helena

Helena tem 49 anos de idade, 1º. Grau completo, é divorciada, heterossexual, mãe de um garoto de nove anos de idade, trabalha como copeira numa casa de assistência à pessoas idosas, sua renda mensal é de um salário mínimo, foi contaminada pelo ex-marido e descobriu que é portadora do HIV há dez anos.

A primeira entrevista que realizei com Helena foi em 2001 em sua residência. Naquela ocasião eu desenvolvia pesquisa de campo para elaboração de minha monografia e lembro que fiquei decidida a trabalhar posteriormente a questão da omissão da sorologia positiva para HIV porque ao iniciar a entrevista, Helena recomendou-me sussurrando que eu falasse “baixinho” pois tinha medo dos vizinhos, desconhecedores de sua condição sorológica, escutarem nossa conversa. Ela confidenciou ainda que nenhum dos seus parentes sabia que ela era sorpoositiva para HIV e pormenorizou em detalhes algumas situações de rechaço que sofreu por parte dos familiares do ex-marido após os mesmos descobrirem que ambos eram soropositivos.

Em vista de tudo isso, depois do comitê de ética do H.S.J. aprovar o desenvolvimento desta pesquisa uma das pessoas que eu ansiava reencontrar e entrevistar novamente era Helena. Por várias vezes tentei contatá-la através de um número de telefone público, próximo de sua residência, fornecido na ocasião de nosso primeiro encontro em 2001. Infelizmente, o “orelhão” estava desativado impossibilitando qualquer contato entre nós.

Contudo, no dia 03 de janeiro de 2005, numa das minhas visitas ao H.S.J encontrei Josivaldo, ex-marido de Helena, o qual ajudou-me, dando-me o número do celular dela. A partir daquela data mantivemos contato constante por telefone. Ela informou que continuava assintomática e fazia acompanhamento médico no H.S.J., local que marcamos de nos encontrar no dia 10 de junho de 2005 depois dela consultar-se. No entanto, neste encontro não foi possível entrevistá-la, Helena tinha um compromisso inadiável. Assegurei-lhe que telefonaria para agendarmos a próxima conversa e aos 22 de Agosto de 2005, passados quatro anos desde a última vez que a entrevistei, fui convidada por ela a ir até o seu local de trabalho, entrevistá-la novamente.

A mulher que encontrei tanto no dia 10 de junho de 2005 como no dia 22 de agosto de 2005 distanciava-se bastante, fisicamente, da mulher que conheci no passado. Quando vi Helena pela primeira vez, ela estava muito definhada e abatida, contudo, nos nossos dois últimos encontros parecia outra pessoa, com sete quilos a mais e fisionomia irradiando alegria e contentamento.

Iniciei nosso diálogo falando-lhe que, em parte, foram às suas colocações em nossa primeira entrevista e sua história de vida, que induziram-me à pesquisa que ora eu desenvolvia e mencionei a respeito dela ter falado naquela ocasião que nenhum dos seus familiares, vizinhos e amigos, exceto os familiares de seu ex-marido, sabiam de sua condição sorológica para HIV e Helena assegura: “a situação continua a mesma”.

Maria Rita

Maria Rita tem 49 anos de idade, cursou até a quarta série do 1º. Grau, é heterossexual, divorciada, mãe de quatro filhos (idades: 31, 30, 29, 21) e duas filhas (idades: 27 e 23), trabalhava como empregada doméstica mas atualmente está desempregada, contraiu o vírus de um ex-namorado e descobriu que é portadora do HIV há três anos.

Realizei quatro entrevistas com Maria Rita e mantive contato constante com a mesma por telefone e pessoalmente do dia 10.11.04 a setembro de 2005. Fui em sua residência três vezes, almoçamos juntas outras duas, e a pedido dela dirigi-me ao hospital São José para acompanhá-la durante duas de suas consultas.

Nosso primeiro encontro aconteceu de um modo bastante singular no dia 10.11.04 quando fui ao hospital São José realizar a primeira entrevista de Pierre, pessoa extremamente reservada que nesta ocasião esforçou-se para não entrar em detalhes relacionados a sua vida íntima²¹. Dado os objetivos da pesquisa, imediatamente presumi que, se os futuros entrevistados

²¹ Só quando comecei a transcrever a segunda entrevista René e principalmente ao redigir a respeito de suas narrativas é que fui perceber que ao contrário do que eu pensava ao sair da sala do consultório após entrevistá-lo, assim como todos os outros participantes desta pesquisa ele muito folheou e leu para mim do livro da sua vida revelando medos, segredos e angústias indizíveis. Mesmo tendo o nítido interesse em evitar falar de assuntos íntimos

mantivessem o mesmo comportamento nos primeiros encontros, inevitavelmente, mais energia, tempo e dedicação seriam exigidos e um sentimento de frustração e descontentamento tomou conta de mim. Mergulhada nesta reflexão e sentimento encontrei Maria Rita sentada na recepção do ambulatório. Sentei ao seu lado sem a menor intenção de entrevistá-la²², a única coisa que eu desejava naquele momento era colocar em ordem meus pensamentos e refazer-me psicologicamente.

Fiquei surpresa e embaraçada quando Maria Rita perguntou o que habitualmente quem perguntava era eu - você está esperando a hora da sua consulta? – e respondi desconcertada que era estudante do Mestrado da Universidade Federal do Ceará. Falei do que tratava a pesquisa que estava desenvolvendo e sobre o perfil de portadores do HIV que buscava contatar no Hospital São José. Prontamente, Maria Rita ressaltou que se enquadrava “direitinho” no que eu procurava pois omitia para todos os seus familiares, amigos e vizinhos sua condição sorológica e começou a falar com riqueza de detalhes de abordagens pessoais e íntimas que eu ansiava escutar de um entrevistado.

Naquela ocasião, Maria Rita precisava primordialmente de uma auto-análise “provocada e acompanhada” (BOURDIEU, 2003: 707) que, segundo Bourdieu, acontece quando o entrevistado aproveita o momento em que é interrogado pelo pesquisador “para realizar um trabalho de explicitação, gratificante e doloroso ao mesmo tempo, e para enunciar, às vezes com uma extraordinária *intensidade expressiva*, experiências e reflexões há muito reservadas ou reprimidas”. (BOURDIEU, 2003: 705).

e particulares ele foi generoso comigo o que me faz ser-lhe muito grata. Ao analisar com calma sua entrevista constatei que para ele o que eu exigia durante a entrevista tinha proporções muito maiores do que para meus outros entrevistados, logo suas revelações são valiosas como tesouros escondidos. Não sei ao certo qual mapa utilizei para conquistar a confiança de Pierre muito menos posso descrever que ferramentas foram usadas durante a escavação de sua intimidade mas algumas táticas foram necessárias e estas são enunciadas mais à frente. Asseguro, contudo que o leitor terá a oportunidade de confrontar-se com uma biografia fascinante e assim como eu entender o que a vida social e as experiências oferecidas por ela são capazes de oferecer para quem vive com o estigma da homossexualidade e com o medo de se tornar duplamente estigmatizado e rejeitado ao passo que a identidade soropositiva para HIV venha à tona.

²² Nas ocasiões anteriores em que sentei naquelas cadeiras analisei antecipada e cuidadosamente a onde deveria ficar, se a pessoa ao meu lado apresentava ou não algum sintoma relacionado a aids, no caso do sexo masculino, principalmente, se era homossexual ou heterossexual, a idade, vestimenta, enfim, tudo aquilo que pudesse denunciar algo da personalidade.

Maria Rita disse na primeira entrevista que tinha quase quarenta irmãos por parte de pai, contudo, o genitor denegava as filhas liberdade para escolher as amizades e para namorar:

Meu pai num queria que a gente vivesse saindo. I ão podia ter muita amizade, ele era todo... Logo meu pai ele contava pra gente que quando era mais novo... ele era da Paraíba, ele falava pra gente que ele foi cangaceiro do Lampião (risos). Ele tem até uma reportagem que ele fez até pro jornal O Estado. O rapaz foi entrevistar ele lá em casa porque ele foi casado três vezes, e a gente tem trinta e seis irmãos né? Somos trinta e seis, num sei quantos netos, num sei quantos bisnetos, e ele contava que foi cangaceiro do Lampião. Ele tinha um facão desse tamanho sabe? (levantou as mãos e abriu os braços na largura dos ombros). Ai os vizinhos brincavam era muito com ele, diziam lá se vai o cangaceiro do Lampião (risos). Mas, a gente tinha medo e os meninos também, e os meninos também, sabe? Eles tinham medo de se aproximar da gente pra namorar, eles tinham medo do facão (risos).

Todavia, declara que o comportamento do pai não a impediu de começar a namorar bem cedo e aos catorze anos de idade saía escondida, esperava todo mundo dormir e depois pulava a janela. Foi nesse período que conheceu o ex-marido e começou a namorá-lo sem o conhecimento e consentimento dos genitores.

Aos dezesseis anos de idade engravida e casa, separando-se dezoito anos depois porque o ex-marido quando embriagado ficava muito violento chegando a agredi-la consecutivas vezes. Ressalva que o seu pai assustava mas não tinha o costume de “bater” nos filhos. Assim, cumpriu-se parcialmente em Maria Rita o que Gilberto Freyre frisou que acontecia às filhas dos senhores de engenho patriarcais: “As meninas criadas em ambiente rigorosamente patriarcal, estas viveram sob a mais dura tirania dos pais – depois substituída pela tirania dos maridos” (FREYRE, 1999:421).

Digo parcialmente, porque a tirania do pai não chegou a ser tão dura quanto a do ex-cônjuge. Enquanto vivia sob o domínio do primeiro tinha o direito de estudar, ao casar até mesmo isso lhe foi tirado: “(...) ele não deixou mais eu estudar porque ele era muito ciumento, num deixava eu fazer nada”. O poder exercido pelo ex-marido era virtualmente ilimitado e não existiam freios para sua tirania. Quando ela decide se separar, dezoito anos atrás, ele delega-lhe

a responsabilidade de criar os seis filhos, obrigando-a sair de casa sem saber o que fazer para sustentá-los:

Quando eu me separei dele eu não sabia fazer nada. Sofri que só. Comecei a trabalhar em casa de família, aí não deu certo. Aí eu fui trabalhar em confecção, aí lá eu me senti mal da coluna. Aí depois eu fui trabalhar como faxineira num motel. Depois eu comecei a fazer diária, faxina e lavagem de roupa. (entrevista concedida no dia 08.09.2005).

Boris (2002: 73) discorrendo sobre a influência do patriarcal no homem brasileiro afirma que

as figuras emblemáticas do grande patriarca e do senhor de engenho parecem constituir um modelo fundador da subjetividade e da condição masculinas do brasileiro, caracterizado por uma atitude tanto simbólica quanto concretamente utilitarista e “predatória” no que diz respeito à mulher, a terra, aos seus bens e às suas propriedades, todos acessíveis a seu “desfrute” (Boris, 2002: 73).

Suponho que o fato dos pilares patriarcais da identidade masculina legítima no Brasil, associada a “senhor/dono/força/violência” (Boris apud Almeida, 2002: 69), estarem mais nítidas no ex-marido do que no pai, fazem as lembranças paternas de Maria Rita menos dolorosas que as conjugais.

Bárbara

Bárbara tem 39 anos de idade, 2º. Grau completo, é heterossexual, mãe solteira de uma garota de dez anos de idade, trabalhou vários anos como caixa de supermercado, atualmente é costureira, sua renda é inferior a um salário mínimo, descobriu que é portadora do HIV há seis anos quando o ex-namorado adoeceu e os médicos diagnosticaram que estava com aids.

Bárbara nasceu e residiu em Itapipoca até os dezessete anos de idade. Aos dezoito transfere-se para Fortaleza e dois anos depois viaja para São Paulo onde começa a trabalhar. Morou na capital paulistana até os trinta e três anos de idade quando descobriu que era portadora do HIV e decidiu retornar para Itapipoca e ocultar para seus familiares, amigos e vizinhos sua situação sorológica.

No dia 24.11.04 disse durante sua primeira entrevista que seus pais criaram os filhos de uma maneira muito rigorosa, tanto que mesmo depois de ir morar em Fortaleza controlavam sua vida: “Tudo tinha hora certa. Tinha hora de fazer as coisas, nem todo dia eu podia sair pra me divertir, nem todo dia eu saía pra praia. Tudo tinha a horinha. Tudo determinado.”

Afirmou que em São Paulo só teve dois relacionamentos amorosos, no primeiro perdeu a virgindade e engravidou, no segundo contraiu o vírus da aids. Num desabafo, com a voz embargada e quase entre lágrimas, revelou que só não se arrependia totalmente de ter mantido relações sexuais pela primeira vez aos vinte e nove anos de idade, porque tal experiência amorosa lhe proporcionou a oportunidade de ser mãe, mas se culpava de não ter depois se resguardado, porque para ela o vírus da aids é um castigo divino dado às pessoas que se comportam indecentemente.

Madalena

Madalena tem 36 anos de idade, 1º. Grau incompleto, é heterossexual, mãe solteira de um adolescente de dezessete anos e de um garoto de cinco anos, costureira e ganha meio salário mínimo por mês.

Há seis anos, quando exercia a prostituição na cidade de Fortaleza, descobriu que tinha contraído o HIV. Há dois anos foi acometida por uma toxoplasmose e perdeu a visão do olho direito, recuperou-se totalmente e atualmente se encontra assintomática.

As experiências vividas por Madalena lhe deixaram marcas físicas, psicológicas e afetivas profundas. Quando a entrevistei pela primeira vez, pedi que falasse de sua infância:

Eu tinha problemas de asma e vivia mais dentro dum hospital num balão de oxigênio do que dentro da minha casa, por isso a questão deu não ter tido estudo, também eu tive um pai muito irresponsável. Quando eu tinha idade pra estudar, eu tive de trabalhar em casa de família, eu morava na casa de um e de outro. Aí veio às minhas sobrinhas, eu tive que cuidar de todas, né? Sempre que nascia uma eu ia cuidar, aí não sobrava tempo pra eu estudar, porque minhas irmãs trabalhavam até tarde e não tinham com quem deixar as filhas. Quando

eu fui estudar eu já tinha quatorze anos, aí com dezessete eu engravidei, dezoito eu tive meu filho e aí parei de estudar.

Quando engravida é abandonada pelo namorado e vai morar com o filho, Miguel, na casa de Maria, sua irmã. Ambas desentendem-se e aos vinte e dois anos decide sair de casa e ir trabalhar em Fortaleza, deixando Miguel aos cuidados de Maria. A influência de uma amiga na capital cearense consequentemente levou à prostituição:

Eu vim aqui pra Fortaleza, arranjei um emprego numa casa de família, comecei a trabalhar, né? Fiquei trabalhando e estudando à noite. Aí quando foi um dia no colégio uma amiga disse: Madalena vamo [sic] ali comigo. A gente pegou o ônibus e fomos pro centro. Aí lá no centro a gente entrou neste... neste brega né. E neste brega a fachada na frente era de uma lanchonete, tudo de uma lanchonete e lá pra dentro tinha o bar, tinha as mesas. Aí a gente começou a beber, aliás, ela bebendo e eu tomando só água de coco. Aí ela dizia: Madalena vai ali naquela mesa e pede um cigarro, eu pedia e eles diziam: eu dou um cigarro se você... acender, aí eu botava na boca, eu tinha pavor a cigarro. Aí eu comecei a me prostituir e foi indo, foi indo, aí pronto eu imediatamente peguei HIV, porque até os vinte e dois eu vivia só em casa, dos vinte e dois pra vinte e quatro eu fui contaminada.

Depois de vivenciar o assédio masculino nos “cabarés” e usufruir do dinheiro, aparentemente, “fácil” que o sexo proporcionava-lhe, num curto espaço de tempo, dedica-se intensamente à prostituição chegando a sair com mais de três homens numa única noite que relutavam usar preservativo. Numa destas noites conhece o cliente que apresentou-lhe as drogas, termo comumente utilizado no senso comum para reportar-se a substâncias psicoativas (SPAs) (OLIVEIRA, 2002: 141):

A gente se encontrava de oito em oito dias. Eu ia pra pousada dele, né? Ou pro motel, pro hotel... ou pousada. Ele era um homem que vivia muito bem financeiramente. (...) ! a época eu num usava drogas não, mas eu tinha assim... como é que se diz... aquela curiosidade de conhecer. Aí eu via os rapazinhos se drogando, e ele mesmo se drogando e eu não sabia, ou num entendia, ou não queria entender, porque tanto rapazinho no quarto fechado com ele. Aí eu achava que era só pela droga, mas num era, era porque ele também era homossexual.

No artigo *Feminização da Aids e a Drogadição Feminina* as autoras expõem que Siegel estabeleceu os padrões de uso de substâncias psicoativas são estruturados por necessidades psicossociais de cinco tipos diferentes: 1. Experimental; 2. Social ou recreativo; 3. Circunstancial ou situacional; 4. Intensificado; e 5. Compulsivo (2002: 145). Madalena pode ser reconhecida inicialmente com expressão do primeiro padrão o qual nomeia pessoas que experimentam drogas geralmente guiadas pela simples curiosidade. Ao perguntar que tipos de drogas chegou a utilizar, respondeu-me: “Maconha, cocaína, craque. Por último foi o craque que veio entrar na

minha vida” (entrevista concedida no dia 24.11.04). Assim, Madalena rapidamente saiu do padrão experimental para o intensificado e compulsivo.

O uso intensificado é caracterizado pelo desejo de persistência e manutenção dos efeitos de uma droga, o que levará o usuário à dependência física, psíquica e, conseqüentemente, a passar para o próximo padrão de uso, classificado como compulsivo. O usuário do tipo compulsivo faz uso freqüente e intensivo da droga, e o não uso causa desconforto fisiológico e psicológico. (Oliveira et. Al, 2002: 145)

Ela fala do período que ficou totalmente dependente:

eu comecei a freqüentar essas coisas [cabaré], aí fui pra uma casa de massagem mas quando eu fiquei viciada fui pra esquina mesmo. Eu cheguei ao ponto de trabalhar em esquina só por causa do vício das drogas. I unca levei foi o dinheiro do meu programa pra minha casa, porque num dava, parecia assim que... do jeito que... que eu pegava ele deslizava das minhas mãos, porque eu gastava todinho com drogas.

Oliveira, Paiva & Ferreira revelam que as mulheres se dispõem com maior freqüência que os homens tanto a trocar sexo por droga como por dinheiro que possibilite a compra do entorpecente desejado. É verdade que nem sempre o uso de SPAs induz necessariamente à prostituição, “mas uma vez iniciada esta prática, as mulheres procuram na droga um apoio, tornando-se assim um ciclo vicioso, em que uma situação concorre para a manutenção da outra” (OLIVEIRA *et al.*, 2002: 149).

Ao completar vinte e quatro anos uma amiga revela-lhe que seu ex-cliente responsável pela sua dependência química morre vítima da aids. Ela resolve ir ao Hospital São José fazer um teste anti-HIV e descobre que foi contaminada. É enfática ao dizer que tem certeza que contraiu o HIV em relações sexuais porque, apesar de ter utilizado muitos tipos de drogas ilícitas, nunca usou substâncias tóxicas intra-venosas.

Madalena revelou para alguns parentes sua condição sorológica (mãe, duas irmãs e o filho mais velho) mas implorou aos mesmos para jamais contarem aos outros familiares, especialmente seu irmão, vizinhos e amigos.

Pierre

Pierre tem 32 anos de idade, 1º. Grau incompleto, é homossexual, cabelereiro, sua renda mensal aproxima-se a um salário mínimo e foi contaminado pelo ex-namorado há sete anos.

Encontrei-o pela primeira vez na recepção do ambulatório do H.S.J, no dia 28.10.04, onde fomos apresentados por José, funcionário daquela unidade hospitalar. Naquela ocasião não foi possível entrevistá-lo, ele estava prestes a ser atendido pelo médico e não podia ficar depois da consulta porque retornaria imediatamente ao trabalho. Eu perguntei-lhe quando poderia revê-lo novamente e ele afirmou que voltaria ao H.S.J no dia 10.11.04 para fazer alguns exames. Assegurei-lhe que, impreterivelmente, também iria ao hospital naquela data para entrevistá-lo.

Comparando as narrativas de Pierre às dos outros entrevistados percebi o quanto ele esforçou-se para preservar sua intimidade, todavia, como não trabalho unicamente com um roteiro fechado de perguntas pré-formuladas, foi possível explorar sua espontaneidade especialmente no nosso segundo encontro, no qual, mesmo através de frases curtas revelou os temores envolvidos na ocultação da sorologia positiva para HIV, bem como, detalhes importantes de sua biografia composta de experiências sociais vividas especialmente no contexto familiar influenciadoras da maneira como lida com a soropositividade.

Pierre revelou que a homossexualidade começou a ficar “estampada” na sua “cara” desde os trezes anos. Por volta desse mesmo período resolveu assumir a identidade homossexual não aceita pelo genitor. Perguntei-lhe se seu pai ainda discriminava sua orientação sexual, ele respondeu: “Sim. Apesar de que hoje ele mudou muito, em relação a mim ele mudou. Ele já não me agride mais como me agredia antes. Ele já acha que não tem mais jeito, então ele me deixa livre, mas também a gente não conversa, é ele no canto dele e eu no outro”.

Pedi que Pierre falasse um pouco de sua infância e numa frase a resume citando o pai com tom de voz colérico e desprezível: *“Eu era uma criança presa, eu queria ter sido mais danado, pouco brincava. Mas meu pai é um bruto, um ignorante e não mim [sic] deixou*

aproveitar minha infância, sempre com aquela conversa de que não pode isso, não pode aquilo”.

A “culpa” dele não ter desfrutado bem a infância foi, exclusivamente, do pai que impunha limites a serem respeitados, estes que igualmente foram impostos durante sua adolescência, em conseqüência, também não pôde desfrutá-la: “Naquele tempo, naquele tempo não se ouvia falar de aids, num tinha essa história de aids. Mas eu era mais presa, eu tinha mais medo. Às vezes, quando eu gazeava aula se aparecesse alguém interessada em mim eu não ia. Eu tinha medo, medo de sair, de me envolver, e tudo por causa do meu pai que sempre fiscalizou minha vida”.

Há quatorze anos, época em que Pierre não cedia aos assédios sexuais em virtude do medo e intransigência do pai, as práticas homossexuais estavam passando por um período de vertiginoso exercício, decorrente da liberação sexual em que os agentes mais ativos foram os próprios homossexuais. Porém, de acordo com Pollak (1990: 12) “a aids parece marcar o fim dessa época de liberdade e o fim de certo modo de viver a homossexualidade”, o que pode explicar, pelo menos parcialmente, o arrependimento e revolta de Pierre por não ter aproveitado a sua fase de adolescente.

Nenhum parente de Pierre sabe que ele é portador do vírus da aids. Omite também para os vizinhos e só confidenciou para dois amigos portadores do HIV. Interroguei se ele não temia que seus amigos divulgassem para outras pessoas e o mesmo respondeu não rezeir tal atitude, pois do mesmo modo que esconde, os amigos fazem-no também.

Robério

Robério tem 36 anos de idade, 2º. Grau completo, é homossexual, trabalha como balconista, sua renda mensal é de um salário mínimo, soropositivo para HIV há dezenove anos, foi contaminado através de relações sexuais mas desconhece a identidade do parceiro.

Depois de Robério entrar no consultório onde realizamos a entrevista, vi sentado a minha frente um homem muito bonito de aparência máscula, trajando uma blusa de linha com

listras pretas e vermelhas, calça jeans e sapatos esportivos masculinos. Conscientizei-me de sua “orientação sexual” alguns minutos depois de iniciada a entrevista porque ele revelou-a espontaneamente. Robério, assegurou: *“Eu comecei minha... minhas atividades homossexuais cedo. Eu acho que lá pelos quatorze anos de idade. Eu transava muito, mas sempre foi sem camisinha, sempre. Às vezes no colégio, na rua ou coisa assim”*.

Enquanto Pierre manteve uma postura austera e séria em quase toda a sua primeira entrevista, Robério foi sempre muito simpático, sorridente e expansivo respondendo inclusive mais do que lhe era questionado. Ao interrogar-lhe sobre sua idade, no início da entrevista, além de informar dos seus trinta e seis anos, narra-me detalhes de quando descobriu aos dezessete anos a condição sorológica:

Eu descobri é... eu tava assim entrando na marinha. Me mandaram fazer um... exame de rotina, exame de rotina, aí tinha que... porque eu ia viajar e eu tinha problema de febre reumática, desde a época dos quinze anos, aí os médicos fizeram aqueles exames é... de hepatite, doença de chagas, aí resolveram fazer porque eu tava me queixando de cansaço e tal e o médico fez por fazer mesmo o teste anti-HIV. Eu não ia nem fazer, mas acabei fazendo, eu tinha dezessete anos. Com seis meses o médico me ligou dizendo que eu tinha que fazer novamente o exame porque meu sangue tinha coagulado. Aí passou... isso só tinha acontecido comigo e eu fiquei meio assim. Passou mais três meses e ele pediu novamente outro exame de sangue. Aí ele conversou comigo e tal e começou a perguntar o que eu fazia e nisso já tava no segundo exame, aí ele me ligou de novo e pediu assim... mais outro exame de sangue. Eu cheguei pra ele e disse, o senhor vai ter que me contar alguma coisa porque não... não... assim já ia fazer um ano, toda a minha turma na época já tinha viajado, todos os amigos meus que fizeram exame na época comigo foram e eu fiquei. Fiquei só fazendo acompanhamento médico, com o médico de lá. Aí ele pegou e disse o que é que tinha acontecido, meu exame tava dando positivo, e na época tava começando... assim eles também não sabiam como dizer pra pessoa, porque ele era clínico geral e como foi na época que tava começando a história de HIV e aids, essas coisas assim, ele tava sem jeito pra me contar, tinha medo da minha reação.

Robério era muito jovem quando realizou seu primeiro teste anti-HIV e o clínico geral que o acompanhava, Dr. Amadeu, ao constatar o resultado, perplexo, não conseguia conceber a veracidade daquele diagnóstico e pediu vários testes cujos resultados foram mandados para outros estados brasileiros e até para o exterior: “Meu exame foi para Natal, depois foi para São Paulo e uma vez foi pra fora daqui, foi pra fora do país, parece que foi pros Estados Unidos. Porque no começo era meio complicado”. Robério, dentre todos os entrevistados, é aquele que há mais tempo omite de familiares, vizinhos e amigos que é soropositivo para HIV.

Macedo

Macedo tem 32 anos de idade, é formado em teologia, casado, considera-se heterossexual mas disse que no passado chegou a manter relações sexuais com alguns homens de quem provavelmente contraiu o HIV. Trabalha como pastor numa igreja evangélica onde recebe cerca de dois salários mínimos por mês. Descobriu que é portador do vírus da aids há quatro anos e atualmente encontra-se assintomático.

Macedo foi-me apresentado por José, o já mencionado funcionário do H.S.J., no dia 30.03.05 e ao adentrar ao consultório para tornar efetiva a entrevista, visualizei um homem cujas seqüelas físicas, advindas de uma toxoplasmose, não apagaram-lhe a expressiva beleza física. Macedo é moreno claro, tem cabelos castanhos e lisos, mede aproximadamente 1,80 cm de altura e sofre de uma paralisia parcial do braço e da perna esquerdos.

Ao inquiri-lo a respeito da contração do vírus, para minha surpresa, ele responde: *“Bom, se eu retroceder um pouco a minha vida eu não vou dizer que era santo não. Eu posso dizer numa linguagem mais popular, eu topava tudo. Eu era garoto de programa. Era a vida que eu tinha escolhido sem medir as conseqüências”*. Questiono o que ele queria dizer com “topava tudo” e Macedo declara que mantinha relações sexuais tanto com homens como com mulheres, ressaltando: *“Eu mantinha relações sexuais por dinheiro. Eu era tipo uma máquina . Você pagava e usava.”*

Instigada, interrogo o que o levou à prostituição:

Eu tive uma infância muito mimada na casa da minha avó e depois que minha avó morreu minha família me botou pra fora de casa, eu tive que me virar foi na rua. Não é porque eu quis. Foi porque eu tinha que me virar. Eu não tinha onde morar, então eu tinha que me virar. Então depois eu conheci uns homossexuais e passei um tempo morando com eles. Eu morava só por morar mesmo. Não era obrigado eu ter um caso com eles. Aí eles me induziram a fazer programa e me apresentavam em casa de massagem. Eu tinha um corpo bonito, eu fazia musculação. Eu tinha o dobro do corpo que eu tenho hoje. Aí eles me levavam, por causa do meu jeito. O pessoal dizia que eu era pintoso. O pessoal ainda diz por aí mas eu não acho nada de pintoso em mim. Eu me acho feio, mas minha mulher diz que eu sou bonito.

Rotello (1998: 83) afirma que as instituições de sexo comerciais foram responsáveis pela disseminação em larga escala do HIV entre homens. Macedo freqüentava exatamente uma destas instituições, as casas de massagem. O mesmo autor revela que os homossexuais que procuravam em tais estabelecimentos o estereótipo do macho viril tinham uma média anual de 1.100 parceiros sexuais, alguns destes possivelmente foram clientes em potencial de Macedo.

Ele revelou que começou a prostituir-se em 1992 aos dezenove anos de idade e em 1993 conheceu Marina, a mulher que um ano depois se torna mãe de seu primeiro e único filho:

! a época que eu conheci ela, eu tava na casa desse rapaz que é homossexual, ele conhecia ela. Ai eu passei a viver junto com ela. Eu comecei a usar o trabalho [prostituição] pra sustentar ela. Eu acho que eu não tinha aids ainda.

Depois de separar-se de Marina, Macedo conhece Gorethe e começa a namorá-la. Alguns meses depois, conta-lhe sua condição sorológica ela compreende a sua situação e aceita o pedido de casamento realizado há três anos. Ambos só mantêm relações sexuais com o uso do preservativo masculino. Ele afirmou omitir sua sorologia positiva para amigos, vizinhos, familiares da esposa e parentes mais distantes.

Marcos Henrique

Marcos Henrique tem 40 anos de idade, 2º. Grau completo, é solteiro, disse que já manteve relações sexuais no passado com homens mas sempre considerou-se heterossexual, trabalhou vários anos como caixa de supermercado, atualmente está aposentado em virtude dos problemas cardíacos e descobriu que é soropositivo há seis anos.

Marcos Henrique também foi apresentado a mim por José no dia 30.03.05, e ao iniciarmos a entrevista a primeira coisa ressaltada por ele é que da sua família apenas uma irmã, Joana, sabe da sua condição sorológica e garantiu que, se dependesse dele ela jamais teria descoberto.

Em 1998 o irmão de Marcos Henrique, Josué, quatro anos mais velho e declaradamente homossexual descobre que é portador do HIV, confia para toda a família e é

rechaçado por alguns familiares. Em Janeiro de 2005, dois meses antes de Marcos Henrique ceder-me a entrevista, Josué bastante debilitado pelas doenças oportunistas veio a falecer. A médica que o acompanhava também acompanha Marcos Henrique e não sabia que ao contrário do primeiro, o segundo omitia de todos os familiares. Quando Joana vai ao H.S.J visitar Josué, a médica comenta: “o caso do Marcos Henrique, já é um caso diferente. Ele tem muito tempo pela frente, ele nem toma remédio, é assintomático”.

Joana abala-se em demasia com a descoberta da sorologia positiva do outro irmão, entretanto, Marcos Henrique garantiu que conseguiu convencê-la a não contar para o restante da família. Disse que os únicos amigos conhecedores de sua situação sorológica são aqueles que conheceu no H.S.J e também são soropositivos.

Jocasta

Jocasta tem 23 anos de idade, 2º. Grau completo, é heterossexual, recepcionista desempregada, mora com seu filho de três anos de idade na casa do pai juntamente com uma irmã, é soropositiva assintomática para HIV há quatro anos, contraíra o vírus de Rodrigo, ex-namorado e pai do seu filho.

Quando lhe pergunto se Rodrigo sabia que era portador do HIV, Jocasta responde:

Sabia, sabia. Mas ele não me contou nada. Eu sei que depois que eu descobri que ele tinha a mãe dele disse que ele pegou isso é, no... durante uma transfusão de sangue, porque ele é hemofílico, durante uma transfusão de sangue lá no Rio de Janeiro, mas ele também me disse algum tempo depois da gente se conhecer que ele usava drogas. Aí ele acabou com a vida dele, aí acaba com a minha e mais à frente com outras vidas também. Eu era tão acostumada a usar preservativo, mas aí ele dizia: confie em mim, aí pronto, confiei demais e agora to com este vírus. Eu pensava que eu tinha que ter confiança na pessoa, porque se eu não tivesse era ele que ia desconfiar de mim. Então, eu fui cair, como a maioria das pessoas caem, na confiança.

Guimarães (2001) discorrendo sobre as implicações sociais que facilitam o contágio feminino nos lembra que “antes de mais nada, não é a mulher que “veste a camisinha”, sim, o homem. Se essa solicitação partir da mulher, exigirá o consentimento do parceiro que, geralmente, é avesso ao uso. A insistência do uso do preservativo masculino constringe as

mulheres porque traz à tona a idéia de comportamentos sexuais irregulares ou desviantes do modelo monogâmico.

Se a mulher pedir ao marido/companheiro que a use, poderá indicar sua desconfiança de que ele tenha uma vida sexual “por fora” e que teria contraído uma dessas doenças com as “mulheres da rua”. (...) Outra versão dada para essa solicitação: poderá indicar ao parceiro que a mulher lhe foi sexualmente infiel e, por isso, contraiu alguma doença. Essas duas versões (...) apontam para a questão da fidelidade e confiança embutida no modelo monogâmico... (PARKER, 1994:225)

Jocasta ressaltou que considera Rodrigo uma pessoa covarde e de péssimo caráter pois se dizia apaixonado por ela, em contra partida, além de saber e esconder que era portador do HIV, ainda teve coragem de pedir-lhe relacionamento sexual sem o uso do preservativo.

Jocasta conhece a verdade através do tio de Rodrigo e disse que saiu chorando e correndo como uma “louca”. Só pensava em cometer o suicídio, inclusive tentou jogar-se debaixo de um carro mas foi impedida pelo tio do ex-namorado. Alguns dias depois finda o namoro porém assegurou que fez isso não por conta do preconceito mas porque começou a odiar aquele que a enganara e apostava ser seu “príncipe encantado: lindo, inteligente e apaixonado”.

Revelou que inicialmente não tinha coragem suficiente para realizar o teste anti-HIV, o medo do resultado apavorava-lhe. Contudo, dois meses depois do término de seu relacionamento com Rodrigo começou a sentir náuseas e enjôos e descobre que estava grávida. Durante o pré-natal o médico lhe pede alguns exames, entre eles o teste anti-HIV, confirmando o que ela tanto temia: a sorologia positiva. Jocasta omite para seus familiares, amigos e vizinhos sua condição sorológica contudo não tem coragem de escondê-la dos namorados sérios que teve após o diagnóstico, mesmo sabendo que posteriormente os mesmos irão evitá-la e afastar-se dela.

Vlândia

Vlândia tem 32 anos de idade, 1º. Grau completo, é heterossexual, solteira, comerciante, sua renda é de aproximadamente dois salários mínimos, soropositiva para HIV assintomática há seis anos.

Vlândia já morou em vários estados brasileiros, entre eles Brasília, Goiânia, Mato Grosso e Pernambuco. Como teve namorados em diversos lugares do país não sabe onde contraiu e quem lhe transmitiu o vírus. Interroguei-lhe como foi induzida a fazer o teste anti-HIV, respondeu-me: *“Eu fui fazer um exame, sem sentir nada, de gaiata com uns amigos e deu positivo”*.

Vlândia declarou ser extremamente vaidosa e que ultimamente tem ficado depressiva em virtude dos efeitos colaterais dos medicamentos anti-retrovirais:

Eu mesma tenho ficado depressiva porque os medicamentos não deram certo comigo. Quando eu comecei a tomar, eu lembro que eu tinha um corpo muito bonito e logo que eu sou bastante alta, mas meu corpo ficou assim largo só na parte de cima, do tórax, e as minhas pernas elas afinaram. Eu me olho no espelho e acho que eu to parecendo um homem, tanto que o pessoal me confunde às vezes com um travesti. Já não basta o medo do preconceito e eu ainda tenho que viver com isso, com vergonha do meu próprio corpo.

A revista Época de 19 de Junho de 2006, na matéria especial: *Vinte e cinco anos de aids*, aborda como vivem as pessoas que tiveram não só a alma mas também o corpo moldado pelo vírus ao longo dos anos. A reportagem traz na capa Valéria que há vinte e cinco anos é portadora do HIV e ao lado de sua imagem uma frase em que diz: *“Levo uma vida normal, mas as mudanças no corpo incomodam. Pegam na alma, abalam a auto-estima”*.

Vlândia e Valéria sofreram uma alteração na distribuição de gordura no corpo conhecido por lipodistrofia, na qual o rosto, os braços e pernas afinam, as veias ficam aparentes e a gordura migrou para barriga e seios.

Nos grupos de apoio a portadores do HIV, ouvem-se relatos de mulheres que não tiram a roupa nem para tomar banho. Mergulham em depressão e abandonam o tratamento na ilusão de recuperar os contornos perdidos. Até hoje não se sabe se a lipodistrofia é provocada pelos medicamentos ou pela ação conjunta dos remédios e do próprio vírus. Nos casos mais graves, surge uma corcova na altura da nuca, conhecida como giba de

búfalo. A grande preocupação é que a lipodistrofia volte a provocar o estigma que marcou a doença nos primeiros anos.

Apesar da curiosidade em torno das mudanças físicas de seu corpo, Vlândia afirmou que tem conseguindo manter oculta sua sorologia positiva tanto do namorado como dos familiares, vizinhos e amigos.

CAPÍTULO IV

MORTE FÍSICA E AIDS

*A morte não é terrível.
Passa-se ao sono e o mundo
desaparece – se tudo correr bem.
(...) A morte não tem segredos.
! ão abre portas.
É o [simples] fim de uma pessoa.*

Nobert Elias

Quando Cazuzza descobriu que era portador do HIV saiu correndo pela avenida de Copacabana desesperado, chorando e gritando a *aids me pegou*. As campanhas publicitárias de prevenção à aids da época contribuíram em muito para a difusão do pânico em torno do diagnóstico positivo para HIV. Os slogans de tais campanhas lembram-nos as histórias que ouvimos quando crianças a respeito do “bicho papão” que pega criancinhas impiedosamente para devorar: “*Cuidado, a aids pode pegar você!*”

Daniel analisando os motivos deste medo exacerbado que cerca a aids, disse:

desde que a epidemia começou a tomar forma, particularmente nos jornais diários, a observada marginalidade de suas vítimas foi ligada à observável severidade das conseqüências da doença. Uma atenção particular foi dada, talvez acima de todo o resto, a pelo menos três características da doença: sua natureza contagiosa, *sua aparente incurabilidade e seu desfecho inevitavelmente fatal* (Daniel, p. 19, grifos meus).

O sinônimo da aids foi e continua sendo para a maioria das pessoas a morte que Bauman define ser uma “tragédia especificamente humana”:

Ser imortal é coisa comum. Com exceção do homem, todas as criaturas são imortais, pois ignoram a morte. O que é divino, incompreensível, é saber que se é imortal. (...) Tudo, dentre os mortais, tem o valor do irrecuperável e do perigoso. Dentre os Imortais, de outro lado, todo ato (e todo pensamento) é o eco de outros que o precederam no passado, sem nenhum início visível, ou o constante presságio de outros que, no futuro, o repetirão a um grau vertiginoso. (...) Nada pode acontecer apenas uma vez, nada é preciosamente precário (BAUMAN,1998: 204).

Paradoxalmente, a consciência da morte é que torna possível que sonhemos com a imortalidade consoladora que a astuciosa razão faz acenar, ou seja, “enquanto permanecemos mortais a perspectiva de imortalidade pode afigurar-se um consolo” (BAUMAN, 1998: 204-205):

O ponto crucial da questão é que o conhecimento da mortalidade significa, ao mesmo tempo, o conhecimento da *possibilidade de imortalidade*. Em consequência, não se pode estar ciente da mortalidade sem encarar a inevitabilidade da morte como uma afronta e uma indignidade, e sem pensar nas maneiras de corrigir o erro. Estar ciente da mortalidade significa imaginar a imortalidade, sonhar com a imortalidade, trabalhar com vistas à imortalidade (...) (BAUMAN, 1998: 191)

É importante também salientar, a morte apesar de ser um acontecimento natural peculiar a todo ser vivo animado está impregnada de significados simbólicos socialmente construídos pelos sujeitos sociais. Philippe Ariés (1990: passim) ponderando sobre a morte afirma que ela sempre foi pensada como algo desagradável, contudo, até a primeira metade do século XIX as pessoas aprendiam a aceitá-la.

Depois da segunda metade deste século, quando o amor do outro (daquele que vai perder a presença do que parte) leva a morte para a clandestinidade e encobre o momento final do doente com mentiras e dissimulações para não confrontá-lo com a idéia do fim inexorável, é que o aviso da proximidade do inimigo inevitável torna-se penoso. O que é totalmente compreensível visto que antes do século XVIII a afetividade não ocupava o lugar que passou a ocupar no século XIX e principalmente hoje²³. A afeição estava distribuída entre um maior número de pessoas, os muitos parentes e amigos, e não reduzida ao casal e os poucos filhos como atualmente.

Data ainda do século XIX o início da medicalização, recurso dos ricos para retardar algo naturalmente imposto. Vêm à tona as práticas de assepsia, a morte se torna **suja e inconveniente**.

É porque a limpeza se tornou um valor burguês [...]. Os missionários cristãos impõem aos seus catecúmenos a limpeza do corpo tanto quanto a da alma da qual é o símbolo. [...] Um rapaz limpo tem probabilidade de apresentar boas idéias: é são. [...] Durante a segunda metade do século XIX, de forma bastante geral, a morte deixa de ser vista como bela, realçando-lhe até os seus aspectos repugnantes. [...] A morte já não causa medo apenas por causa de sua negatividade absoluta, provoca náuseas como qualquer espetáculo repugnante. Torna-se inconveniente como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. É indecente torná-la pública. Já não se tolera deixar entrar qualquer

²³ O que testemunhamos atualmente na família moderna, principalmente na classe média, com o advento dos métodos contraceptivos é o modelo de família constituído por casal e dois filhos. A morte de um destes desestrutura os indivíduos, não é possível substituições como no século XVIII e precedentes.

um no quarto com cheiro de urina, suor, gangrena, ou com lençóis sujos. É preciso impedir o acesso, exceto de alguns íntimos, capazes de vencer o nojo, e aos que prestam serviços. Uma nova imagem da morte está se formando: a morte feia e escondida, e escondida por ser feia e suja. (ARIÉS, 1990: 622)

A repulsa pelos odores e espetáculos da morte submeteu os doentes, a partir dos anos 30 e 40 do século XX, à reclusão no hospital. “As seqüelas fisiológicas saíram do cotidiano para passarem ao mundo da assepsia e da higiene, da medicina e da mortalidade inicialmente confundidas. Esse mundo tem um modelo exemplar – o hospital e sua disciplina celular” (ARIÉS, 1990:623).

Além da dominação dos impulsos sexuais é preciso aprender a dominar a morte:

Logo que uma (doença) parece grave, o médico tende a mandar o doente para o hospital. O progresso da cirurgia trouxe os processos de reanimação, de atenuação ou supressão do sofrimento e da sensibilidade. [...] O tempo da morte prolongou-se e se subdividiu ao mesmo tempo. Os sociólogos têm a satisfação de poder, daí em diante, aplicar seus métodos classificatórios e tipológicos. Há a morte cerebral, a morte biológica, a morte celular. Os sinais antigos, como a parada do coração e da respiração, já não bastam. São substituídos por uma medida de atividade cerebral, e eletroencefalograma. O tempo da morte pode ser prolongado à vontade do médico: esse não pode suprimir a morte, mas pode regular-lhe a duração, de algumas horas como antigamente, a alguns dias, semanas, mesmo anos. Tornou-se realmente possível retardar o momento fatal; as medidas tomadas para acalmar a dor têm como efeito secundário prolongar a vida. [...] A morte deixou de ser vista como fenômeno natural, necessário. Ela é um fracasso [médico] . (ARIÉS, 1990: 637- 639)

Todos estes processos contribuíram para a morte começar a ser encarada, mais do que nunca, como **brutal** e causar surpresa frente aos progressos espetaculares da medicina, das conquistas da longevidade. Antes, apesar de temida, fazia parte dos riscos diários. Desde a infância se esperava mais ou menos por ela.

A possessão do doente e de suas mazelas pela clínica médica tirou dele e dos seus familiares o direito de falar na morte. O enfermo é totalmente ignorante quanto ao seu quadro clínico, vive na ilusão de que sua enfermidade é medíocre, será curada, por isso preparar-se para encarar a morte não é necessário.

Atualmente, presenciamos a crítica progressiva ao discurso médico, principalmente em se tratando de aids, já que esta patologia surgiu num momento histórico em que ao menos

para os países desenvolvidos, as chamada epidemias – com toda a sua carga de letalidade – eram consideradas “coisas do passado”. (BOLETIM PELA VIDDA, 1993)

Logo, mesmo com o avanço da medicina, diante dos significados simbólicos que permeiam a morte, do sonho da imortalidade e do desejo de viver para sempre, o que se pode esperar, em pleno século XXI, após mais de duas décadas de epidemia da aids, de alguém que se depara com o diagnóstico positivo para HIV quando a morte ainda lhe parece, fazendo minhas as palavras do apóstolo cristão Paulo, um “último inimigo”²⁴ distante?

Bárbara e Maria Rita em suas entrevistas falaram a respeito do que sentiram ao receberem o resultado positivo para HIV:

Bárbara: Eu achava que aquilo ali pra mim era o fim né? Porque eu num conhecia... eu num sabia muito bem... é... eu num tinha uma abertura como eu tenho agora né, assim o conhecimento. Então pra mim... eu pensei então que eu tinha que sair de São Paulo e ir embora pra Fortaleza, pro meu lugar né? Ficar mais próxima da minha família, porque pra mim HIV já era... era só descer... era só terminar a vida e pronto. Eu num vivia nem como eu to vivendo hoje, então pra mim só passava na minha cabeça que dali pra frente eu ia só cair, cair até o dia de... de... falecer né? Então eu quis vir embora também o mais rápido possível, já num... na época eu já tava sem trabalhar também, aí eu já num queria mais nada na vida lá em São Paulo, então eu num queria mais nada, não queria mais trabalhar, eu num queria nem mais viver, entendeu? Pra mim ali era o fim e pronto.

Maria Rita: ! o dia que a doutora disse que eu era soropositiva, aí meu Deus, tu é doida, eu achava que eu já ia morrer no outro dia porque eu achava que quem tinha essa doença logo morria. Eu pensava assim, o Cazusa que tinha dinheiro, tinha uma condição de vida lá em cima morreu, imagina eu que não tenho condição nenhuma. Então eu tinha aquela preocupação, eu dizia, agora eu vou morrer mesmo.

A morte é um dos elementos que ancora a representação social da aids porque está intimamente relacionada ao imaginário da peste. Não é todo e qualquer diagnóstico médico que gera este sentimento de total indefesa e incapacidade. Inicialmente, portar o HIV para Maria Rita e Bárbara era como compor um grupo cuja perspectiva é inevitavelmente efêmera.

Curiosamente, quando Maria Rita realizou o teste anti-HIV estava completamente saudável e mencionou que “*não sentia nem sequer uma dor na unha*”. Nesse momento

²⁴ Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas. 1 Coríntios 15: 26, 1986, p. 1441.

indaguei-lhe o que a havia motivado a realizar o teste dado que não se manifestava nela os sintomas das doenças oportunistas que caracterizam a aids, em resposta obtive:

Maria Rita: Foi assim, eu... namorei uma criatura aí há muitos tempos atrás, há muitos anos mesmo, logo quando eu me separei do meu marido. Aí quando foi no... no mês de Dezembro do ano passado eu tinha ido na casa da minha mãe aí eu vi uma colega minha que era muito bonitona, né, aí ela tava tão magrinha [mudou o tom da voz diminuindo o volume com uma entonação de dó e pena], aí eu perguntei pra minha irmã porque é que ela tava tão magrinha daquele jeito se ela era uma mulherzona tão bonita, tão forte. Ela pegou e disse assim: Tu num sabe não? Eu disse não, ela disse: mulher ela ta com aids. Aí minha mãe disse assim: inclusive ela vevi [SIC] junta com aquele cara que tu namorou com ele há uns tempos. Aí pronto, aí isso me apavorou né? Aí eu fiquei com aquilo, com aquilo, mas não me achava com coragem de fazer o exame, com vergonha né? com medo. Até que um dia eu resolvi a ir. Aí eu fui lá pro Conjunto Ceará. Aí eu cheguei lá e assisti à palestra, aí quando foi na hora que eu entrei na sala a mulher perguntou lá pra mim, a assistente social, por quê que eu queria fazer o teste de anti-HIV, aí eu falei pra ela. Aí ela disse: mas já faz tanto tempo, eu disse: pois é, mas eu vou fazer. Aí eu fiz, quando eu fui receber o primeiro resultado disseram, né? que não tinha vindo, né? mas só que tinha vindo, mas só que elas queriam repetir pra ter a certeza. Aí ela foi e disse que eu tinha de fazer novamente o exame, aí eu fiz de novo. Aí quando veio os dois, veio todos dois como soropositivo. Foi assim que eu... que vim saber.

Maria Rita revela que foi encaminhada ao H.S.J e neste fez um escândalo sem precedentes: “*Eu gritava que não queria morrer e nem ficar naquele hospital onde só trata gente que já ta pra morrer*”. Imediatamente encaminharam-lhe à psicóloga que esclareceu a importância do acompanhamento médico para a realização periódica de alguns exames fundamentais ao paciente com HIV²⁵.

Maria Rita seguiu as instruções da psicóloga e não interrompeu as consultas médicas:

Eu já fiz umas consultas com a Dra. Dione e ela disse que eu podia levar minha vida normal. Mas no começo eu me sentia tão mal, mas tão mal que parecia assim que eu tava com uma doença séria mesmo que... que tava acabando comigo, acabando mesmo. Eu emagreci, eu comia muito, comia bem, eu bebia, eu ia a festa, mas eu num me achava mais com força pra nada. Eu num saía mais pra canto nenhum, nem a uma praia eu num ia mais. Foi assim como que num passe de mágica, eu tava boazinha e derrepente comecei a me sentir doente.

Analisando as narrativas dos entrevistados é importante salientar que a reação de Bárbara e Maria Rita foram reflexos de algumas questões que Mauss ajuda-nos a compreender

²⁵ Os exames são o de carga viral e o de células T CD4, responsáveis pela defesa do organismo. Aquele mede a quantidade de vírus que circula no plasma sanguíneo (naturalmente, a carga viral pode ser medida em outros tecidos) e o segundo mede o estado do sistema imunitário. O objetivo de tais exames é identificar quando há a necessidade de administrar medicamentos adequados para diminuir a carga viral para os níveis mais baixos e aumentar a contagem de CD4 para os níveis mais altos.

em dois de seus textos. O primeiro deles, *Relações Reais e Práticas entre a Psicologia e a Sociologia*, foi extraído do *Journal de Psychologie Normale et Pathologique* de 1924. O segundo foi apresentado à Sociedade de Psicologia francesa em 1926, titulado *Efeito Físico no Indivíduo da Idéia de Morte Sugerida Pela Coletividade*. Neste último o autor afirma que a morte puramente sugerida pelo meio social pode num indivíduo sem lesão aparente ou conhecida acarretar estragos físicos e mentais de grandes proporções capazes de matá-lo em curto espaço de tempo (MAUSS, 1974). No primeiro texto Mauss visando facilitar a compreensão do leitor sobre tal questão, cita sua própria experiência pessoal:

Pude observar a mim mesmo durante a guerra. Conheço, por violenta experiência, o que é a força física e mental que proporciona bom estado nervoso, mas também conheço a força que proporciona a sensação física da força mental e física dos que conosco combatem. Também experimentei o medo e vi como o pânico o reforça, a ponto de não só o grupo, como ainda a própria vontade individual, o instinto bruto da própria vida dissolverem-se ao mesmo tempo. (MAUSS, 1974: 188)

Aqui, reside uma das grandes contribuições de Mauss (1974:6): perceber que “a natureza social une-se de modo muito direto à natureza biológica” e psicológica do homem. Neste sentido, o domínio do patológico jamais deve confundir-se com o domínio do individual pois o que é tomado como patologia física pode ser reflexo de perturbações mentais de bases puramente simbólicas.

A este respeito vejamos também o que foi narrado por Madalena. Ela é soropositiva há seis anos e logo depois de descobrir sua condição sorológica pôr-se a pensar que a morte no seu caso estava mais perto do que nunca: “*num é isso que todo mundo diz: a pessoa que tem o vírus da aids num vive muito tempo, em pouco tempo ela se acaba*”. Disse que sua médica nesta época assegurou-lhe que seu organismo estava integralmente saudável pois, ao contrário da grande maioria que só descobre que é portador do vírus da aids anos após a contaminação, ela havia descoberto pouquíssimo tempo depois. Mesmo assim, Madalena falou que sentia dores de cabeça constantes e uma extrema indisposição física e apesar de tomar remédios fortíssimos de seis em seis horas a encefalite e a fraqueza física persistiam. Até que ficou sabendo por meio da sua irmã que seu filho mais velho, Miguel, estava novamente entrando em depressão por vê-la naquele estado. Foi quando Madalena assegurou para ela mesma que Miguel não ia vê-la novamente debilitada:

Madalena: A partir de hoje meu filho não vai mais me ver sofrendo. Por mais que eu esteja doente se eu tiver deitada e ver ele chegar no portão eu vou levantar, tombando aqui, caindo ali, mas ele não vai mais me ver deitada. E desde desse dia eu nunca mais tive dor de cabeça, né? Até eu tava pensando que isso era depressão mesmo... porque o meu próprio filho dizia: “mãe essa dor de cabeça será que num é depressão?”. Mas uma vez com meu filho teve que acontecer isso dali para me fortalecer mais ainda. Ai eu voltei até a trabalhar.

O estado físico de Madalena foi subjugado por uma condição mental condicionada pelos signos e símbolos que definem a aids: “doença bomba-relógio” pronta para explodir. Assim, como afirma Mauss, quando “o mental e o social se confundem, seria absurdo, no caso de contato direto entre social e fisiológico, aplicar a uma das duas ordens uma noção (como a de doença) que só tem sentido ao aplicar-se à outra” (MAUSS, 1974: 12).

Ora, já sabemos que a aids é representada como uma doença inevitavelmente fatal onde mesmo o diagnóstico precoce da sorologia positiva é percebido pelo indivíduo como uma sentença mortal. Contudo, é exatamente a idéia da morte iminente a principal desencadeadora do pânico, combustível necessário para dar partida à pulsão da morte de forma drástica e dramática como aconteceu com Jocasta:

Quando eu descobri que tinha o vírus na mesma hora eu tentei me matar, simplesmente eu fui pro meio da pista e endoidei. Eu só pensava nisso, eu tenho o vírus da aids, eu vou morrer, eu vou morrer. Isso é engraçado porque eu não queria morrer, eu tava mesmo era com medo da morte mas tava tentando me matar.

Um poema de Herbert Daniel²⁶ ilustra bem a que o pânico é capaz de levar-nos:

Não há pior inimigo do que o pânico.
Digo isso não para fazer baixa filosofia, mas
por experiência pessoal, inclusive porque a
baixaria é uma filosofia em expansão ...
(...) o pânico é abertamente o
adesismo fisiológico ao inimigo, porque ele te
magnetiza e te leva com todos os olhos sem
proteção para cima do ferrão do desespero.

O pânico inicial diante do diagnóstico da soropositividade é um fenômeno que comprova que “no fundo, corpo, alma, sociedade, tudo se mistura” (MAUSS, 1974:198) e que “a influência do social sobre o físico admite um mediador psíquico evidente; é a pessoa que se destrói a si mesma, e o ato é inconsciente” (MAUSS, 1974:189).

²⁶ Herbert Daniel foi ativista do grupo Pela VIDA e morreu de aids em março de 1992.

Não obstante, a postura atual dos soropositivos entrevistados diante da perspectiva da morte é, consideravelmente, amena. Madalena, Bárbara, Maria Rita e Jocasta afirmaram que já superaram a fase auto-destrutiva advinda do pânico da morte. A existência dos medicamentos anti-retrovirais contribuiu em grande escala para tranquilizar muitos portadores do vírus da aids. Atualmente, quando o médico detecta através dos exames de carga viral e CD4 o aumento da quantidade de HIV e a diminuição das células de defesa, imediatamente prescreve anti-retrovirais que além de conter a multiplicação do vírus ainda destrói, paulatinamente, os já existentes, resultado: com o tempo a quantidade de HIV no organismo de tão insignificante tornar-se indetectável. Em contra partida, as células de CD4 multiplicam-se livremente fortalecendo o sistema imunológico, resultado: ele volta a ser eficaz contra as doenças oportunistas²⁷.

Existem dois tipos de medicamentos anti-retrovirais: os inibidores da enzima transcriptase reversa e os inibidores da enzima protease. Os eliminadores da transcriptase reversa impedem o HIV de entrar nas células CD4 e dentro dela multiplicar-se numa velocidade imensa.

²⁷ “*Medição da carga viral* significa a determinação direta da quantidade de HIV no sangue de um paciente. Para ser exato, o que é medido é a quantidade de cópias de RNA do HIV por mililitro de plasma sanguíneo. Os métodos utilizados baseiam-se na amplificação direta do ácido nucléico (ou seja, multiplicação forte das cópias de RNA da amostra), essencialmente por PCR ("Polimerase chain reaction"), ou na amplificação elevada da medição do sinal (avaliação de DNA ramificado, ADNb). Atualmente, o limite inferior de detecção é de 5 a 49 cópias de vírus por mililitro de plasma, dependendo do método utilizado. O limite superior de detecção é de cerca de 10 milhões de cópias por ml de sangue. A carga viral é um marcador muito fiável para o progresso da infecção, sendo hoje em dia o indicador mais importante da eficácia da terapia anti-retroviral ou da necessidade de alterar, ou não, a terapia que o médico está a utilizar. O objetivo da terapia é atingir uma carga viral o mais reduzida possível. O nível ideal é um nível "indetectável" de cópias virais no sangue do paciente, para a maioria dos testes o limite é de 50 cópias/ml. Qualquer amostra de sangue com níveis de HIV abaixo daquele valor, diz-se que está "indetectável", o que não quer dizer que não haja HIV na amostra de sangue, mas sim que o número de cópias está entre 0 e 49 cópias/ml. As pessoas com carga viral indetectável podem ter pequenos aumentos de carga viral de tempos em tempos. São chamados picos e tipicamente a carga viral passa de indetectável a 100 a 200 cópias/ml voltando posteriormente a ficar indetectáveis, o que não significa que o tratamento esteja falhando. *Contagem de células T ou contagem de células CD4*: as células T4 ou CD4 são um tipo especial de glóbulos brancos que desempenham um papel importante e central no sistema imunitário do corpo humano. Infelizmente, são as células hospedeiras preferidas dos HIV que as atacam e destroem. Um indivíduo saudável tem cerca de 800 a 1500 células CD4 por microlitro de sangue. Quando o número de células CD4 é inferior a 200 por microlitro de sangue, a defesa imunitária deixa de ser eficiente. Em combinação com a carga viral, a contagem de células CD4 é um indicador fiável do estado do paciente. As células CD4 são contadas diretamente na amostra de sangue pela "citometria de fluxo laser". Através deste método os anticorpos monoclonais fixam-se e reconhecem estruturas superficiais específicas nestas células que são marcadas com marcadores fluorescentes especiais. Este processo permite contar e distinguir estas células das outras existentes na amostra através de um detector” (<http://www.bionetonline.org>. Acesso em: 24 novembro 2006).

Os eliminadores da protease, por sua vez, impedem que os vírus multiplicados nas células CD4 saiam das mesmas e contaminem novas células de defesa.

MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS				
Inibidores de Transcriptase Reversa			Inibidores de Protease	
<i>Análogos de nucleosídeos</i>		<i>Foram análogos de nucleosídeos</i>	Amprenavir	Ritonavir
Abacavir	Lamivudina	Delavirdina	Indinavir	Saquinavir
Didanosina	Zalcitabina	Efavirenz	Lopinavir	Atazanavir
Estavudina	Zidovudina	Nevirapina	Nelfinavir	

Depois de alguns anos portando o HIV os únicos participantes desta pesquisa que manifestaram sintomas de doenças oportunistas foram Madalena e Macedo, ambos acometidos pela toxoplasmose no ano de 2002. Com a administração dos anti-retrovirais tanto Madalena quanto Macedo voltaram novamente para a condição assintomática e pelo menos até a data de nossos últimos encontros suas cargas virais estavam indetectáveis.

A revista *Saber Viver* distribuída pelas assistentes sociais do H.S.J aos pacientes soropositivos traz artigos que focalizam a importância do medicamento anti-retroviral no prolongamento da vida e do bem-estar físico: “O paciente que, com a terapia anti-retroviral, consegue manter o nível de carga viral indetectável por uns dois anos, provavelmente vai conseguir mantê-lo assim indefinidamente, contanto que use o medicamento corretamente”. (SABER VIVER, 2001:7).

A supracitada revista também mostra os avanços científicos obtidos no tratamento dos portadores do HIV que não respondem mais a determinados medicamentos. Neste caso os médicos administram as chamadas terapias de resgate: “Quando os anti-retrovirais que você está tomando não estão surtindo o efeito desejado, o médico deve recorrer a uma terapia resgate. Isso significa que você terá que começar a tomar novos anti-retrovirais” (SABER VIVER, 2001:7). O atazanavir possibilita a restauração do sistema imunológico dos pacientes que não estão respondendo ao tratamento e devido as suas vantagens tem sido indicado como uma das primeiras escolhas na terapia resgate: “Ele é um medicamento da classe dos inibidores da protease que pode ser tomado apenas uma vez ao dia”. (SABER VIVER, 2004: 10). O Brasil ao

ameaçar a quebra de patentes conseguiu negociar e firmar convênios com várias indústrias farmacêuticas, entre elas a Roche e a Merck, que baratearam muitíssimo o custo dos medicamentos anti-retrovirais. Felizmente, um tratamento que poderia custar ao soropositivo cerca de dois mil reais por mês, no Brasil é inteiramente gratuito.

Após a descoberta da condição sorológica o portador do vírus da aids que faz acompanhamento médico no H.S.J é conscientizado de que ninguém morre propriamente de aids

e sim pelas chamadas infecções que, segundo a nomenclatura médica, se aproveitam da debilidade do organismo por sua falta de defesas. Muito menos se morre pela imunodeficiência adquirida, senão pelas conseqüências que ela causa sobre as defesas do organismo, possibilitando, por exemplo, que uma pneumonia se agrave a tal ponto que o paciente não resista e morra. O vírus da imunodeficiência já se encontra presente no organismo do sujeito desde muito tempo e não é ele quem mata, senão o desgaste das células defensoras que, uma vez esgotadas, abrem espaço para qualquer enfermidade instalar-se no organismo (CARNEIRO, 2000: 108).

O impacto inicial da descoberta da sorologia positiva para HIV é gradativamente substituído pela certeza de que a carga viral e CD4 são totalmente controláveis, o que justifica a primeira resposta que se pode obter ao interrogar a um soropositivo assintomático o que significa a aids para ele: *“Eu acho que é uma coisa normal, uma doença como outra qualquer, que você só precisa saber controlar”* (Helena), *“pra mim tem doença que é até pior na questão do tratamento, como por exemplo, o câncer. É por isso que eu acho a aids bem mais fácil de tratar”* (Maria Rita).

As entrevistas comprovam: após alguns anos convivendo com o HIV o medo que aterroriza os soropositivos assintomáticos participantes desta pesquisa não é o da morte física e biológica, sim, o da morte social. Cabe então as seguintes perguntas: O que está subjacente ao medo da morte social? Se o medo exacerbado da morte física gera efeitos psíquicos que podem impulsionar alguns soropositivos a mergulhar nela o que o medo da morte social é capaz de impulsionar? Busco nos capítulos seguintes responder a essas questões.

CAPÍTULO V

A MORAL E A PRODUÇÃO DA CULPA E DO CASTIGO

*Hoje em dia, os homens sentem, freqüentemente,
suas vidas privadas como uma série de armadilhas.
Percebem que dentro dos mundos cotidianos,
não podem superar suas preocupações,
e quase sempre têm razão nesse sentimento.
(...) E quanto mais consciência têm,
mesmo vagamente, (...) das ameaças
que transcendem seus cenários imediatos,
mais encurralados parecem sentir-se.*

Wright Mills

Robério há dezenove anos ao descobrir que era soropositivo ficou a par do caso de um rapaz cuja família depois de saber que o mesmo era portador do vírus da aids isolou-o num quartinho nos fundos da casa.

Marcos Henrique narrou que ele e seus familiares costumavam ajudar financeiramente uma vizinha de idade avançada que sustentava praticamente sozinha as filhas e os netos:

Minha mãe tinha pena dela porque ela passava o dia na rua, pegando um pacotinho de farinha de milho numa casa, pegando um trocadinho pra comprar pão em outra, uma latinha de sardinha em outra, a vida toda desse jeito. Aí minha mãe começou a ajudar, comprava cesta básica pra ela, dava alimento, menina dava tudo. Eu dava a ela também quando eu tinha um dinheirinho sobrando, ele também [irmão que morreu de aids] dava muita coisa a ela.

Foi com a voz contida e os olhos marejados que Marcos Henrique contou que, recentemente no ano de 2004, após esta senhora descobrir que seu irmão estava morrendo em virtude dos sintomas da aids deixou de andar na sua casa porque “*tinha medo de pegar a doença dele. Mas ela deixou claro, bem claro, que era uma doença maligna, que tinha nojo, aí deixou de ir lá em casa, aí ele faleceu*”

Vlândia narrou o caso de uma vizinha, Judite, que revelou para os vizinhos sua condição sorológica positiva para HIV:

Ela tem e falou pra todo mundo, ela não escondeu e falou. Então a Judite um dia desses pegou uma briga lá e minha outra vizinha começou a gritar, a dizer pra todo mundo ouvir que ela era uma aidética e disse que ela ia morrer seca e cheia de ferida. Eu fiquei com uma pena tão grande da Judite, foi um barraco muito grande, ela ficou tão triste e só chorava. Então quando você tá com esse vírus você deixa de ter nome, passam a chamar você só de aidética. Deus me livre se alguém me chamasse assim, eu acho que eu matava a pessoa. Eu sei também que muitas pessoas passaram até a se afastar dela. Ela morava com uma amiga e essa amiga dela não deixou nem a Judite pegar mais na filha dela, então ela saiu da casa da amiga e tá morando num quartinho lá perto.

Maria Rita contou o que aconteceu com uma jovem soropositiva, que conheceu no H.S.J, depois da vizinhança descobrir que o marido dela estava internado no Hospital Geral de Fortaleza bastante debilitado em virtude da manifestação das doenças oportunistas que caracterizam a aids:

Essa menina ela é manicure e pense só no que aconteceu. Ela disse que tanta gente se afastou dela. Ela disse que não tá mais trabalhando porque ninguém quer mais fazer a unha com ela. É por isso que eu escondi e vou esconder o máximo que eu puder, até onde der [voz firme e decidida]. Até onde der eu vou esconder e nunca vou falar porque eu tenho muito medo das pessoas virarem as costas pra mim.

No livro *Aids a Terceira Epidemia: Ensaios e Tentativas*, o autor narra o que sucedeu no pequeno condado de Highland, na Virgínia, quando E. Kubler-Ross quis levar para lá um asilo para bebês abandonados com aids:

A comunidade local ficou, em boa parte, contra o projeto, que poderia afetar o turismo, os negócios e alguns outros sentimentos e valores cristãos dos quais não me lembro agora. Durante o debate, os jornais locais receberam muitas cartas de leitores. Numa dessas cartas, uma senhora, provavelmente muito bem informada, escreve com letras maiúsculas: A AIDS É UM PROBLEMA MUNDIAL. No meio dos confusos e preconceituosos argumentos dos leitores locais, este parecia um refrigério de sabedoria. Mas a senhora acrescenta imediatamente: POR QUE ENTÃO TRAZÊ-LO PARA HIGHLAND? (DANIEL, 1991:36)

O que essas histórias têm em comum? *O rechaço proveniente do estigma da aids*. No tocante ao rechaço, Carneiro (2000: 10) lembra ser uma das mais primitivas reações que a espécie humana conserva em nome do *eu* ameaçado e define-o como forma violenta de defesa que aparece para salvaguardar desesperadamente o espaço vital do indivíduo através de restrição imposta quando o “outro”, o “estranho”, caso do portador do vírus da aids, assume o lugar do difusor da peste, enfim, do *mal*.

Mas o rechaço ao soropositivo é carregado de uma simbologia merecedora de atenção especial e explicação um pouco mais incisiva:

A aids ao mostrar no real que o homem porta uma **deficiência cultural congênita**, convoca o **rechaço** contra o enfermo ameaçador que outrora foi identificado no campo da lepra (...), da sífilis (...). E essa é uma constatação precisa. Não há possibilidade de que o homem se cure definitivamente da falta de saúde que sua **condição cultural lhe impõe**. Essa se renova constantemente no aparecimento de um novo vírus, uma nova desgraça, enfim, num novo mal. Convoca o homem a pensar que o que mais se **rechaça** no enfermo de aids é nada menos do que a constatação de que no seu próprio sistema imunológico aparecem brechas que nenhum saber pode preencher. E isso faz a diferença frente as demais enfermidades e demonstra que há, na AIDS, uma atualização da loucura, sutil, porém não menos perversa daquelas que se identificou no desespero da humanidade em outros momentos. (CARNEIRO, 2000: 11, grifos meus)

È sabido que a saúde e a doença são também construções sociais. Um indivíduo está doente ou saudável quando a sociedade legitima sua condição físico-biológica individual como estado mórbido ou não. O soropositivo assintomático não denuncia, fisicamente, patologia clinicamente diagnosticável, sua deficiência como ressalta Carneiro é “cultural congênita”, é, portanto, fruto da imposição sócio-cultural. O que se rechaça nele decorre, em parte, desta incapacidade cognitiva de compreender as “brechas” que seu sistema imunológico apresenta, ou seja, o organismo está saudável, porém, em virtude da diminuição gradativa das células de defesa, é potencialmente propenso a desenvolver doenças²⁸. Assim, o rechaço ao indivíduo de sorologia positiva em condição assintomática é “um tipo de reação em que a espécie humana tenta, a todo custo, evitar incorporar à realidade que lhe é inerente e que representa nada menos do que sua própria precariedade ou o seu estado de desamparo frente a sua condição falida como possessor de um objeto idealizado chamado saúde” (CARNEIRO, 2000: 16).

O que faz do rechaço ao soropositivo um fenômeno social instigante é ainda o fato do mesmo ser tipicamente moral: “moralmente, a carga de condenação aos atos cometidos pelos que contraíram (...) [o vírus] reforça a idéia de que (...) esses pacientes faliram no intento de manter os ideais sociais de integridade em alta” (CARNEIRO, 2000: 20).

²⁸ O enfermo de aids não “morre pela imunodeficiência adquirida, senão pelas conseqüências que ela causa sobre as defesas do organismo, possibilitando, por exemplo, que uma pneumonia se agrave a tal ponto que o paciente não resista e morra. Não se morre de AIDS e sim pelas chamadas infecções que, segundo a nomenclatura médica, se aproveitam da debilidade do organismo por sua falta de defesas. O vírus da imunodeficiência já se encontra presente no organismo do sujeito e não é ele quem mata, senão o desgaste das células defensoras que, uma vez esgotadas, abrem espaço para qualquer enfermidade instalar-se no organismo”. (CARNEIRO, 2000: 108)

Quanto ao estigma, Goffman (1988:11) esclarece que o termo foi criado pelos gregos para nomear sinais corporais com os quais se procurava comprovar algo extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentavam. “Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída”, moralmente inferior - que devia ser evitada. Alguns séculos depois, na era Cristã, dois planos metafóricos foram adicionados ao termo: “o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico” (GOFFMAN, 1988: 11). Na atualidade, Goffman garante que o termo é mais largamente utilizado de maneira semelhante ao sentido original, entretanto é mais direcionado à própria desgraça do que à sua nitidez corporal.

Logo, os portadores do HIV nos casos citados foram alvos de sanção punitiva na forma de rechaço porque a consciência coletiva os julga difusores do estigma da peste mesmo quando o mal é fisicamente imperceptível. Para Balandier (1997:202) o estado de pré-aids, soropositividade assintomática, manifesta sua malignidade do seguinte modo: “não ataca para dentro, mas para fora e destrói a vida de relações da pessoa da qual é hospede (...). o mal apesar de parecer não estar presente não impede que muitos até hoje considerem a aids a desordem mortífera que deve ser contida por barragens: controles repressivos, confinamento, exclusão”, tudo isso alicerçado na censura e castigo, componentes fundamentais da sanção social.

É válido ressaltar que a censura e o castigo são produtos da moral vigente em toda e qualquer sociedade em nome da qual julga-se e condena-se por meio de um sistema de regras de conduta delimitador e diferenciador do *bom* e do *mau* (DURKHEIM, p. 50). Nietzsche em busca do sentido etimológico destes termos descobriu que o primeiro em todas as línguas deriva de uma mesma transformação conceitual; bom é aquele que possui uma alma de natureza elevada; o segundo termo, por sua vez, se aplica ao homem baixo, vil, infeliz, em suma, *moralmente* estigmatizado. A aids é, portanto, um problema de indivíduos “estranhos”, simbolicamente sujeitos e poluídos, moralmente inferiores e culpados pela própria contaminação.

A sétima arte também prefigura a realidade e no filme Filadélfia, Tom Hanks interpreta o brilhante advogado Andrew Beckett, que resolve processar a firma de advocacia na qual trabalhava porque depois dos sócios da mesma descobriram que ele era portador do vírus da aids, despediram-no sob a falsa alegação de incompetência profissional. Durante as audiências no tribunal fica notório que o caso de Beckett envolvia não necessariamente o medo da contaminação mas principalmente a atribuição de *culpa* e de *transgressão moral*, Beckett era homossexual.

Macedo, garoto de programa no passado e atualmente pastor de uma igreja evangélica, confidenciou temer especialmente que os membros de sua religião descubram que ele é portador do vírus da aids e depois afirmem: “*Você tem aids, então você deve ter pecado muito*”. Afirmou recear que ao passo que as pessoas descubram sua condição sorológica seu passado venha à tona fornecendo base para dizerem que ele é o *culpado* de sua própria contaminação e Deus o *castigou* por seu comportamento “promíscuo”.

Foucault (1988:23) ao estudar a história da sexualidade afirmou que foram exatamente as instâncias religiosas que exerceram um papel fundamental na colocação do sexo como tabu. No movimento de Contra-Reforma no século XVI ela dedica-se com afínco a incitar nos fiéis a confissão dos pecados da carne com o objetivo de impor regras meticulosas no exame de si mesmo, mas principalmente porque começa a atribuir total importância à penitência para afastar as insinuações da carne:

[...] pensamentos, desejos da alma e do corpo, tudo isso deve entrar, agora, e em detalhe no jogo da confissão e da direção espiritual. O sexo, segundo a nova pastoral, não deve mais ser mencionado sem prudência; mas seus aspectos, suas correlações, seus efeitos devem ser seguidos até às mais finas ramificações [...] (FOUCAULT, 1988: 23)

Lima, por sua vez, afirma que para melhor compreender a doutrina cristã da negação da sexualidade é imprescindível analisar a obra de Santo Agostinho que, juntamente com São Tomás de Aquino, construiu uma das colunas do pensamento medieval. O maior teólogo da Patrística associou definitivamente, no imaginário cristão, sexo e pecado original.

Para Agostinho, o pecado original nascera da soberba – ou amor do homem por si mesmo – que o fez desobedecer a Deus, e o castigo para essa desobediência era a própria desobediência. Por rebelar-se contra Deus – espírito sumperemo – o homem seria condenado à rebelião da carne contra o espírito, isto é, à *libido*. O termo *libidim* denominava os apetites em geral, e *libido*, sem referência a nenhuma paixão em

particular, designava o apetite carnal. Apetite que, segundo Agostinho, apoderava-se do corpo no exterior e no interior, misturando o desejo da carne com o afeto do ânimo e provocando o maior dos deleites físicos que o homem podia experimentar. Com razão – diz o bispo de Hipona – nos envergonhamos deste apetite e com razão todos os membros que, por assim dizer o alentam ou refreiam, se chamam vergonhosos, o que não foram antes que pecasse o homem. (LIMA, 1996: 39)

O termo luxúria é que conjugará todos os pecados da carne num só conceito, representando até hoje um dos sete pecados capitais, fixados no século XII, após um longo processo de construção doutrinária iniciado no século V (LIMA, 1996: 41). A luxúria é um deleite desordenado que nasceu da rebelião da carne contra o espírito, é da ordem do mundo dos desejos, em suma, é pecado crasso e original. Desta forma, o conceito cristão de concupiscência ou *libido* originou-se a partir da leitura sexualizada do pecado original, “constituindo ao mesmo tempo a culpa e o castigo legados ao gênero humano por Adão” (LIMA, 1996: 41).

Nietzsche (2005: 76) critica os genealogistas da moral por atribuírem, na maioria das vezes, ao castigo este fim último: a sanção punitiva. Contudo, no caso dos portadores do HIV, a aids tem exatamente este alcance: punir. De acordo com a interpretação de tipo moral a aids é uma doença-punição que se abate sobre a licenciosidade sexual, amplamente criticada, especialmente pelas instâncias religiosas, que consideram a patologia o efeito colateral de uma sociedade permissiva, “uma condenação pelas condutas degeneradas, uma punição pela irresponsabilidade sexual, um flagelo do qual são poupados os bons cristãos que nem sonham em se comportar mal” (JODELET, 2001:18). “Pollack cita o exemplo do Brasil, onde a Conferência Nacional dos Bispos se levantou contra as campanhas governamentais de promoção do preservativo, qualificando a aids de consequência da decadência moral, castigo de Deus (...)” (JODELET, 2001:18).

Marcos Henrique sofreu pessoalmente atribuição de culpa pela contaminação e rechaço advindo da sanção punitiva estruturadas sob a moral religiosa. Ele disse que em 2001 começou a suspeitar que assim como seu irmão também havia sido contaminado pelo HIV. Nesta época era noivo de Beatriz a cerca de dois anos e revelou-lhe suas suspeitas:

Marcos Henrique: Beatriz, eu vou fazer o teste do HIV porque eu to sentindo umas coisas tão esquisitas. E ela nem ligava, mas com o passar do tempo ela já toda desconfiada num dia que a gente ia se aproximando da igreja ela virou e disse pra mim, você vai ter que fazer esse exame, eu disse, não mas agora eu num queria fazer, mas ela disse, vai, você vai ter que fazer agora. Eu disse tá bom, eu vou fazer, saiu o resultado com quinze dias e deu positivo. Eu

cheguei prá ela e disse, tá aqui o resultado, deu positivo. A primeira pessoa que eu mostrei foi prá ela, mas eu podia ter dito que tinha dado negativo.

Tanto Marcos Henrique quanto a ex-noiva eram evangélicos e seu futuro sogro, pastor da igreja na qual congregavam-se. Após a comprovação do resultado, Marcos Henrique propôs a Beatriz:

Se você quiser me deixar agora é a hora. Eu disse isso três vezes: Beatriz, num é melhor a gente acabar. Eu disse isso durante uma semana e ela me dizendo, não, não, vamos continuar.

Marcos Henrique pediu à Beatriz que não falasse de sua condição sorológica para ninguém e surpreende-se com a atitude da futura sogra, Rosalina, quando num determinado final de semana ao aproximar-se de sua casa ela grita repetidas vezes: “*Ele vai morrer, é um **aidético**, ele é um **amaldiçoado**, ele **não tem Deus**”*. Acrescentou também que veio gente das adjacências olhar e ouvir o que Rosalina dizia a seu respeito. Depois relata com muita amargura e revolta que não teve mais coragem de ir a casa daquela que ser-se-ia sua esposa e foi procurá-la na igreja. Para sua decepção, o pai dela, a saber, o pastor da congregação, expulsou-o do templo:

Ele me enxotou de dentro da igreja, Assembléia de Deus, igreja Assembléia de Deus, me enxotou de dentro da igreja.

Dizer que Marcos Henrique ao ser rechaçado foi vítima do preconceito e da discriminação não é uma inverdade porém pouco acrescenta à compreensão formalizada da problemática. Suas narrativas posteriores pensadas em conjunto com o que foi dito por ele anteriormente apontam para um dado de grande relevância sociológica. Marcos Henrique revelou que antes da família de Beatriz saber que ele era portador do HIV todos tratavam-no muito bem, principalmente a mãe dela. Declara que isso não era por menos pois, todo final de ano, ele tanto presenteava a noiva com roupas e sandálias como também alguns de seus parentes, especialmente, dona Rosalina. Senti seu desapontamento e descontentamento ao pronunciar:

Quando Beatriz me enxotou a gente já tinha comprado as coisas de casa. Ela ficou com tudo, não devolveu nada, ficou com tudo de casa, não devolveu nada. Fiquei cheio de conta pra pagar, três empréstimos, tudo ela queria e tomava de mim.

Marcos Henrique presenteava a noiva e os parentes dela e em retribuição *todos o tratavam muito bem*. Mauss (1974: 25) afirma “que nas coisas trocadas... existe uma virtude que força as dádivas a circularem, a serem dadas, a serem retribuídas”. A aids rompeu com esta

virtude que propiciava a troca de bens físicos por bens abstratos, honra, dignidade, respeito. Ser portador do HIV era prova cabal de que Marcos Henrique transgrediu em algum momento *valores morais* e por isso tinha sido *amaldiçoado* por Deus, rompendo-se igualmente os vínculos de solidariedade, pensados por Durkheim (1999:30-31) como um fato de ordem moral, “fator essencial da coesão social”. Ele foi alvo de uma sanção punitiva que consistiu “essencialmente numa dor, ou, pelo menos, numa diminuição infligida”, tendo por objetivo atingi-lo em sua honra, vida e liberdade (DURKHEIM, 1999: 37).

Entretanto, os soropositivos assintomáticos entrevistados também interagem socialmente e através do fenômeno sócio-dinâmica de estigmatização são induzidos a ratificar e compartilhar, em menor ou maior grau, da trilogia “transgressão moral-aids/punição-culpa”. Este fenômeno foi identificado por Nobert Elias (2000: passim) em Winston Parva onde os moradores em nada inferiores àqueles que se julgavam superiores aceitavam com resignação ao passar dos anos que além de moralmente inferiores eram simbolicamente sujos e poluídos por simplesmente pertencerem ao grupo taxado como a porção ruim e pior da humanidade. O autor faz questão de assegurar que esta tendência em atribuir falha a indivíduos que pessoalmente nada fizeram para merecê-las não é peculiar somente a Winston Parva antes é um fenômeno universal.

Há alguns anos, Bárbara participa dos cultos religiosos da Igreja Católica constantemente, provavelmente isso explique, em parte, o fato de seus discursos trazerem tão explicitamente a moral segundo a qual a aids é um “*castigo*” dado aos que não se *comportam bem* e desobedecem a Deus. Segundo Bárbara, ela sofre da punição decorrente do “*mau comportamento*”, em suma, ela ancora a representação de sua condição sorológica positiva para HIV na trilogia transgressão moral-aids/punição-culpa:

Bárbara: (...) às vezes é que eu digo assim, meu Deus eu acho que tudo isso... porque isso é em função do meu mau comportamento, eu fui como é que se diz... promíscua. Agora eu já vou entrar na religião, isso é em função da desobediência da gente a Deus né? Com certeza. Porque eu nunca fui uma pessoa casada, então tive dois parceiros e... e foi desse último que eu... que eu peguei né? Foi por causa da desobediência e do mau comportamento. Se eu não fosse desobediente e não tivesse me comportado mal com certeza eu seria uma pessoa sadia, né? Eu num tinha doença nenhuma porque eu não teria sido castigada..

Bárbara só teve dois relacionamentos amorosos no percurso de sua vida, no entanto, os estigmas relacionados a aids (transgressão moral: promiscuidade, devassidão e perversão) e os

dogmas e valores morais religiosos compartilhados por ela, levam-na a crer que seu passado condena-lhe: ela foi promíscua e por comportar-se mal mereceu ser castigada. A sócio-dinâmica de estigmatização é exatamente esta via de mão dupla na qual caminham dois elementos: indivíduo e sociedade. O segundo só obtém sucesso na imposição do estigma se o primeiro o ratifica e legitima o que ocorre muitas vezes quando aceita a avaliação pejorativa de seus próprios comportamentos e de sua própria personalidade mesmo quando ambos não oferecem bases empíricas para isso. Desta forma, psiquê e sociedade se inter-relacionam, isto é, as formulações psicológicas e estruturas sociológicas. Mauss (1974:7) discorrendo sobre esta questão nos diz que o social não pode ser pensado em termos de oposição binária com o individual pois estas “duas ordens não estão numa relação de causa e efeito (seja qual for, aliás, a posição respectiva que se atribua a cada uma), (...) a formulação psicológica é apenas uma tradução, no plano do psiquismo individual, de uma estrutura propriamente sociológica”.

Destarte, opor o social ao psicológico é errôneo pelos simples fato de induzir-nos a pensar que o psiquismo é completamente individual, enquanto, valores sócio-culturais são essencialmente coletivos.

O individual, como detentor dos conteúdos de sua própria consciência, como autor de seus próprios pensamentos, como personalidade responsável por seus pensamentos e sentimentos – esse individual é puramente um fenômeno sócio-ideológico. Logo, o conteúdo do psiquismo “individual” é, por natureza, tão social quanto a ideologia...” (BAKTHIN, 1997: 148).

Fazendo minhas as palavras de Lévi-Strauss (1974: 7), ao discorrer sobre Marcel Mauss, antes há uma “subordinação do psicológico ao sociológico” porque “as condutas individuais (...) jamais são simbólicas por elas mesmas: são elementos a partir dos quais um sistema simbólico, que só pode ser coletivo, se constrói”.

Conseqüentemente, em virtude da sócio-dinâmica de estigmatização aquilo que existe de mais coletivo e individual nos participantes desta pesquisa, acusa-os, a saber, suas consciências. Logo, o que Nietzsche (2006: 77) considera superficial e ingênuo sobre a propriedade do castigo é de suma relevância para entender o emaranhado simbólico que permeia a contaminação pelo HIV: “o castigo deve ter essa propriedade de despertar no culpado o *sentimento de culpabilidade*, revelando nele o verdadeiro instrumento dessa *reação psíquica* que

se denomina “*má consciência*”, “*remorsos*” evidente não só nas narrativas de Bárbara mas também de Maria Rita e Madalena.

No dia 22.01.2006 fui almoçar com Maria Rita na sua residência²⁹ e aproveitei para gravar nossa última entrevista. Nesta ela narra uma conversa mantida com um rapaz de sorologia positiva para HIV enquanto ambos esperavam consulta no Hospital São José:

Maria Rita: Dessa última vez que eu fui tinha um rapaz lá que ele era da Marinha, aí ele era homossexual. Agora ele é casado. Agora ele é casado, tem filho. Mas ele disse que pegou a doença de um rapaz que ele gostava. O rapaz sabia que era doente e botou a doença nele. Ele disse que quase morre, que teve muito mal, agora ele é casado.

Kelma: Quer dizer que ele deixou de ser homossexual?

Maria Rita: Deixou, deixou de ser homossexual. Ele ficou muito revoltado com esse rapaz que ele gostava porque ele disse que ele descobriu que era já ia fazer onze anos e não contou pra ele, então ele ficou tão revoltado. Ele disse que agora deixou de ser homossexual. Ele vive só com a esposa dele e o filho. Ele disse que a esposa dele não é doente mas ela sabe que ele é. ¶ esse dia eu tava lá e ele ia pra consulta também.

Kelma: Mas ele descobriu que era soropositivo antes de casar com ela?

Maria Rita: Foi antes de casar. Ele conheceu ela depois que descobriu que era soropositivo. Ele era marinheiro, vivia viajando e aí ele tinha esse caso com esse rapaz. Aí quando ele descobriu que tava doente aí ele foi e deixou esse rapaz. Ele ficou com muita raiva dele, queria matar ele e tudo, mas aí foi e deixou ele. Aí começou a se tratar né? Se recuperou. Aí conheceu essa menina. Aí foi e falou pra ela que era doente e tudo, mas mesmo assim ela quis ficar com ele.

Kelma: Mas em algum momento eles mantiveram relações sem preservativo porque ela engravidou, então ela ainda correu o risco de ser contaminada.

Maria Rita: Mas ele disse que ela não é doente, ele disse minha esposa não é doente.

Kelma: Interessante não é Maria Rita, não é sempre que a pessoa contrai.

Maria Rita: É. Eu acho que isso em mim foi um castigo pelo meu mau comportamento depois que eu me separei.

Maria Rita ao narrar o que lhe confidenciou o rapaz contaminado pelo ex-namorado cômico da condição sorológica positiva para HIV há onze anos, enuncia a relação entre comportamento “promíscuo” (homossexualidade) e aids como punição. Quando o rapaz assegura-lhe que abandonou as práticas homossexuais para se enquadrar no grupo de identidades sexuais que representa a norma (homens heterossexuais) (Louro, 2001: 15) veio nela à tona sentimentos de *culpa* e *arrependimento* por também ter saído da norma e se comportado “promiscuamente”, *culpa* e *arrependimento* que ela consciente ou inconscientemente atribuiu

²⁹ Maria Rita mora num bairro pobre da periferia de Fortaleza e sua casa foi construída numa área de risco a margem de um canal que faz comunicação com o rio Siqueira. Ela contou que quando chove sua casa fica inundada, e muitas foram às ocasiões em que teve de se abrigar na residência de parentes. O canal é bastante poluído aumentando assim o mau cheiro e a quantidade de animais roedores (ratos) e peçonhentos.

igualmente presentes no seu interlocutor. Ela considera a contaminação um *castigo* pelo seu comportamento posterior à separação. Enquanto vivia com o ex-marido ressalta que só manteve relações sexuais com ele, mas depois de separada, revela: “Comecei a brincar, a sair, a namorar muito, muito mesmo. Às vezes era só ficar, às vezes era cama”.

Ao entrevistar Madalena ela disse que após dar a luz ao segundo filho fez um resumo de sua vida e chegou à conclusão que não tinha muita coisa boa para lembrar e usufruir. Revelou que sente-se *culpada* por ter contraído o HIV e pelos problemas de saúde da mãe, dona Margarida, e depressão do filho mais velho, Miguel.

Segundo Madalena, dona Margarida sempre foi-lhe muito apegada e tratava-a com muito carinho mesmo quando vivia em Fortaleza “fazendo programas” e passava meses sem ir visitá-la. Todavia, só teve coragem de contar para a mãe sua condição sorológica quase dois anos depois do diagnóstico e narrou com bastante emoção este momento:

Madalena: (...) pra minha mãe... quando eu contei pra ela, enquanto eu chorava, ela levantou minha cabeça e disse, não baixe a cabeça pra mim e do jeito que você não vai baixar a cabeça pra mim você não vai baixar pra ninguém. Levante ela e continue sempre com ela levantada e olhando nos olhos mesmos.

Alguns meses depois a senhora de sessenta e cinco anos tem uma AVC e ao lembrar desta ocasião Madalena chorou intensamente deixando explícita a associação da prostituição à transgressão moral. Ao se prostituir ela praticava o que é *errado e mau*:

*Madalena: Minha mãe é muito boa pra mim. Ela é tudo de bom pra mim. Eu agradeço a Deus cada dia, pois ela teve o AVC mas não morreu. Ela teve o AVC e eu fiquei durante oito dias com ela, eu não ia pra casa nem pra trocar de roupa, porque eu tinha medo de chegar e num encontrar minha mãe, né? Ela convulsionava de vez em quando e meus filhos ficaram um na casa de um, um na casa de outro, ou na casa das minhas irmãs. **E ela sempre foi assim, uma mãe muito... muito assim de me passar segurança apesar de ter errado muitas vezes e ter dado muito desgosto a ela me prostituindo, fazendo o que é errado e mau.***

O derrame cerebral deixou seqüelas em dona Margarida que a consciência de Madalena acusa-lhe culpada, culpa que especificou aos prantos:

*Madalena: (...) Tem hora que ela ta esquecida, ela troca o nome da gente, sabe? Eu faço tudo pra não acelerar mais o processo, porque eu **já me sinto tão culpada pelo que aconteceu com ela, eu tenho isso dentro de mim, essa culpa que, as vezes, eu penso que vai acabar comigo** principalmente depois que o médico disse que da próxima vez ela num... ou ficava entrevada numa cama, feito vegetal, ou ela... passava dessa pra outra. (...) Ela faz xixi na rede de noite, ela num fica abalada assim de ficar abalada.... ela fica só assim voando, mas a*

*reação dela vem de noite, ela não dorme, quando dorme faz xixi na rede. Então às vezes ela acorda e desce e faz xixi no chão de baixo da rede, ela abre a geladeira e faz xixi perto da geladeira, sabe isso daí.... ver isso daí me dá mesmo uma **dor tremenda na consciência**.*

Madalena dedica a maior parte do seu tempo a cuidar de dona Margarida e do filho Miguel de dezessete anos de idade que ficou sabendo da condição sorológica da mãe aos onze anos mas nunca pode confidenciar para amigos ou namoradas, visto que suas tias e a própria Madalena lhe aconselharam a omitir pra evitar a discriminação: “*nem pra namorada dele ele se abre e depois de saber que eu tenho o vírus meu filho vive depressivo*”. O trecho seguinte faz parte de uma extensa narrativa em que Madalena contou trechos de uma conversa que manteve com a diretora e as professoras do colégio onde o filho estudava:

Madalena: Porque assim, eu conversei com a diretora e professoras do colégio em que o Miguel estudava e elas me disseram que ele tava triste lá pela sala de aula (...). Aí quando elas começaram a ver ele fechado num mundo que só ele criou, elas me contaram que foram e chamaram ele pra conversar. Aí durante essa conversa ele disse pra elas que tava depressivo e já havia pensado até em se matar. A primeira vez ele não se matou porque pensou na namorada dele, porque ela é muito saudável, muito linda pra depois ficar aí pensando que por causa dela ele se matou, num tem nada a ver com ela. E da outra vez ele pensou foi no pai dele [o tio, esposo da irmã de Madalena que o criou como filho]. Agora por último eu falando com elas, tanto com a diretora como com a vice e dois professores que eu sei que gostam muito dele, aí eles quatro me disseram que iam fazer uma junta e chamar o Rafael e assim eles fizeram e disseram pra ele: você não vem aqui no colégio, o colégio em frente a sua casa, a gente precisa muito de você, porquê você saiu daqui [Miguel agora estuda em outro colégio] num impede que você venha dar uma ajuda. Agora você tá sempre na internet, aí ele começou a chorar. Aí eles me disseram que ele disse: “não é porque meu pai morreu e minha mãe só vive doente, e tal e tal, então tia eu tô vendo minha mãe se acabar”, a tia é diretora né, que ele ainda chama ela de tia, “e assim eu num quero que minha mãe parta antes de mim”, ela disse: Rafael todo pai pretende realmente morrer primeiro do que o filho, pai nenhum bota o filho no mundo pra ele enterrar o filho não e sim o filho enterrar o pai. E se a sua mãe morrer e você morrer antes quem vai fazer o enterro da sua mãe, quem vai dar a dignidade que ela merece, sabe? Então você que é o cabeça, você tem que tá firme.

Num outro momento Madalena relata uma conversa que teve pessoalmente com Miguel:

Madalena: Ele disse pra mim: “mãe vocês dizem que eu sofro muito, mas eu não quero que ninguém sofra por mim quando acontecer. Mãe, me desculpe mas eu tô me afastando da senhora, eu tô me afastando até da minha namorada, da tia, a tia chega eu me tranco no quarto, eu saio, porque eu num quero de forma alguma, que ninguém sinta falta de mim [Madalena começou a chorar]. Eu num quero que ninguém goste de mim”. Eu disse, pois quanto mais você se afasta mais a gente gosta de você, porque a gente fica preocupado, a gente sofre muito mais, né?

Kelma: Mas o quê ele quer dizer com este “quando acontecer”?

Luzia: Eu acho que ele queria dizer quando eu me matar. Porque ele já pensou três vezes em se matar. Uma vez ele chegou ao ponto de amarrar até a corda no... no caibro do banheiro.

Contudo, foi quando Madalena narrou trechos do que o filho disse a sua tia que chorou ininterruptamente:

Madalena: [Começou a chorar descontroladamente] Minha irmã me contou que ele disse pra ela: “tia tem dia que eu num agüento nem almoçar, eu fico com fome porque eu num agüento chegar e ver minha mãe chorando, eu num agüento chegar e ver minha mãe deitada no fundo duma rede, ou deitada na cabeceira duma cama. Eu num agüento. Eu num choro na frente dela pra num... num agravar mais o estado dela, mas tem dia que eu como a comida e ela entala, entala, eu num conto pra ela num sofrer mais ainda. Aí pra mim num chegar um dia a ponto de abraçar ela e chorar, porque a minha vontade é essa, eu vou me afastando. Tia desde o dia em que eu descobri que a minha mãe é portadora a minha vida já não tem sentido, aquela redoma de vidro que vocês me colocam dentro”, por que pra minha irmã é assim, ele é aquela santinho que fica ali dentro daquela redoma de vidro, ela coloca ele assim acima de qualquer coisa (...). Ele disse também: “Eu vi meu pai morrer nos meus braços e agora eu tô vendo minha mãe, meu pai pelo menos morreu com todo o corpo nos meus braços e agora a minha mãe tá se acabando, minha mãe tá envelhecendo antes do tempo, minha mãe tá caindo o cabelo, minha mãe tá estragando as unhas. Eu abracei ela, eu deitei no colo dela e quando ela botou a mão na minha cabeça eu vi as unhas dela pequenininha, eu peguei numa das unhas dela e tava ficando fofa, tudo isso tia eu vejo que tá acabando com ela e tá acabando comigo também”. Então me dói saber que se o meu filho hoje vive assim é culpa minha, porque eu fiz coisas no passado que não devia.

Para Madalena sua mãe e seu filho pagam um alto preço pelas coisas que ela fez de *errado* e de *mau* no passado, em suma, pelas transgressões morais cometidas por ela. Como vimos, a moral quando transgredida gera este sentimento de culpa porque além de imposta pela sociedade e de prescrever a maneira como o indivíduo deve conduzir-se é capaz de nos colocar frente à nossa consciência que ao ser interrogada tem o poder de nos eximir da culpa ou de levar-nos a auto-condenação (MAUSS, 1972: 213).

Mas, o rechaço, a quebra dos vínculos de solidariedade e coesão social acontece também, recorrentemente, porque as pessoas esquecem que o HIV transmite-se através de vias limitadas (sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno) e começam a dar muita “atenção, quase histericamente, por vezes, à idéia do próprio contágio (ao invés de uma análise racional dos modos concretos de transmissão)” (DANIEL, 1991: 20). Um exemplo desse tipo de medo histórico do contágio desencadeador do rompimento de vínculos de solidariedade e coesão social foi narrado por Helena.

Em 1991, aos trinta anos, ela conhece Josivaldo, namoram e casam-se em 1993. Os problemas de saúde do ex-marido começaram a aparecer nos primeiros meses de casamento. Helena contou-me o processo de debilidade física que antecedeu a descoberta da sorologia positiva para HIV do ex-cônjuge: “O Josivaldo tava só o coró e o osso. Só tinha osso, não tinha mais carne não, só osso e o coró por cima. Ele foi internado na Santa Casa três vezes. Foi internado lá no hospital de Caucaia quatro vezes e na última vez mandaram fazer o exame dele e deu positivo” (Entrevista concedida no dia de 2001). Quando a entrevistei novamente pedi-lhe que detalhasse esse período:

Chegou uma vez, antes deu descobrir que ele tinha o vírus, que eu disse que num ia... que num podia mais cuidar dele sozinha e que ia entregar ele pra família dele. Aí disse pra família dele que cuidasse dele que eu não podia mais não. Eles começaram a me ajudar a cuidar dele, isso antes deu descobrir que ele tinha o vírus, então nós passamos dois anos numa luta e nada de descobrirem o que era que ele tinha. Só na Santa Casa eu internei ele três vezes e não descobriram o que era, e ele emagrecendo, e ele ficando magro. Mas aí quando ele se internou à quarta vez lá no hospital de Caucaia aí descobriram. O médico antes fez um bocado de exame e disse que davam tudo normal e então pediu o exame de anti-HIV que os daqui da Santa Casa não pediram.

Antes dos parentes de Josivaldo descobrirem que ele estava com aids, ajudaram-na a cuidar dele por um período de dois anos, entretanto, a partir do momento que ficaram a par do diagnóstico positivo para HIV Helena não contou mais com a colaboração dos mesmos:

! ninguém ia sequer visitar ele. Quando era no dia de ir visitar eu comprava um cartão e gastava ele todinho no telefone até a última unidade, mas só não chamava eles de santo pra ver se um dia aparecia pelo menos um pra perguntar pelo menos assim: ele já tá melhor? Mas não vinha ninguém. Olhe pense como eu irava de ódio no telefone, esculhambando, como é que eles faziam uma coisa dessa... ele tinha oito irmãos e num tinha um que fosse lá pelo menos olhar pra ele pra saber se ele tava melhor, como é que ele tava. Eles não ligavam nem pra perguntar como é que ele tá? ! em pra mim pelo menos as irmãs dele ligavam. Aí eu comprava um cartão gastava todinho no telefone, porque era interurbano, daqui pra Caucaia é interurbano, gastava todinho e eu esculhambando, esculhambando, e as irmãs dele só diziam por que você tá fazendo isso, você tá muito nervosa, não sei o quê, e eu dizia, nervosa por que? ! ão eu não estou nervosa, vocês dizem isso porque não são vocês que estão aqui dentro. Eu dizia, vocês eram pra vir ficar aqui no meu lugar pelo menos uma vez ou duas por semana, nem isso vocês vêm, nem olhar pra ele, nem olhar, nem liga... nem passa um telefonema pra perguntar, ele tá melhor? E eu tenho que cuidar dele sozinha. Dentro do hospital eu passei oito dias, dentro do hospital eu passei oito dias dentro do hospital, e o meu menino ficou com a minha irmã e eu saía assim uma horinha durante o dia pra ir em casa, mas eu tinha que voltar logo. Ele ficou tão dum jeito que nem sabia dele mesmo. Ele pegava os remédios e jogava no lixo, tinha vezes que eu chegava e os documentos dele tava no lixo, ele dizia assim eu não vou mais precisar disso pra quê que eu quero isso, ele pegava o documento com bolsa e tudo, bolsa com o documento e jogava no lixo.

Helena relatou que Josivaldo ao receber alta do hospital ambos não tinham onde morar; então obrigou suas ex-cunhadas a aceitarem-no na casa de sua ex-sogra e foi morar com o filho de apenas oito meses na casa da sua irmã, Joana, que reside em Fortaleza. Chorava constantemente todas as vezes que lembrava que era portadora do HIV e não suportando ter que fingir e mentir para Joana a respeito dos verdadeiros motivos de sua depressão e da debilidade física do marido (disse para a irmã que o marido estava com problemas renais decorrentes do excesso de bebida alcoólica e ela estava deprimida porque preocupava-se bastante com ele), contou que a única saída existente para evitar circunstâncias constrangedoras perante sua irmã foi aceitar o convite de uma das cunhadas para ir morar na casa da ex-sogra a fim de cuidar do ex-marido que encontrava-se completamente abandonado. As lembranças desse período foram narradas com bastante emoção e lágrimas:

A família do Josivaldo aceitou ele lá a força e se não fosse pra cuidar dele pela vontade deles eu também num tinha ido. Meu filho era muito pequenininho ainda e antes deles saberem que ele era um filho de um HIV, eles tratavam o menino de uma forma, no momento que eles souberam que o Josivaldo fez o exame e deu HIV, eles desprezaram o menino, eles podiam ver o menino se esgoelando no chão. Eles não pegavam o menino e se pegasse o menino achavam que a aids ia pegar neles também.

Helena narra de maneira espontânea, emocionada e com riqueza de detalhes as situações de rechaço que especialmente seu filho sofrera na casa da avó e dos tios paternos:

A irmã dele tinha um preconceito daqueles. Depois que eles descobriram teve um dia que a gente tava na casa dela e o marido dela botou ele pra fora de casa. Bichinha mas nesse dia eu escolhambei, olhe Deus que me perdoe da besteira que eu disse mas até praga eu joguei. Hoje eu me arrependo da besteira que eu disse. Os irmãos dele desprezaram também o meu filho. O bichinho ainda nem andava, se arrastava né? Você acredita que antes deles descobrirem era aquela coisa, meu Deus era aquela coisa demais com o menino, não podiam ver o menino chorando que já botavam no braço, já saiam com o menino. Mas no momento em que descobriram, o bichinho podia ta se rasgando no chão nenhum chegava perto pra pegar o bichinho. I ninguém chegava perto, eles diziam que estavam ocupados. Mas eu sabia porque que ninguém queria pegar no menino, eles não estavam ocupados coisa nenhuma e desprezaram o meu filho completamente.

O que aconteceu com o filho de Helena que nem sequer havia sido biologicamente contaminado prova que o contágio moral decorrente do diagnóstico positivo para HIV “contamina até mesmo as vítimas aparentemente inocentes” (DANIEL, 1991: 20). O rechaço nesse caso acarreta a quebra dos laços de solidariedade e coesão social mesmo quando o alvo do repúdio não é diretamente o portador do vírus da aids mas seus parentes soronegativos.

CAPÍTULO VI

HOSPITAL SÃO JOSÉ *VERSUS* ESTIGMA DA AIDS

De acordo com Foucault o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção consideravelmente nova do final do século XVIII e antes desse período era basicamente uma instituição de assistência aos pobres: “O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. (...) O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo”. (FOUCAULT, 1996:101)

Todavia, se o doente era alguém que *devia ser* assistido tal assistência *devia ser* primordialmente espiritual: ao doente *se devia* dar o direito do último sacramento. O hospital deveria possibilitar a transição entre a vida e a morte, ou seja, proporcionar uma salvação espiritual que sobrepujasse a física.

Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegura a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres (FOUCAULT, 1996: 101-102).

Contudo, não se perdia de vista uma outra importante função: a exclusão e separação dos indivíduos perigosos para salvaguardar a saúde geral da população. O hospital tinha de recolher tanto os doentes como os loucos, os devassos e as prostitutas para proteger os homens e mulheres de bem do perigo que eles encarnavam (FOUCAULT, 1996:101).

A questão, portanto, é: como se processou a medicalização dos hospitais que possibilitou que a medicina se tornasse hospitalar? Foucault (1996:103) levanta uma hipótese: “o hospital primeiramente se medicalizou por intermédio da anulação das desordens de que era portador”. Mas, a eliminação das desordens e reorganização dos hospitais só foi possível graças a uma tecnologia que Foucault (1996:106) considera acima de tudo política: a disciplina. Este célebre teórico da disciplina salientou que a disciplina consiste numa “técnica de exercício de

poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII [e] implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos”.

A disciplina requer ainda um registro contínuo: “Anotação do indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber” (FOUCAULT, 1996:106). Para alcançar tal intento é criado o exame como instrumento fundamental e peculiar a toda instituição hospitalar. “O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los [e] localizá-los (...)”.

Os mais de seis mil prontuários localizados no ambulatório do H.S.J comprovam tal afirmação foucaultiana. Nestes são anexados aos exames formulários contendo nomes completos, datas de nascimento, endereços, telefones de contato, grau de escolaridade, qualificações profissionais, crenças religiosas, estado civil, quantidade de filhos, características físicas domiciliares, hábitos alimentares, orientações sexuais e possível forma de contaminação para HIV de todos os soropositivos. No caso do H.S.J, o que suscita este controle disciplina, que tem na qualificação e na classificação algumas de suas ferramentas, é a ameaça de disseminação da peste:

A ordem responde à peste; (...) [e] contra a peste que é mistura, a disciplina faz valer o seu poder que é o de análise (...) por meio de uma hierarquia completa que realiza o funcionamento capilar do poder; (...) a determinação a cada um de seu “verdadeiro” nome, de seu “verdadeiro” lugar, de seu “verdadeiro” corpo e da “verdadeira” doença. A peste como forma real e, ao mesmo tempo, imaginária da desordem tem a disciplina como correlato médico (...) (FOUCAULT, 1996: 175).

A arquitetura dos Hospitais também atende a necessidade disciplinar, afinal, o aparelho disciplinador perfeito é aquele que permite num único olhar tudo ver permanentemente:

O velho esquema simples do encarceramento e do fechamento – do muro espesso, da porta sólida que impedem de entrar ou de sair – começa a ser substituído pelo cálculo das aberturas, dos cheios e dos vazios, das passagens e das transparências. Assim é que o hospital-edifício se organiza pouco a pouco como instrumento de ação médica: deve permitir que se possa observar bem os doentes (...). (FOUCAULT, 1996:155)

Descreverei brevemente a parte física referente ao ambulatório, local em que se encontram os consultórios dos médicos infectologistas do H.S.J que atendem portadores do HIV assintomáticos e os que estão manifestando sintomas das doenças oportunistas.

Depois de passar pela recepção do Hospital São José e ser devidamente identificado como visitante ou paciente através de um adesivo grudado na roupa, direcionando o olhar para a esquerda é possível avistar um pequeno corredor de no máximo três metros de comprimento que leva ao serviço ambulatorial de hepatite, leishimaniose, DST, dermatologia, ginecologia e aids. Ao percorrer este corredor visualizasse uma sacada com 12 cadeiras onde ficam sentados especialmente os portadores do HIV que irão realizar coleta de sangue para contagem de CD4 e carga viral.

Uma porta corrediça e transparente de aproximadamente um metro de largura separa a sacada de um outro ambiente onde se localiza a recepção ambulatorial, à direita de quem entra, com duas funcionárias responsáveis pela marcação de consultas e mais 16 cadeiras dispostas num espaço de 3 metros de comprimento por 1,5 metro de largura em que geralmente ficam sentados os pacientes que consultar-se-ão. Um outro corredor, à esquerda da recepção ambulatorial dá acesso aos consultórios. Uma vez no ambulatório do H.S.J dependendo da localização, esconder-se é a única maneira de não ser visto por alguém indesejado.

Neste espaço cuja arquitetura favorece a visualização de tudo e de todos, no dia 22 de outubro de 2004, enquanto eu caminhava no corredor de acesso aos consultórios encontrei Jocasta com a cabeça baixa e encolhida, exatamente quando José parou-me ao lado dela para cumprimentar-me; Jocasta continuou na mesma posição, imóvel, nem sequer levantando a vista para olhar-nos. Achei oportuno, depois do afastamento de José, recostar-me numa parede oposta a que ela encontrava-se para iniciar uma conversa. Provavelmente, se eu não tivesse agido dessa forma Jocasta ficaria do jeito que a encontrei pelo menos até o momento de ser atendida.

Passados alguns minutos ela perguntou-me se eu estava ali esperando consulta e expliquei-lhe que na verdade desenvolvia uma pesquisa com pacientes do Hospital São José. Ela mencionou que deveria ter sido a primeira pessoa a ser atendida mas viu alguns amigos de seus familiares por perto e saiu para esconder-se voltando somente depois de ter certeza que todos haviam ido embora. Como não foi possível, naquela ocasião, entrevistar Jocasta, anotei o número do seu telefone para posteriormente conversarmos. Liguei após uma semana e

combinamos de encontrarmo-nos no dia 17.11.04 às 9:00 h da manhã no pólo de lazer da Praça do Colégio Militar. Encontramo-nos na data e local pré-estabelecidos e meu primeiro pedido foi: - detalhe, por favor, os motivos que forçaram-na a esconder-se no H.S.J:

*Jocasta: É porque toda vida que eu vou pro São José quando eu chego lá eu já fico nervosa porque sempre que eu vou pro hospital eu já fico naquela expectativa de **encontrar alguém conhecido e ter de inventar alguma coisa ou ter de me esconder como da última vez que eu tive lá e tive que me esconder dos amigos de meu pai e meu avô.***

Todavia, o quê justifica o *medo* do soropositivo de ser visto no H.S.J? Não se pode negar que o H.S.J é referência estadual de qualidade em serviço público de saúde prestado à população³⁰, entretanto, não se pode negar também que ele figura no imaginário social como referência quase que exclusiva no tratamento da aids. Vlândia compartilha dessa concepção de que toda pessoa que vai ao H.S.J é portadora do HIV:

Vlândia: Tem gente que eu conheço que agora eu tenho certeza que tem também mulher, porque eu já vi aqui nesse hospital. Só que quando eu vi eu gelei, fui no outro mundo e voltei, porque é tipo assim, eu tenho e aquela pessoa que eu vi aqui também tem, mas eu não quero que aquela pessoa que eu vi saiba que eu tenho e talvez ela não queira que eu saiba também.

Tal associação do H.S.J com a aids é compreensível. Segundo Foucault, os hospitais a partir do século XVIII com o processo de medicalização e advento da medicina hospitalar ao passo que foram deixando de ser meras instituições de assistência aos pobres e se transformando num espaço onde predomina o exame e a vigilância permanente, foram enquadrando-se num sistema classificatório que permite distribuir os indivíduos segundo suas doenças. Daí, a existência de alguns centros médicos especializados no tratamento de patologias diversificadas mas devido maior investimento técnico e humano no tratamento, por exemplo, das doenças

³⁰ Entre os serviços oferecidos pelo H.S.J., destaco: 111 leitos dispostos nas unidades de internamento (as unidades D e E são exclusivamente voltadas para o internamento de pessoas portadoras do vírus HIV e possui trinta e dois leitos); sete leitos de terapia intensiva (UTI); Hospital Dia com vinte leitos; atendimento multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, odontólogo); ambulatório de egresso; emergência em doenças infecciosas; serviço de radiodiagnóstico; endoscopia digestiva e respiratória; patologia clínica; unidade de vigilância epidemiológica (UVE); programa de internação domiciliar (PID); serviço de ouvidoria; serviço ambulatorial de: hepatite, leishmaniose (público em geral), DST, dermatologia, psiquiatria, neurologia, ginecologia e aids; aconselhamento pré e pós teste anti-HIV; campo de estágio e treinamento multidisciplinar; residência médica em doenças infecciosas, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e núcleo de assistência, ensino e pesquisa em enfermagem (NAEPE). Entre os projetos do H.S.J, cito: Projeto Viva com Arte; Projeto Arte Terapia; Projeto Cuidando em Grupo (treinamento voltado para os acompanhantes); Projeto Universos; Grupo Voluntários Girassol (apoio emocional aos soropositivos para HIV); Brinquedoteca; Celebrando a Via; Projeto Crescer (auto-desenvolvimento); Comida, Diversão e Arte (integração e valorização); Capacitação em Tanatologia (perdas e lutos).

cardiovasculares, são encarados como exclusivamente voltados para o tratamento das mesmas (caso do Hospital de Messejana da cidade de Fortaleza). Logo, ser avistado no H.SJ, assim como acontece com quem é visto atualmente no Hospital de Messejana, desperta imediatamente a suspeita de que se é portador de uma patologia específica:

Macedo: Um irmão [evangélico] me viu aqui e veio com indireta, né? Querendo dizer que eu tinha o vírus da aids. Só que eu soube contornar a situação. Eu simplesmente disse, quem foi que disse essa estória? Aí ele disse, eu vi você lá no Hospital São José. Aí eu disse, meu amigo e lá cuida só de quem tem aids? Lá você pode tá com raiva, calazar, hepatite, ou tá se tratando de uma sífilis. Existem muitas outras doenças infecciosas não é só a aids não. Eu estava lá fazendo um exame cotidiano porque tem uma tia minha que trabalha lá e ela me aconselhou a fazer esses exames lá porque é mais rápido do que em outro lugar. Eu soube contornar bem direitinho. Porque na minha igreja ninguém sabe que eu sou soropositivo, né?

Em virtude dessa associação direta do H.S.J com a aids se Maria Rita pudesse deixaria de ir buscar seus medicamentos anti-retrovirais no H.S.J:

Maria Rita: Eu disse pra Jerusalém que eu queria tanto que ela não trabalhasse, ela perguntou porque e eu respondi, só pra tu ir receber meus remédios. Ela disse, e tu quer botar é eu no teu rabo de foguete (risos). Uma vez ela veio comigo, receber os remédios aí quando chegou na fila eu fiquei sentada e ela ficou lá na janelinha, aí a mulher mandou ela assinar, ela assinou, aí ela pegou e saiu toda nervosa com os remédios na mão e disse bota isso daí ligeiro num saco. Mas ela só veio uma vez aqui.

A farmácia do H.S.J fica em frente à cantina e banheiros utilizados por visitantes e pacientes, ou seja, situa-se num local de considerável circulação de pessoas. Maria Rita acrescentou que quando está na fila para receber medicamentos, observa no vidro fumê da recepção o reflexo das pessoas e fica pedindo a Deus para não visualizar conhecidos.

Maria Rita também recorre a Deus em suas orações rogando-lhe ajuda para não adoecer e nem precisar de internamento. Ela narrou uma conversa que manteve com a amiga Jerusalém, única pessoa a quem teve coragem de revelar sua condição sorológica para HIV:

Eu fico pensando no dia que eu precisar ser internada, aí como é que vai ser? Todo dia passa isso na minha cabeça. Eu digo assim pra Jerusalém: tu é que vai mais eu, só tu é que vai me visitar, porque é só tu que sabe. Aí eu perguntei um dia o quê que ela ia dizer pros meus meninos, aí ela disse assim: eu sei lá mulher, vai logo pensando aí o que é que eu vou dizer pros teus filhos. Eu fico com medo de adoecer porque geralmente é assim, eles internam no Hospital São José.

Quando entrevistei Maria Rita pela última vez, indaguei se ela ainda sentia medo de adoecer e precisar ser internada; respondeu que não tanto quanto antes pois tinha conversado com

sua médica que tranqüilizou-lhe ao dizer: “se um dia for necessário o internamento você poderá dizer para seus familiares que foi internada nas unidades D ou E, onde ficam os leitos dos pacientes com aids, por falta de leitos nas outras unidades. Você não é obrigada a dizer que está lá porque tem aids”.

Numa das entrevistas realizadas no próprio H.S.J, ela contou:

Maria Rita: Outro dia... uma vez eu vim fazer um exame era de manhã, aí tinha um rapaz que mora na rua da minha mãe, isso eu conheço ele desde pequeno, ele veio deixar... parece que era pra exame de urina, porque ele trazia uma coisa enrolada, aí ele tava sentando esperando ser chamado, só que aí eu me levantei né? Aí num tem aquelas plantas e aquela coluna [apontou para as plantas que ficam na entrada do ambulatório, próximas a uma coluna de aproximadamente setenta centímetros de espessura], aí eu fiquei ali por trás, aí depois ele foi pra janela, pegou o exame aí foi embora, depois eu vim e me sentei.

Na ocasião citada Maria Rita conheceu Elizabeth, senhora observadora que presenciou todo o desenrolar da cena:

Maria Rita: Aí tinha uma mulher sentada no meu lado, ela foi disse assim, tu parece que foi se esconder de alguém? Eu peguei e disse: fui. Essa senhora eu não conheço ela e nem ela me conhece, então eu podia dizer que fui me esconder mesmo porque aquele rapaz mora lá na minha rua. Ela disse assim, e a tua família ela não sabe não que tu anda nesse hospital? Eu fui disse, nem sonha (risos), nem sonha, nem imagina que eu ando aqui. Aí ela foi disse que devia ser horrível viver assim, se escondendo das pessoas feito uma criminosa.

José de Souza Martins nos dá uma explicação razoável desta questão, quando diz que a atitude protetiva geralmente acontece entre pessoas que gozam de considerável intimidade e não entre desconhecidos cujo embaraço não afeta ao ridicularizado. (MARTINS, 1999).

Todavia, não foram em todas as ocasiões que Maria Rita teve oportunidade de esconder-se dos vizinhos que encontrou no H.S.J. Narrou durante sua terceira entrevista que certo dia encontrou uma senhora no hospital que mora nas proximidades de sua casa que visivelmente surpresa perguntou-lhe o que estava fazendo naquele local. Maria Rita costumava ir ao H.S.J acompanhada do neto de oito anos e imediatamente apontou para o garoto e disse que no corpo do mesmo haviam aparecido algumas manchas e as pessoas recomendaram-lhe que o levasse para lá. Disse que fez a mesma pergunta a mulher que respondeu cabisbaixa: “*Eu to visitando o meu filho internado aqui com infecção intestinal*”. Maria Rita salientou: “*assim como eu, eu tenho certeza que I úbia tava [sic] mentido e o filho dela com certeza tem aids*”.

Durante esta mesma entrevista Maria Rita contou que não ia ao H.S.J. com a neta de onze anos porque a menina sabe ler “direitinho” e poderia chegar em casa e contar que tinha ido com a avó ao H.S.J. Disse desapontada numa entrevista realizada na sua própria residência que o neto de oito anos também tinha aprendido a ler e, infelizmente, não poderia mais acompanhá-la até o hospital.

Eu lhe pedi que narrasse o que sente quando tem que ir ao H.S.J realizar seus exames e consultas:

Eu tenho pavor de vir pra esse hospital. Quando o medicamento acaba ou então eu tenho de ir pra consulta eu fico super apavorada. (...) Parece que quando eu chego aqui no hospital fica aquela coisa em mim que quando eu saí daqui parece que sai do meu corpo. É horrível, é uma sensação horrível, horrível (...). Eu fico com medo de alguém que me conhece chegue e me surpreenda e espalhe que eu tava aqui e todo mundo comece a se afastar de mim.

Ser avistado no H.S.J é para o soropositivo assintomático comparável a estar sob a mira de um olhar que além de inicialmente censurá-lo e reprimi-lo desencadeará, posteriormente, o rechaço de terceiros. Daí a importância para ele, de avistar alguém conhecido no H.S.J antes do mesmo chegar a vê-lo. Quando Maria Rita e Jocasta conseguem enxergar pessoas conhecidas e impedir que as mesmas, igualmente, as enxerguem, criam uma desarmonia na relação de poder imposta pelo olhar e, ao invés do outro, quem manipula e domina a situação são elas. Diante dos imprevistos, Maria Rita recorre à mentira e ao fingimento tanto para manipular e ocultar o estigma da aids como para controlar o constrangimento.

CAPÍTULO VII

DESVEI DAÍ DO AS ESTRATÉGIAS DE MAI IPULAÇÃO E OCULTAMEI TO DA SOROPOSITIVIDADE PARA HIV

É porque... é... eu nunca tinha dado entrevista no hospital. Ai quando foi à noite eu sonhei que uma cobra tava ali no quarto, sabe? Assim no pé da minha cama, uma cobra enorme querendo é... me pegar. Menina eu me acordei tão apavorada, gritando, eu chamei até a Bruna, que é a minha neta, e ela o que é mãe? Eu disse: Bruna, Bruna eu tive um sonho horrível. Bruna eu sonhei com cobra, ela: vixe mãe, mas foi só um sonho. Ai eu acendi a luz do quarto, ai fiquei olhando debaixo da cama pra ver se tinha alguma coisa, ai não tinha nada. Ai eu... eu digo menina será que eu fui traída, eu... eu dei uma entrevista pra aquela menina sem saber se o nome dela era mesmo o que ela me deu, nem se ela estuda mesmo na universidade, sem ter certeza de onde ela é mesmo, será que ela tem mesmo alguma coisa com o hospital? Meu Deus do céu e se ela for uma repórter e se tudo o que eu disse sair no... no rádio, na televisão. Eu sei que eu fiquei doida, as pessoas vão ver, ai meu Deus do céu aonde é que eu vou meter a minha cara, eu fiquei apavorada.

A narrativa transcrita evidencia o medo aterrorizador que Maria Rita sentiu ao pensar que eu divulgaria para as pessoas no rádio e na televisão sua condição sorológica para HIV o que a deixaria sem saber “*onde meter a cara*”. Ela vive tão imersa no temor da sua condição sorológica vir à tona que enquanto me cedia sua terceira entrevista falou neste respeito treze vezes. Disse que tem “medo” do ex-marido descobrir sua condição sorológica, fica “super apavorada” quando falta medicação porque tem medo de adoecer e das pessoas descobrirem que ela é soropositiva, “morre de medo” da vizinha descobrir que ela tem o vírus da aids, tem “medo” de comer determinados alimentos, adoecer e precisar ser internada, “medo” de encontrar alguém conhecido no Hospital São José que comece a desconfiar que ela faz tratamento com anti-retrovirais, tem “medo” de falar a palavra aids, “medo” de expor sua condição sorológica para a família, “medo” das pessoas terem “medo” dela porque é soropositiva para HIV e tem “medo” do ex-namorado, Batista, ficar apavorado depois de saber que se relacionou com uma portadora do vírus da aids: “*Eu acho que ele ia ficar apavorado. Ia ficar do jeito que eu fiquei. Ele ia ficar apavorado. A primeira coisa que ele ia fazer era o exame e depois se afastar de mim*”.

Os temores de Maria Rita de certa forma são compreensíveis porque o medo é um componente fundamental da natureza humana uma vez que está na base da necessidade de segurança que possibilita a sobrevivência de homens e mulheres. Segundo Delemeau a “insegurança é o símbolo da morte e a segurança o símbolo da vida”, entretanto, o mesmo medo que livra o homem temporariamente da morte, “é, nas palavras que o autor empresta de Caillois (1961) ambíguo, múltiplo, cambiante” (PAULILO, 1999:21). Se o medo pode proteger homens e mulheres, o temor quando exagerado, transforma-se em pavor, em terror, voltando-se contra o próprio ser humano e abrindo “espaço para o pânico, para a paralisia afetiva, para o bloqueio mental” (PAULILO, 1999:21). Talvez por isso Espinosa tenha declarado que o medo juntamente com o ódio “é a mais triste das paixões tristes, caminho de toda servidão” (CARDOSO, 1993:39). Todos nós já os sentimos e sabemos o que ambos são capazes de causar.

Como afirma Chauí, escrutinando a subjetividade humana veremos que

temos medo do grito e do silêncio; do vazio e do infinito; do efêmero e do definitivo; do para sempre e do nunca mais (...). Temos medo da delação e da tortura, da traição e da censura (...) [,] da culpa e do castigo; do perigo e da covardia; do que fizemos e do que deixamos de fazer; dos medrosos e dos sem medo (...). Temos medo do esquecimento e de jamais poder deslembrar. Da insônia e de não mais despertar (...) [,] da dor sem fim e da desonra. Da mutilação dos corpos e dos espíritos. (CHAUÍ, 1993: 37)

Este sentimento complexo e de ambíguas implicações não se restringe àqueles de sorologia negativa para HIV, cuja idéia do simples contato com o portador do vírus da aids pode despertar um mal estar insuportável e representar a pior das contaminações, a saber, a moral e não a biológica. As narrativas tanto de Maria Rita como dos outros entrevistados comprovam: o medo faz parte do cotidiano deles. No que se refere aos portadores do HIV assintomáticos, pelo menos para os que participaram desta pesquisa, o medo predominante é o de vivenciar o rechaço decorrente da terceira epidemia³¹ da aids em que os estigmas e estereótipos do doente são reforçados desencadeando uma síndrome de acusação e culpabilidade.

³¹ “A primeira é a epidemia da infecção pelo HIV que silenciosamente penetra na comunidade e passa muitas vezes despercebida. A segunda epidemia, (...) é a epidemia da própria AIDS: a síndrome de doenças infecciosas” decorrentes da imunodeficiência provocada pela infecção do HIV. (DANIEL; PARKER, 1991, p. 13).

Na primeira vez que entrevistei Maria Rita ela mencionou que sentiria muita *vergonha* se seus filhos descobrissem que ela é portadora do HIV “*porque eles iriam dizer assim: é a senhora pegou foi de outro homem né? I um foi do meu pai a senhora é a grande culpada*”. Do mesmo modo sentiria *vergonha* do ex-marido: “*porque ele ia me culpar e dizer: ora, ela viveu comigo, eu namorava tanto, tinha tanta mulher e ela nem pegou*”.

A vergonha, de acordo com Heller (apud MARTINS, 1999: 24), “ocorre por causa da transgressão das normas e rituais da autoridade externa que está interiorizada no indivíduo”. Ao sentir vergonha Maria Rita admite seu desvio das prescrições de conduta feminina³² da sociedade e expressa reconhecer tanto a validade da autoridade externa como seu débito moral com os filhos e o ex-marido. Ela transgrediu o papel moralmente estabelecido que deveria desempenhar, mulher “do lar” e mãe abnegada³³, como sansão, perde sua honra (MARTINS, 1999: 25-26). As narrativas dela denunciam os efeitos da cristalização da representação social que associa aids à merecida condenação de uma categoria poluída, “grupos de risco”, que ela se auto-inseriu.

(...) O Programa Nacional manteve entre as “populações de alto risco”, as “mulheres com múltiplos parceiros”, registrando como causa de sua infecção a prática sexual “promíscua” (...). Com este aval oficial, foi atualizada para os tempos da aids a tradicional dicotomia embutida na categoria “mulher”, facilmente assimilável pelo senso comum e pelo corpo médico, que dela compartilha: por um lado, a mulher “do lar”, vítima sexual do [marido] (...) e de seus “prazeres perversos”; por outro, a mulher “sexualmente promíscua” responsável por sua própria infecção (...) (QUIMARÃES, 2001: 31)

Até hoje mantenho contato constante com Maria Rita por telefone e além de mim, dos médicos e funcionários do H.S.J., bem como, de algumas pessoas desconhecidas que ela encontra nesta instituição de saúde, a única pessoa que sabe de sua condição sorológica é uma amiga de vários anos chamada Jerusalém. Urge salientar que Maria Rita só contou para Jerusalém

³² A conduta feminina imposta pela sociedade pode ser pensada como um fato social, afinal o desempenho do papel de esposa e mãe é um dever que a maioria das mulheres têm a obrigação de cumprir e está definido para além de suas vontades pessoais.

³³ Giddens assegura que “a idealização da mãe foi parte integrante da moderna construção da maternidade (...). A imagem da “esposa e mãe” reforçou um modelo de “dois sexos” das atividades e dos sentimentos. As mulheres eram reconhecidas pelos homens como sendo diferentes, incompreensíveis – parte de um domínio estranho aos homens. A idéia de que cada sexo é um mistério para o outro é antiga, e tem sido representada de várias maneiras nas diferentes culturas. O elemento distintamente novo, aqui, era a associação da maternidade com a feminilidade, como sendo qualidades da personalidade – qualidades estas que certamente estavam impregnadas de concepções bastante firmes da sexualidade feminina.” (1993: 53 e 54)

porque depois da primeira entrevista cedida para mim precisava desabafar urgentemente e a amiga atendia alguns “requisitos” importantes:

Maria Rita: Depois do pesadelo terrível que eu tive eu resolvi me abrir pra Jerusalém (...) porque eu fiquei com aquela coisa ruim, um tremor nas minhas carnes, uma dor de barriga, uma impaciência, eu pra dentro e pra fora. Aí eu fui bater lá na firma onde a Jerusalém trabalha. Cheguei lá era meio-dia, na hora do almoço, aí quando eu cheguei lá, chorando, ela o que foi o que foi que aconteceu, ela pensa logo que é algum problema com os meus filhos, né? E eu não num foi nada não, eu vim só aqui conversar contigo, eu vim te falar uma coisa, aí eu fui falar e ela “valha meu Deus e tu ta preocupada só por causa disso, ela mulher isso não é coisa do outro mundo não. Eu conheço tanta gente que é desse jeito e vivi tão bem. (...) Aí ela pegou e disse “tu ta indo pro médico, já foi no médico, já fez o exame, já foi comprovado mesmo”, e eu já, eu já fiz o exame faz é tempo que eu to indo pro médico já e ela pegou e disse “e tu nem me disse nada”, eu disse: eu não, eu não queria te dizer não, ela porquê? Porque eu tinha medo de tu me rejeitar, e ela “tu é doida, não tem nada a ver, pois se eu era sua amiga agora que eu vou ficar sendo cada vez mais e no que eu poder lhe ajudar”. Aí pronto, aí daí pra cá, todo dia eu converso com ela e todo dia ela me diz: “Maria Rita isso é besteira, num tem nada a ver se fosse eu, eu já tinha contado pros meus filhos, já tinha contado pra minha mãe, pra minhas irmãs, eu lá ia ficar com isso dentro de mim preso, eu já tinha contado”. Ela manda é muito eu contar pros meninos, sabe. (...) Mas também eu só contei pra ela porque assim... porque nós já somos amigas há muito tempo. ¶ a época que eu morava lá no Pan Americano ela só vivia lá, a gente ia pra festas junto e tudo e ela bebia mas eu nunca ouvi falar que ela comentasse nada, sabe? Ela me viu com namorado e tudo e eu nunca ouvi falar que ela comentasse nada, toda vida ela foi assim uma pessoa calada, ela não é muito de conversa, se você chegar e puxar conversa ela fala, mas se você não puxar ela passa o dia todo ali e não abre nem a boca (ênfase), aí eu pensei eu acho que a única pessoa que eu vou poder confiar é na Jerusalém (...).

Maria Rita tinha medo do rechaço de Jerusalém no entanto, caso isso ocorresse pelo menos, na sua concepção, não correria o sério risco de outras pessoas saberem de sua condição sorológica dado que a amiga é discreta, não tem o costume de falar demais, ou seja, é demasiadamente confiável.

Consoante Maria Rita, nem todas as pessoas são assim como Jerusalém e é por isso que não tem sido fácil para ela ocultar o estigma da aids para familiares, vizinhos e outros amigos, visto que tem de se dirigir ao H.S.J frequentemente em virtude das consultas que ocorrem em média de três em três meses, nas quais, geralmente são prescritos medicamentos e exames que obrigam-lhe a ir outras vezes àquela instituição de saúde. A partir de então a mentira e o fingimento tornaram-se uma constância em sua vida:

Maria Rita: Eu tenho que mentir e fingir muito. Por exemplo, eu tenho, eu tenho uma vizinha, a Catarina, que a gente era muito ligada, sabe a gente é muito unida, mas eu ainda não tive coragem de contar pra ela porque ela gosta muito de falar. Aí ela... aí outro dia ela tava dizendo, Maria Rita o que é que tu tem que tu ta indo tanto pro médico agora, aí eu

disse pra ela que eu tava doente do coração. Aí ela disse e tu tá se tratando aonde? Eu disse, lá no hospital de Messejana, porque às vezes eu venho pra cá (H.S.J) e passo o dia quase todo aqui, porque às vezes demora muito as consultas, aí ela disse, vixe tu passa o dia todinho lá, aí eu, é minha filha pra se consultar lá é muita gente, aí ela diz, é realmente no Hospital de Messejana é gente demais. Então, eu falo que vou pra Messejana fazer tratamento do coração.

Similarmente à Maria Rita, Bárbara também inventou que sofre de doenças inexistentes para justificar as idas freqüentes ao médico. Todavia, a situação de Bárbara é um pouco mais delicada, afinal, ela mora na cidade de Itapipoca e seu tratamento é realizado em Fortaleza no H.S.J. Ao perguntar-lhe o que ela diz para seus três sobrinhos e sua filha quando tem que vir para Fortaleza consultar-se, revelou:

Bárbara: Eu digo que venho fazer exame de colesterol, venho fazer exame de gastrite (...) quando eu venho pra cá é sempre pra fazer esses exames, de gastrite, colesterol. Aí eu já falo logo que eu num gosto de passar nos médicos de lá [de Itapipoca], que os médicos de lá demoram muito, só que eu já venho é direto pra cá, sabe (...).

Vlândia falou para o namorado, parentes e vizinhos que está com osteoporose e a doença é responsável pela modificação do seu corpo. Ressaltou que não foi difícil convencer as pessoas pois sua mãe realmente tem tal problema de saúde: “*assim as pessoas pensam que eu sou muito jovem pra ter essa doença mas meu problema é hereditário*”. Disse ainda que quando o namorado perguntou se a osteoporose pode mesmo modificar tanto o corpo de uma pessoa assim como estava modificando o dela, prontamente, assegurou que seu corpo estava mudando também em virtude dos exercícios de musculação recomendados pelo seu médico:

Eu disse que o médico que tinha mandado eu fazer musculação pra fortalecer os ossos. Então, eu entrei numa academia de musculação e eu dizia: essa academia tá deixando meu corpo todo feio, eu vou mudar de academia, e então eu mudava. Teve uma dia que ele disse que eu deveria fazer mais exercício pras pernas porque eu tava ficando larga só em cima. Muita gente dizia: valha mulher tu era tão bonita agora teu corpo... teu corpo tá tão assim... estranho, porque tu não pára essa academia. Aí eu disse que num podia para porque foi o médico que mandou. É assim, eu boto culpa nos remédios e na academia.

Vlândia descobriu sua condição sorológica alguns meses depois de começar a namorar Rodrigo, ou seja, há mais de seis anos ambos relacionam-se. Perguntei se ela já cogitou revelar-lhe sua condição sorológica:

Logo quando eu descobri, eu pensei em contar mas eu fiquei... eu fiquei... eu fiquei com medo da reação dele e fiquei enrolando. Eu pensava: eu vou contar, eu vou contar, mas aí foi passando, entendeu? Às vezes eu ficava em casa e chorava e dizia pra mim mesma: hoje eu conto, hoje eu conto, mas nunca tinha coragem de contar, nunca tive coragem. Aí vou enrolando, enrolando até hoje.

Revelou que algumas vezes fica chorosa e tristonha porque sente remorso por esconder de Rodrigo sua condição sorológica para HIV e medo dele ter sido contaminado. Narrou situações inusitadas em que o namorado presenciou algumas de suas crises de choro:

Uma vez ele tava lá em casa e me deu uma crise de choro, me desandei a chorar e chorei, chorei foi muito. E ele ficou só perguntando: - Filha o que é que você tem? Ta me deixando preocupado. E eu disse: - não, não é nada não. Eu to preocupada porque to sem dinheiro e cheia de conta pra pagar ou então eu digo que to sentindo saudade da minha mãe.

Contou que atualmente tem que “ter muito jogo de cintura” para aplacar as investidas e inquirições de Rodrigo que ultimamente anda ansioso para casar-se com ela:

Eu não moro com ele mas convivo com ele direto. Só vivo na casa dele, assim dos pais dele. Vou dormir lá, almoço lá, aí pra você ver, ele quer por quer que a gente se case e passe a morar junto, ta só insistindo nisso. Era tudo o que eu queria, casar e morar com ele mas eu fico imaginando quando a gente for morar junto ele vai querer saber pra onde que eu vou, os passos que eu dou, tudo, tudo ele vai querer saber, porque vai ta ali colado em mim. Eu morando sozinha não devo satisfação nem a ele nem a ninguém mas mesmo assim hoje mesmo ele já ligou pra saber onde eu tava e eu disse que tava no centro da cidade. Às vezes eu tenho que vir pro São José para me consultar ou marcar consulta de manhã e na noite anterior eu vou dormir na casa dele, então eu me levanto cedo e quando eu começo a me arrumar ele pergunta pra onde é que eu vou, então eu tenho que ficar inventando desculpa, tenho que ter muito jogo de cintura. Eu falo que eu vou pro médico, ou pro ginecologista ou pro médico da osteoporose, mas eu venho direto é pra cá [Hospital São José]. Como eu tenho que vir aqui às vezes mais de uma vez no mês pra pegar remédio, aí eu digo que minhas consultas não deram certo, fico enrolando ele. Hoje mesmo antes de vir pra cá eu tava na casa dele e inventei que eu ia pro centro e ele perguntou: - porque que tu vai pro centro tão cedo e eu disse: - é claro que é porque eu quero voltar cedo. Eu digo que seu eu for mais tarde o sol vai ta muito quente, então eu vou enrolando ele. Até agora, graças a Deus, ele não tem desconfiado de nada.

Já Robério, que há dezessete anos é soropositivo assintomático, disse que na maioria das vezes quando vai ao H.S.J seus familiares pensam que ele está se dirigindo ao Hospital da Polícia Militar onde há quinze anos foi acompanhado de uma tia, igualmente desconhecadora de sua condição sorológica, e abriu um prontuário dizendo que precisava fazer tratamento da febre reumática naquela instituição. No dia de nossa entrevista Robério afirmou: “Eles acham que neste momento eu to lá no Hospital da Polícia”. Outra desculpa que ele costuma dar para justificar suas visitas regulares ao médico, é: “Eu digo: olha mãe eu vou pro médico geral, lá na Faculdade de Medicina ou então eu digo que vou pro dentista e pronto”. Ele também salientou que por medo das pessoas descobrirem que ele frequenta o H.S.J recorta o cabeçalho de suas receitas: “assim ninguém vê o timbre e nome do hospital de onde a receita partiu”.

Num determinado momento da entrevista perguntei a Robério se seus pais sabem que ele é homossexual, em resposta obtive: *“I ão. Eles não sabem não. Aquela coisa eu nunca fui de desmunhecar, aquela coisa assim de... de... aquele estereótipo da bichinha”*. Instigada pergunto se ele já havia se relacionado alguma vez com uma mulher e igualmente ele assegura que não, o que acarretou na cobrança e desconfiança de seus pais e sobretudo dos vizinhos, tanto que um deles chegou diretamente a Robério e disse: *“O senhor tá sem namorada? Vinte anos e sem namorada?”*. Depois desse episódio Robério sempre pede a uma de suas amigas para fingir ser namorada dele e até hoje tal tática tem dado certo. Seus pais não cobram dele namoro sério porque ele atendeu a duas cobranças principais: nunca se envolver com drogas e concluir o ensino médio. Namorar muito, segundo Robério, significaria chegar diversas vezes tarde demais em casa, assim como seus outros irmãos, logo seus pais preferem o seu comportamento aparentemente “pacato” e “calmo”.

Aqui, é patente um dos temores de Robério: a revelação de sua identidade homossexual. Como ele justificaria a contaminação pelo HIV, se na concepção de seus pais é um jovem heterossexual bastante recatado? Além do mais, seu pai é militar aposentado e Robério fica apavorado em pensar numa reação extremada do genitor que poderia não suportar ter um filho portador do vírus da aids contaminado através de relações homossexuais. Ele conta que na época em que descobriu sua condição sorológica ficou a par do caso de um rapaz que depois da família descobrir sua condição sorológica positiva para HIV colocou-o num quatinho isolado no fundo da casa, então Robério pensou: *“Será que vão fazer isso comigo?”*.

Pierre, diferentemente de Robério, assumiu ainda muito jovem (aos treze anos de idade) a homoeroticidade, em contrapartida, experimentou da parte do pai tudo o que Robério, provavelmente, tanto teme: *“Vixe foi uma barra, prá ele aceitar, apanhei muito, apanhei demais. Aí foi indo, foi indo ele foi se acostumando, se adaptando, mas quis me colocar pra fora de casa, eu num saí por causa da mãe que ela não deixou”*.

Quando perguntei-lhe porque ele esconde de seus pais e dos oito irmãos (cinco homens e três mulheres) que é portador do vírus da aids, de maneira curta e sem rodeios, característica principal das narrativas de Pierre, respondeu: *“Eu não tenho coragem. Eu não me*

acho ainda com coragem pra fazer isso, pra chegar pra eles e pra dizer.... pra eles e pro povo da rua”.

Pergunto a Pierre o que passa em sua mente quando pensa em contar para seus familiares e olhando diretamente nos meus olhos fala de maneira firme e convicta: “*A reação deles*”. Sem pensar em outra pergunta mais conveniente questiono olhando assim como ele bem dentro dos olhos e sem delongas: “Que tipo de reação tu temes?” A forma como esta pergunta foi respondida muito impressionou-me. Vi a figura daquele misto de beleza feminina e masculina tão imponente baixar a cabeça e o tom da voz e lentamente, com uma tristeza profunda, responder: “*Das pessoas se afastarem de mim, eu tenho medo da solidão, de ficar só*”. Sem saber como reportar-me, simplesmente consigo murmurar a frase “medo de ficar só” que ele imediatamente completa agora com a cabeça levemente levantada e olhando fixamente para mim:

É a única coisa que eu tenho medo. Eu acho que eu não tenho medo da morte não. Se a morte vier é libertação, porque eu também não quero morrer sofrendo em cima numa cama. Então eu prefiro que quando chegar a minha hora que eu caia pra trás e pronto, acabou. Mas ficar só dentro numa casa [voz com tom assustado], não eu num gosto não. Não gosto de silêncio, eu acho o silêncio deprimente.

Pierre exteriorizou um segredo íntimo: o medo do rechaço que rompe os vínculos de solidariedade e coesão social e lança o portador na condição de zumbi, fisicamente vivo, porém, socialmente morto. Naquele momento percebi que eu tinha ultrapassado uma barreira que dificilmente ele autoriza outros o fazerem. A narrativa seguinte esboça tal afirmação: “*Meu círculo de amizade são poucas pessoas. Poucas pessoas. Assim... eu conheço muita gente, mas poucas pessoas eu confio de me abrir e dizer o que eu sinto. Minhas particularidades eu num conto pra todo mundo*”. Aproveito o ensejo para lhe perguntar se ele não considerava a possibilidade de seus familiares não abandonarem-no mesmo depois de saberem que ele é soropositivo. Subitamente, responde: “*Eu num posso contar porque eu conheço minha família. Eles ficariam assustados, acho que com medo ou pena de mim*”.

Medo e pena são sentimentos preponderantes na história da humanidade para com pessoas infectadas por doenças contagiosas. Foi assim no passado com os acometidos pela lepra e a sífilis e é assim no presente com os portadores do vírus da aids. Entretanto, medo ou pena, qual deles mais apavora Pierre?

Eu num me sinto bem não quando eu penso nas pessoas com pena de mim. É onde às vezes eu me fraquejo, aí me fraqueja, aí me derruba (voz fraca, triste), tira as minhas forças. Aí eu não gosto. Mas eu fico apavorado em pensar nas pessoas com medo de mim e se afastando de mim é por isso que o medo é bem pior do que a pena.

Macedo apesar de, atualmente, encontrar-se numa condição de soropositividade assintomática, já sofreu no passado os sintomas de uma doença oportunista chamada toxoplasmose responsável pela paralisia quase total do lado esquerdo do seu corpo. Questionei-lhe como ele conseguiu justificar tais seqüelas físicas, bem como, o período que precisou ficar internado para recuperação, respondeu:

Eu disse que eu tive uma ...porquê uma toxoplasmose é quase parecido com uma AVC, né? É tanto que eu fiquei com paralisia do lado esquerdo. Então a minha desculpa é essa, eu tive uma AVC e tive que me cuidar e fiquei internado no hospital me cuidando e fazendo exames para não ter mais esse problema. E eles pensam que eu tive uma AVC. Eu faço um esquema de camuflagem para ninguém saber, porque tem que saber muito bem pra quem contar.

Perguntei a Macedo o motivo dele preocupar-se tanto em omitir que é portador do vírus da aids:

Porque as pessoas são cheias de preconceito e vão querer se afastar de mim. É por isso que eu tenho que escolher a dedo pra quem contar. Ora, minha própria mãe depois que ficou sabendo não me tem mais como filho. Foi necessário a assistente social daqui ligar pra ela e dar uns cartão nela pra ela vir aqui me visitar quando eu fiquei internado. Porque ela mora no interior e eu moro aqui, né?

Num determinado momento de sua entrevista Macedo contou decepcionado que sua mãe, Sra. Salvelina, no dia que foi visitá-lo no hospital, contundente pediu que depois dele receber alta jamais fosse a casa dela novamente porque tinha medo de uma muriçoca ferroá-lo, chupar seu sangue e depois passar aids para seus dois filhos que residem com ela no interior.

Outros familiares de Macedo ficaram sabendo de sua situação sorológica através de Salvelina e para impedir que a notícia se espalhasse pra “Deus e o mundo” ele ameaçou abrir processos de difamação:

Meu primo, por exemplo, quando soube do meu problema ele quis começar a falar principalmente quando ta bêbado. Só que eu falei pra minha tia que eu vou esquecer que ele é meu primo e que a irmã dela é minha mãe e vou esquecer que eles fazem parte da minha família e vou abrir um processo de difamação contra eles. Eles então ficaram com medo de serem processados e não ficaram mais espalhando pra Deus e o mundo.

Quem similarmente já manifestou os sintomas de uma toxoplasmose que lhe custou à visão do olho direito foi Madalena que, assim como Bárbara, reside no interior do Ceará. Eu perguntei-lhe se os seus vizinhos sabem que ela está passando por tal problema de saúde, em resposta obtive:

Madalena: Eles sabem que eu tô com toxoplasmose, porque eu fiz esses exames lá no meu interior e lá as pessoas conhecem muita enfermeira, auxiliar que trabalha e que mora lá perto, aí num tinha como eu negar né? Aí todo mundo sabe que eu tenho toxoplasmose e que... a toxoplasmose todo mundo pode ter, é transmitida de animal, essas coisa toda. Aí pra todo mundo eu tô me saindo assim, tô aqui no hospital e hoje mesmo eu vi uma vizinha e ela acha que eu tô aqui no hospital fazendo tratamento de toxoplasmose mas não sabe que eu tenho o vírus HIV.

Marcos Henrique falou sobre o medo exacerbado das pessoas descobrirem sua condição sorológica e do estado crítico físico-psicológico em que ele entrava todas as vezes que no local de trabalho se via diante de situações que ofereciam o risco de sua soropositividade ser exposta:

Marcos Henrique: (...) Quando tinha exame na minha empresa, eu ficava com medo (deu ênfase), eu era leigo. Quando dizia amanhã de manhã tem exame eu já ficava nervoso. Teve um dia que aí a moça chegou e disse, olha Marcos Henrique é amanhã de manhã que os funcionários vão fazer exame, num pode faltar não, e eu com medo eu pensava que ia sair no exame de sangue só que não sai no exame de hemácia e leocócito. Mas eu ficava aí meu Deus, e chamando por Deus mentalmente, calado. Quando foi uma hora ela achando pouco ainda chega pra mim bem nos olhos, dizendo bem nos olhos, Marcos Henrique o exame num demora não, é como esse exame de HIV que a gente faz, quer dizer falou com a pessoa, aí eu fiquei assim todo errado (voz tristonha, fraca), aí eu pensei será que ela olhando pra mim ia achar que eu tinha? (entrevista realizada no dia 30.03.05)

Kelma: e na hora de receber o exame de sangue você não ficou nervoso?

Marcos Henrique: Ficava, eu ficava, porque eu era leigo, eu num sabia que o exame de sangue ia dar nada, eu pensava que dava.

Kelma: E tu nunca inventaste uma desculpa pra não fazer o exame?

Marcos Henrique: Eu inventava, mas... tinha que fazer mesmo, eu disse é, então eu vou. Me dava desinteria, desinteria mesmo pesada, eu nervoso, eu ficava tão nervoso, me dava uma desinteria, deu... deu defecar mesmo na roupa, porque eu ficava nervoso, porque era logo no início.

A tensão emocional proporcionada pelas várias situações vividas similares a anterior foi responsável, segundo Marcos Henrique, pelo enfarte que sofreu no próprio supermercado em que trabalhava:

Marcos Henrique: Era muita tensão pra trabalhar (...). Eu enfartei lá. Comecei enfartando com uns três dias. Você sabe que o enfarte ele dá assim gradativamente. Vai devagarzinho, já sentia muita tontura, suava muito e muita tontura e suava muito. Aí o médico... eu fui no médico e ele disse que era labirintopatia. Comecei tomando remédio pra labirintopatia e não passava. Aí pronto, aconteceu. Hoje se você me perguntar eu não sinto uma tontura.

Depois desse acontecimento Marcos Henrique conseguiu aposentar-se em virtude da gravidade dos seus problemas cardíacos e mesmo depois da aposentadoria não revelou nem para o ex-chefe e muito menos para os amigos de trabalho que é portador do HIV.

Marcos Henrique ao ocultar sua condição sorológica no local de trabalho poupou-se do rechaço que Robério não conseguirá há seis anos quando trabalhava como auxiliar de contabilidade numa imobiliária. Ele disse que por faltar demais no emprego para ir ao H.S.J realizar exames e consultas, decidiu contar para seu chefe sua condição sorológica e narrou os acontecimentos posteriores com mágoa e ressentimento:

Meu patrão na época disse que não ficou diferente, mas aí começou aquela coisa assim, tinha um refeitório e tudo ficou diferente, o prato tava diferente, a colher tava diferente, aí o bebedouro tava diferente, tava diferente, ele com a esposa dele que era diretora da empresa também, tava me tratando diferente. Aí eu fiquei meio assim... aí eu continuei trabalhando normal, vendo o prato marcado, a colher marcada numa boa, tudinho, eu fiz de conta que não tava vendo. Eu num tava indo bem na empresa, só que chega um dia que... eu sou um daqueles mesmo que morre pela boca e acabo comendo o que não devo, queijo essas coisas. Os problemas de saúde que eu tive, vamos dizer assim entre aspas mesmo, foi mais assim devido a camarão que eu comi, a queijo que eu comi, coisas assim. Aí eu viajei e já tinha comido camarão aí eu tive uns dois dias de diarreia, aí pronto eu adoeci, aí eu tinha que ir pra empresa, aí eu cheguei e disse: olha eu num posso ir e tal, tal, e ele não você tem que vir e tal, aí eu cheguei no outro dia e disse: olha tá aqui as minha contas já ta batida, que eu trabalhava na contabilidade, aí pronto eu saí da empresa.

Um ano depois Robério conseguiu um emprego numa locadora de DVDs e fitas de vídeo. Cinco anos passam-se e ainda não teve coragem de contar sua condição sorológica porque tem medo de vivenciar todo o rechaço novamente. Ressaltou que atualmente não tem sido difícil ocultar para seu patrão pois suas consultas e exames nunca coincidem com o horário de expediente na locadora (16:00 h às 22:00 h).

Não posso deixar de frisar as medidas tomadas por alguns entrevistados a fim de omitir o uso de remédios anti-retrovirais. Vlândia a esse respeito, comentou:

Hoje em dia eu não tomo anti-retroviral. A médica suspendeu porque meu CD4 tá muito alto. Mas eu já tomei no passado e pra ninguém desconfiar eu tirava o lacre e escondia os vidros, escondia na minha cômoda, eu moro sozinha também né? Então fica mais fácil. Meu namorado mora na casa dele e eu na minha. Mas aí muita gente viu meus remédios, minhas irmãs e minhas amigas. Elas diziam valha pra quê tanto do remédio e uma vez eu inventei que tava tomando remédio não só pra osteoporose mas também pra emagrecer.

Vlândia contou que realmente alguns meses depois começou a emagrecer bastante, saindo de 72 kg para 64 kg. Uma de suas amigas, Edna, extasiada pedi-lhe o nome do remédio, pois, desejava emagrecer também:

Uma vez uma amiga viu eu tomando né? Esse remédio anti-retroviral grandão, aí eu tava tomando e ela apareceu e disse: - Valha que diabo de remédio grande é esse – e eu: - não é um remédio pra emagrecer. Ela foi e disse: - Mulher, então é por isso que tu tá mais magra. Mim dá o nome que eu tô doida pra emagrecer também. Eu mudei de assunto e uns dias depois ela chegou e disse: - Vlândia, mulher tu me enrolou, enrolou e nem deu o nome do remédio pra emagrecer. Eu imediatamente disse: - mulher, eu tava emagrecendo demais e joguei o remédio fora. I um sei nem mais da receita desse remédio não.

Bárbara disse que tem uns vidrinhos de sulfato ferroso e de medicamento para controle do colesterol em que sempre coloca os anti-retrovirais quando prescritos pelos médicos:

É porque eu não tô com os meus vidrinhos aqui, mas eu tenho os vidrinhos de sulfato ferroso e de remédio pro colesterol onde eu coloco os meus comprimidos. Às vezes aqui mesmo, no hospital, na hora que eu venho receber eu já coloco no outro vidro. Deixo bonitinho, lacradinho com algodão e tudo bem bonitinho. Aí na hora que eu quero eu peço pra minha filha ou pros meus dois sobrinhos que moram comigo e eles me dão na minha mão e não desconfiam de nada.

Maria Rita, cuja família acredita que faz tratamento no Hospital de Messejana, alega que os remédios anti-retrovirais são para o tratamento de seu suposto problema cardíaco. Lembro que a primeira vez que fui até sua residência numa determinada sexta-feira em que sua família estava praticamente toda reunida, perguntei-lhe o que ela havia falado a meu respeito:

Eu disse pros meus filhos que tu é assistente social lá do Hospital de Messejana que vem nas casas de alguns pacientes pra ver se a família tá cuidando direitinho deles. Pra ver se os filhos não estão dando trabalho e deixando a gente nervosa. Aí eles ficaram tudo com medo. Tu viu como eles tavam bem bonzinhos? (risos).

Robério tira o lacre dos medicamentos e coloca um adesivo com os horários em que deve tomá-los e quando interrogado por seus familiares diz que está tomando remédios naturais. Pierre, por outro lado, simplesmente alega: “*Eu tô tomando remédio pra ficar bonita, e daí?*”

Como vimos à mentira e o fingimento são utilizados constantemente pelos soropositivos assintomáticos entrevistados porque facilitam tanto a manipulação dos significados de determinadas ações como o ocultamento de sentimentos comprometedores:

Eu tenho de mentir e fingir muito e pra isso, graças a Deus, eu tenho bastante desculpa pra dar. Às vezes a Catarina ou a minha filha chega lá em casa e eu tô chorando como quando

meu medicamento ficou faltando no São José, aí minha filha perguntou: - mãe o que é que a senhora tem? Mim dá vontade de dizer mas eu engulo a vontade e digo que to com problema, to com dor de cabeça, preocupada com o meu problema cardíaco. Às vezes eu digo que to preocupada com as dívidas porque num to podendo trabalhar ou então eu digo que to preocupada com os meus filhos que são muito problemáticos, eles bebem muito, minhas filhas vivem brigando com os maridos e ainda tem a minha mãe que ta com câncer. Isso tudo daí vai ajudando pra que eu tenha muita desculpa pra dar.

CAPÍTULO VIII

QUESTÕES DE GÊNERO, SEXUALIDADE E AMOR: QUAIS DO SE VIVE OCULTAIS DO O HIV/AIDS

*Sozinho vai ser bem melhor
Pra que remediar o fim
Se é bem melhor perder
Se nada faz doer
Como está doendo em mim...*

Zezé de Camargo

Maria Rita, Madalena, Bárbara, Helena, Bério e Pierre disseram que após descobrirem suas condições sorológicas romperam definitivamente relacionamentos amorosos mesmo apaixonados pelos ex-parceiros. Maria Rita, Bárbara, Madalena e Helena, após tais rompimentos, evitam terminantemente qualquer tipo de envolvimento com o sexo oposto, enquanto, Bério e Pierre só evitam os relacionamentos estáveis e duradouros.

Para entender o que justifica estes comportamentos analisarei, neste capítulo, questões relacionadas à sexualidade, ao medo do rechaço e a identidade sexual e de gênero sem negligenciar a abordagem do amor em duas diferentes formas, romântico e confluyente que, segundo Giddens (1993:45), é tanto um fenômeno da modernidade quanto a emergência da sexualidade.

Guacira Louro (2001:11), em seu estudo sobre a sexualidade, realizado no Brasil, esclarece que muitos consideram-na algo que todos nós, mulheres e homens, possuímos “naturalmente”. Vale ressaltar que esta forma de pensar foi disseminada com o aval da ciência e Weeks aponta Richard Von Krafft-Ebing, sexólogo pioneiro do final do século XIX, como um dos responsáveis pela disseminação da teoria de que o sexo é um “instinto natural” que “com uma força e energia absolutamente avassaladoras, exige satisfação” (WEEKS apud LOURO, 2001:41). “A sexualidade seria [desse modo] algo “dado” pela natureza, inerente ao ser humano. Tal concepção usualmente se ancora no corpo e na suposição de que todos vivemos nossos corpos, universalmente, da mesma forma” (LOURO, 2001:11).

Não obstante, a sexualidade não deve e nem pode ser analisada exclusivamente pela ótica do “natural” e “pessoal” porque “envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções... Processos profundamente culturais e plurais” (LOURO, 2001:11). Guacira Louro, (2001:41) citando Weeks, lembra-nos que há atualmente uma ampla literatura fundada no pressuposto de que “a sexualidade é, na verdade, “uma construção social”, uma invenção histórica”.

Parker (apud LOURO, 2001: passim) considera que os teóricos que de modo especial consideram a sexualidade socialmente construída, devem obviamente direcionar o foco de suas pesquisas para os fatores sócio-culturais que modelam-na. Dado que esta é minha concepção, a fim de interpretar e compreender o emaranhado de fatores sócio-culturais que justificam ou não o comportamento de Maria Rita, Madalena, Bárbara, Helena, Bério e René, iniciarei a partir de agora, o exame da complexa relação entre identidade de gênero e sexual no Brasil, afinal, como observa Guacira Louro

A inscrição dos gêneros – feminino ou masculino – nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade – das formas de expressar os desejos e prazeres – também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais. (LOURO, 2001:11)

Quanto à identidade de gênero e sexual *feminina* no Brasil podemos considerar que ambas são construídas nas camadas populares da qual fazem parte Maria Rita, Bárbara, Madalena e Helena, mulheres com mais de 35 anos de idade, sob um alicerce de códigos morais que demarcam e separam através de uma linha divisória imaginária a “dona-de-casa”, “mulher de respeito” e “rainha do lar” da “mulher promíscua” e de “rua”.

Segundo DaMatta (1986:24-25), a casa, a saber, o lar, não se refere tão somente a um local onde dormimos, comemos ou usamos para nos abrigar do vento, do frio e da chuva. O lar é um espaço acima de tudo totalizado numa fonte moral, “onde nos realizamos basicamente como seres humanos que têm um corpo físico, e também uma dimensão moral e social”. É por isso que nele, especialmente, as mulheres são socializadas pelo que a “honra”, a “vergonha” e o “respeito” determinam.

À proporção que o lar é o espaço onde tudo é bom e belo, sobretudo, decente e amoroso, o reino da harmonia, a rua, por sua vez, é sinônimo de desordem e luta, o reino da competição. DaMatta (1986: 27-29) refere-se à rua como um “rio que se move sempre num fluxo de pessoas indiferenciadas e desconhecidas que nós chamamos de “povo” e de “massa”. Se no lar temos a “nossa gente”, na rua encontramos indivíduos desarticulados, os “estranhos”: mendigos, pedintes, menores abandonados e prostitutas.

Primordialmente, Maria Rita e Bárbara, mulheres inclinadas ao lar e à criação dos filhos, de respectivamente 40 e 49 anos de idade, temem que a revelação de que são portadoras do HIV a prospectivos amantes privem-lhes da designação de “mulher do lar”, descente e respeitável, arremessando-as brutalmente para a condição de “mulher da rua”, promíscua e suja.

Maria Rita revelou que terminou o relacionamento com o ex-namorado, Batista³⁴, devido o medo de ser rechaçada, mas deixou nitidamente explícito o temor desse rechaço ser desencadeado não só por Batista recuar contrair o HIV mas também pela idéia de estar relacionando-se com uma mulher promíscua. Igualmente ressaltou a preocupação com o que os familiares de Batista poderiam pensar dela e os comentários das demais pessoas caso descobrissem que ele namorava uma mulher portadora do HIV:

Maria Rita: Sei lá, eu pensava assim que a gente ia passar nas ruas e as pessoas iam ficar olhando, apontando e dizendo: olha, olha ali, ela ta com aids, sabe?É horrível, é horrível mesmo, eu acho que eu vou morrer e não vou me acostumar com isso de jeito nenhum porque eu sei que todo mundo, até os parentes dele, vão pensar e falar mal de mim. Então eu ficava pensando como é que ele ia reagir e se sentir também.

Ela contou como tem reagido para conseguir que Batista não desconfie de sua condição sorológica e se afaste definitivamente dela:

Maria Rita: Essa semana o Batista andou lá em casa. A gente namorou quatro anos. Ele veio lá em casa, aí eu tava até de roupão tinha acabado de sair do banho, tava de roupão, aí eu fiquei toda errada com ele. Aí ele vixe tu emagreceu o que é que tu tem, aí eu, não, eu tô com pneumonia. Ele, vixe ta mesmo, te cuida porque pneumonia mata, eu digo, não, eu tô me cuidando e ele é super saudável, sabe, é bonito que só, desses morenos bastante bonito, porque ele trabalha na Coelce e nas horas vagas ele trabalha de mototáxi, então ele pega

³⁴ Perguntei a Maria Rita se ela e Batista usavam preservativos e ela garantiu que nunca manteve relações sexuais com ele sem o uso do condor por que o que mais temia na sua vida era de contrair o vírus da aids. Logo, não foi Batista quem a contaminou mas ele também não correu o risco de ser contaminado por ela.

muito sol. Aí veio me mostrar a moto que ele tinha comprado, olha Maria Rita eu troquei de moto, eu vim te mostrar, vamos dar uma volta, eu disse, vou nada, tu é doido, mas sabe todo tempo me saindo, ele, então liga pra mim ou então eu ligo pra ti depois, aí eu, ta bom. Mas eu não tenho mais coragem de ficar com ele, de jeito nenhum.

Em todas as outras entrevistas quando Maria Rita fala em Batista, sua voz e expressão facial denunciaram o forte sentimento que ainda nutre por ele (a voz fica lânguida e a expressão facial externa ternura e paixão) e durante sua segunda entrevista narrou outro momento em que ele foi procurá-la novamente:

Maria Rita: Ele chegou aí... assim... eu fiquei tão assim... porque ele chegou e eu não recebi ele bem, sabe? Eu tava deitada, aí ele pegou e disse assim: a dona Maria Rita está? Aí quando eu olhei era ele, aí eu fui lá, aí ele disse: oi, tudo bem, eu: tudo bem. Aí ele foi e disse assim: e aí como é que você tá, aí eu fui e disse assim: eu ainda to doente e você veio no dia errado e na hora errada, eu não posso conversar com você. Aí ele disse: ta bom, tudo bem. Aí ele só fez subir na moto e eu disse: depois eu te ligo.

Omitir de Batista sua condição sorológica e negar o que sente por ele, tratando-o com desprezo e indiferença exige muito de Maria Rita:

Às vezes eu me sinto tão mal. Me sinto tão mal mesmo por tá escondendo isso dele e ter que me afastar dele que as vezes eu num consigo nem dormir, nem comer. Ele é uma pessoa tão legal. Eu saía muito com ele, saía também eu, ele e essa menina a Érica que morava aqui vizinho. Saía era muito nós três e quando eu saía com ele nem sempre a gente ia pra cama, às vezes nós saíamos só pra conversar e eu gostava das coisas que ele dizia. É por isso que eu me sentia bem com ele. Eu me sentia leve, é difícil até de explicar como eu me sentia, porque ele é diferente da maioria dos homens.

É evidente que Maria Rita nutre por Batista um sentimento comparável ao que Giddens (1993:passim) conceitua de amor romântico. Ela sente-se extremamente atraída fisicamente por ele, afinal, Batista é um “moreno” bastante “bonitão”. Entretanto, de acordo com Giddens (1993:51) à medida que a atração imediata faz parte do amor romântico, tem de ser completamente separada das compulsões sexuais/eróticas do amor apaixonado. Maria Rita fica mal ao tratar o ex-namorado com indiferença não em virtude do mero desejo sexual que a aparência física dele lhe desperta. Batista é também uma pessoa “muito legal” que saía com ela sem necessariamente “levá-la pra cama”, isto é, tem qualidades de caráter que o diferencia positivamente, de acordo com ela, da maioria dos homens com quem se relacionou. Batista diz coisas agradáveis e interessantes que somadas ao fato de não sair só para “transar”, proporciona a Maria Rita uma sensação de bem estar que ela não consegue descrever. Tudo isso confirma que “nas ligações de amor romântico, o elemento do amor sublime tende a predominar sobre aquele

ardor sexual (...). O amor rompe com a sexualidade, embora a abarque; a “virtude” começa a assumir um novo sentido para ambos os sexos, não mais significando apenas inocência, mas qualidades de caráter que distinguem a outra pessoa como “especial” (GIDDENS, 1993:51), todavia, Maria Rita é consciente que o HIV/aids esmiúça os valores “virtuosos” do gênero feminino sustentadores dos ideais masculinos e do amor romântico.

Giddens (1993:19), citando uma pesquisa de Lillian Rubin realizada nos Estados Unidos, revela que a vida sexual dos entrevistados com mais de 40 anos contrasta drasticamente com as relatadas pelos grupos de menor idade. Para os homens e mulheres acima de 40 anos a mulher digna de amar é aquela cuja reputação se apóia na capacidade de resistir, ou conter, os avanços sexuais.

Entre as pessoas de baixa renda no Brasil, caso dos meus entrevistados, as pesquisas sociológicas comprovam que até os adolescentes designam “vadias” as garotas mais sexualmente ativas e “decentes” as mais recatadas. Em pesquisa realizada por Vera Paiva na cidade de São Paulo, na primeira metade da década de noventa, constatou-se que para os meninos “existem dois tipos de mulher, as mulheres não são iguais. Tem as mulheres para namorar/casar que devem ser: honestas, ter caráter, se mostrar só pra ele [...]. E tem as “vadias”, da rua: são fáceis de “ganhar”, promíscuas, associadas às doenças, servem pra liberar os impulsos mais agressivos” (PARKER, 1994: 241). As meninas consideravam que ser mulher significa dedicar-se ao lar, ficar fora de certos lugares, ter uma linguagem contida e controlar os impulsos sexuais. A maioria valoriza a virgindade, que simboliza a clara distinção rua/casa. A mulher que perde a virgindade corre o risco de virar “da rua”, ser “qualquer uma” (PARKER, 1994: 239). Para estes jovens é inconcebível associar a aids tanto a decência como a “mulher do lar”, a doença só está intimamente relacionada à promiscuidade e a “mulher da rua”. Assim, para a mulher solteira que contrai o vírus da aids, principalmente na população de baixa renda, a primeira hipótese tanto para o gênero masculino como feminino independente da faixa etária, é que ela se comportou de modo promíscuo e indecente, portanto, é indigna de ser amada e respeitada.

Situação um tanto similar à de Maria Rita foi narrado por Bárbara que há quatro anos conheceu Sebastião, segundo ela *“uma pessoa ótima e a cada dia que passa fica mais legal*

ainda”. Bárbara contou que apaixonou-se por Sebastião desde o primeiro momento em que o viu³⁵, porém, só aceitou namorá-lo depois de mais de uma ano de muita insistência da parte dele. Pouco tempo depois não suportando ter que ocultar sua sorologia positiva para HIV preferiu terminar o romance. Bárbara assegurou na nossa última entrevista que Sebastião ainda era muito apaixonado por ela e como desconhece sua condição sorológica não consegue entender o motivo de tanta rejeição. Ele a procura freqüentemente e recentemente falou-lhe que apesar de ter prometido para si mesmo que após se divorciar não casaria novamente, estava disposto a casar com ela salvo ela aceitasse. No entanto, Bárbara citou: *“se eu me sinto culpada porque forniquei, me comportei mal e por isso fui castigada, o que não ia pensar de mim o Sebastião?”*. Ela também teme que ele não guarde segredo de sua condição sorológica revelando-a aos familiares que fatalmente espalhariam para outras pessoas.

Quanto à Madalena não se pode dizer que o medo de ser enquadrada na categoria estigmatizada de “mulher da rua” motivou-lhe a afastar-se de Osvaldo. Quando conheceu-o em 1997, era prostituta e fazia “ponto” numa das esquinas de Fortaleza, entretanto, enfatizou que se não tivesse se apaixonado por ele jamais teria atendido os seus pedidos de deixar as drogas e a prostituição: *“Ele dizia, minha filha deixa essa vida, você consegue, você já tem um filho ficando rapazinho”*.

De acordo com Dos Anjos Júnior o que define o ato prostituinte são os seguintes fatores simultâneos: “aluguel do corpo, freqüência em que esse aluguel ocorre, jogos sexuais e *ausência do amor*” (DOS ANJOS JÚNIOR, 1983: 11. Grifo meu). Luz desconsiderou o último e não menos importante fator constituinte da prostituição e com Osvaldo vivenciou durante dois anos um romance, segundo ela, cheio de paixão.

Quando Madalena não estava com Osvaldo viajando e fazendo entrega de frios (carne bovina e aviária congelada) pelos estados brasileiros, ambos comunicavam-se por telefone. Mas, em outubro de 1999, ao descobrir que estava grávida de Osvaldo, decidiu se afastar dele completamente e nunca mais o procurou mesmo tendo o número do telefone de seu celular e da

³⁵ “considera-se que o amor romântico implica atração instantânea – “amor à primeira vista”, GIDDENS, Anthony. **As transformações da intimidade**. 2ª. Ed. São Paulo: Unesp, 1993, p. 51.

empresa na qual ele trabalha. De acordo com Madalena os motivos que levaram-na a afastar-se de Osvaldo, são os seguintes: a gravidez possibilitaria ou uma aproximação maior entre ambos, dificultando assim a ocultação da sorologia positiva para HIV, ou o rompimento definitivo da relação, afinal; são muitos os casos dos homens que abandonam as amantes depois de descobrirem que as mesmas estão à espera de um filho.

Além de largar a prostituição, Madalena prometeu a si mesma que não se envolveria jamais com outra pessoa: *“o último contato que eu tive com homem sexualmente foi com o Osvaldo, o pai desse meu segundo filho”*. Disse que optou pela abstinência sexual porque do sexo colheu um péssimo fruto: o HIV. Ressaltou que até hoje pensa muito em Osvaldo e sente bastante saudade dele mas se não teve coragem de revelar no passado sua condição sorológica muito menos teria coragem de revelá-la no presente: *“Eu já sabia que era soropositivo para HIV e ele não sabia que eu era, né? Foi o único que eu me envolvi assim... assim por um determinado tempo que eu não... que eu não tive coragem de dizer e não teria coragem de contar jamais”*.

Helena também não estava disposta, pelo menos até o momento da sua última entrevista, a relacionar-se sexualmente novamente. Diferentemente de Maria Rita, Madalena e Bárbara, ela contraiu o vírus do ex-marido, Josivaldo, que conheceu em 1991 aos trinta anos de idade e se casou em 1993. Após dois anos de casada, Helena dá luz a Mateus e quando o mesmo contava quase sete meses de idade descobre que o marido é portador do vírus da aids e que ela havia sido contaminada por ele. Helena falou na ocasião de nosso primeiro encontro sobre o processo de debilidade física de Josivaldo que antecedeu a descoberta da sorologia positiva: *“O Josivaldo tava só o corô e o osso. Só tinha osso, não tinha mais carne não, só osso e o corô por cima. Ele foi internado na Santa Casa três vezes. Foi internado lá no hospital de Caucaia quatro vezes e na última vez mandaram fazer o exame dele e deu positivo”*. Em outra entrevista ela narra:

Chegou uma vez, antes de descobrir que ele tinha o vírus, que eu disse que num ia... que num podia mais cuidar dele sozinha e que ia entregar ele pra família dele. Aí disse pra família dele que cuidasse dele que eu não podia mais não. Eles começaram a me ajudar a cuidar dele, isso antes de descobrir que ele tinha o vírus, então eu passei dois anos numa luta e nada de descobrirem o que era que ele tinha. Só na Santa Casa eu internei ele três vezes e não descobriram o que era, e ele emagrecendo, e ele ficando magro. Mas aí quando ele se internou à quarta vez lá no hospital de Caucaia aí descobriram. O médico antes fez um

bocado de exame e disse que davam tudo normal e então pediu o exame de anti-HIV que os daqui da Santa Casa não pediram.

Helena não rompeu o casamento depois que os médicos diagnosticaram que Josivaldo estava com aids e deu total assistência ao ex-marido:

Helena: Quando foi um dia, eu já sabia que tanto eu como ele tinha o vírus e não sabia como levar ele pro hospital e eu já não sabia mais o que fazer... o que fizesse, aí eu fui pra uma... pra uma calçada que tinha, eu tava sozinha na calçada com o menino no colo e o Josivaldo na calçada deitado, ele não podia ficar em pé, ele não podia ficar em pé, se ele ficasse uns cinco minutos em pé ele caía, ele não tinha mais forças nas pernas. Aí, eu pedia a Deus que aparecesse uma alma de Deus pra levar ele pro hospital porque eu já não sabia mais o que fazer. Aí o dono da casa que eu morava ele nunca aparecia naquele dia por ali, num dia de domingo, ele nunca aparecia dia de domingo por lá, nesse dia ele apareceu e eu tinha assim uma dificuldade tão grande de pedir as coisas pras pessoas e ainda hoje tenho, eu não sou de chegar e pedir, fulaninho me dê isso, não sou, eu sou um pouco amarrada, eu prefiro fazer que andar pedindo, mendigando, quando eu vou pedir é porque eu não posso fazer e não posso trabalhar, mas aí eu pensei mas se é pra pedir eu vou pedir. Perguntei pra ele se ele não podia fazer um favor pra mim, aí ele faço é só pedir, aí eu, o senhor pode deixar o Francisco no hospital porque ele não ta podendo pegar o ônibus, ele disse, posso, eu vou só aqui na casa do fulaninho e quando eu voltar eu vou deixar ele no hospital. Aí eu só fiz entrar pra dentro, botei ele no banheiro, dei um banho nele, vesti uma roupa, o Matheus eu deixei na casa do vizinho, liguei pra minha irmã e disse que eu tinha deixado o menino na casa do vizinho e minha irmã depois foi pegar o menino, e aí eu fui pro hospital São José e lá eu fiquei.

Knauth expõe os motivos de tal comportamento peculiar à maioria das mulheres contaminadas por cônjuges:

O papel de esposa e a vulnerabilidade masculina são os principais argumentos que sustentam a lógica da manutenção do vínculo conjugal depois do conhecimento da contaminação do casal. A separação corresponderia, para estas mulheres, a uma atitude de cumplicidade na morte dos maridos, que sozinhos, não resistiriam ao processo de degradação física causado pela doença (KNAUTH apud PAULILO, 1999: 152).

Todavia, assim que Josivaldo se recuperou começou a praticar coisas que não fazia antes de descobrir que era portador do vírus da aids:

Helena: Vai completar cinco anos que nós nos separamos e ele me deixou sem nada. Eu passei tanto tempo sofrendo pra cuidar dele aí quando ele se recupera a paga que ele me deu foi essa: saía de casa e dormia fora de casa e só chegava de manhã. Antes ele tinha as farras dele mas eram umas farras assim escondidas, eu não percebia que ele saía pras farras, ele nunca chegava em casa muito tarde, entendeu? Mas, depois de tudo o que eu passei com ele, de todo o sofrimento, cuidei dele uma temporada todinha, sofrendo junto com ele pra cima e pra baixo, quando ele já tava bom, aí ele começou a farrear e tudo o que ele não tinha feito antes de saber que tinha aids ele começou a fazer.

Helena fez questão de ressaltar que o marido não a traía somente quando estava alcoolizado, portanto, tinha total consciência do que estava fazendo:

Helena: Ele não me traía quando tava bebo não, era bom mesmo, lúcido. Ele saía de casa de tarde, de noite, assim boca da noite, e dizia assim: eu vou mas não sei que hora eu volto. Começava assim essa estória, quando ele começou a farrear era desse jeito, e eu não sabia se ele ia voltar ou se só vinha no outro dia, e eu ficava em casa e ele não tinha chave e eu tinha que esperar ele chegar pra abrir a porta, sem saber se ele ia chegar bom, ou se ia chegar bebo, ou se ia chegar naquela noite ou se só ia chegar no outro dia. Ele começou a fazer essas coisas, esse tipo de coisas que ele não fazia ele começou a fazer assim às claras, quando o que ele devia era ter... era ter mudado pra melhor, mas ele mudou foi pra pior. Quando ele começou a arranjar as mulheres, aí ele arranjava as mulheres ele não escondia mais de mim, ele fazia questão dos outros vir e dizer com quem ele tava, então depois de pegar ele me traindo, de ver com os meus próprios olhos eu fiz questão de me separar dele.

Para Helena ter contraído do ex-marido o vírus da aids não foi pior do que ser traída por ele “às claras”, sem o menor constrangimento. Ela disse que cuidou de Josivaldo sozinha nos momentos em que ele mais precisou de ajuda e isso deu-lhe esperança que seu comportamento melhorasse, ao invés disso, aconteceu o inverso. No caso dela o que rompeu os vínculos conjugais foi a infidelidade e não a aids.

As palavras proferidas por Helena e Josivaldo durante uma discussão posterior ao flagrante de traição, influenciam, parcialmente, a decisão de Helena de nunca mais amar nem entregar-se a homem algum. Josivaldo garantiu-lhe, naquela ocasião, que seria capaz de viver com *qualquer uma, qualquer mulher da rua*, mas não seria capaz de viver novamente com ela, porque viver com *qualquer vadia* era melhor do que estar ao lado dela. Helena afirmou que Josivaldo não ponderou os danos gravíssimos a ela causados (transmissão do vírus da aids, traição, humilhação), desprezou-a mais ainda ao ironizar dizendo: “*Eu quero só ver o que você vai fazer pra se sustentar e sustentar o teu filho também*”.

Perguntei à Helena se ela não sentira vontade de relacionar-se novamente com outro homem, respondeu incisiva:

! ão. Porque pra mim o desejo foi bloqueado... porque pra mim... pra mim todo homem é igual. Se eu chegar perto de um homem, pra mim ele é igual ao outro, entendeu? Enquanto isso é... que eu conversei com a psicóloga e ela disse: enquanto você não tirar esse bloqueio que tá aí na sua mente, você não vai conseguir. E eu não to conseguindo tirar de jeito nenhum, esse bloqueio que ficou na minha mente, não to conseguindo tirar. Pra mim tanto faz. ! ão tenho mais aquela coisa... desejo de tá com uma pessoa não. Depois eu também não teria coragem de contar que eu tenho esse vírus porque eu sei que eu ia ser rejeitada. Homem

não é como a gente e, dificilmente, um homem cuidaria de mim como eu cuidei do Josivaldo quando ele teve doente.

Helena compartilha da idéia de que os homens são todos iguais, conseqüentemente, vivenciaria com qualquer outro o mesmo que viveu com Josivaldo. Retomando a pesquisa realizada em São Paulo por Vera Paiva, as jovens entrevistadas expressaram concepção semelhante ao afirmarem que os homens são todos parecidos: naturalmente agressivos, só pensam em sexo e aproveitar-se das mulheres (PARKER, 1994: 239). Várias pesquisas comprovam também que, enquanto a mulher cuida do homem debilitado em função dos sintomas da aids o mesmo não acontece com as mulheres doentes, na maioria das vezes abandonadas pelos companheiros.

No condizente a Robério e René a abstinência sexual não é uma prática recorrente, ambos evitam tão somente relacionamentos duradouros porque preferem *não ter ao lado* o que designaram de “*alma gêmea*” ou “*cara metade*”, ou seja, aquela pessoa “especial” e “única” com a qual poderiam viver para sempre. Neste sentido, ambos diferenciam-se de Maria Rita, Bárbara, Helena e Madalena que diante da decisão de não vivenciarem o amor romântico negam-se a vivenciar também o amor confluyente. Sobre este, Giddens (1993: 72) nos diz: “O amor confluyente é um amor ativo, contingente, e por isso entra em choque com as categorias “para sempre” e “único” da idéia do amor romântico. (...) Quanto mais o amor confluyente consolida-se em uma possibilidade real, mais se afasta da busca da “pessoa especial” e o que mais conta é o “relacionamento especial”. Neste sentido o amor confluyente, ao contrário do amor romântico, não exige dos parceiros um relacionamento estável e duradouro.

No Brasil, manter relações sexuais em relacionamentos instáveis é uma possibilidade viável para os homens, sejam eles heterossexuais ou homossexuais, porque, ao passo que as mulheres figuram no imaginário social como *naturalmente do lar*, os homens, por sua vez, figuram como *naturalmente da rua* (PARKER, 1994: 239). “Para Almeida (1996), o fenômeno da dualidade casa-rua na subjetividade do homem brasileiro permite compreender as costumeiras bravatas e fanfarrônicas sexuais de nossos *machos* e a forma peculiar como manifestam ostensivamente sua capacidade reprodutiva e sua virilidade aparentes” (BORIS, 2001:72).

Boris (1999: 21 E 49) esclarece também que a liberdade sexual masculina é um legado de nossa herança patriarcal. O autor afirma: “Freyre (1936) apontou a dimensão ideológica da figura do grande patriarca ou do senhor de engenho, que atualmente ainda se mantém como uma espécie de arquétipo nuclear, caracterizando e formando modelos de conduta, de orientação e de organização no imaginário dos brasileiros” (BORIS, 1999:69).

Trata-se, portanto, em outras palavras, de uma espécie de selo invisível, que, de forma extremamente sutil e matizada, continua a inspirar comportamentos e a demarcar estilos de conduta para além de sua existência histórica específica. Uma das maneiras de perceber o funcionamento desta lógica é acompanhar as identificações e analogias ainda hoje traçadas entre as noções associadas de virilidade/macho/senhor/dono/força/violência – e os pilares formadores da identidade masculina legítima no Brasil (ALMEIDA apud BORIS, 1999: 69).

Porém, a disposição dos meus entrevistados de experimentar relacionamentos instáveis com pessoas não especiais, está ancorada numa gama de justificativas e significados maiores. Robério narrou que quando descobriu que havia contraído o HIV aos dezessete anos não ficou inicialmente abalado: “*no começo eu não tive nenhum “baque”*. Deu-se conta da gravidade do seu problema quando sua sorologia positiva começou a afetar o relacionamento com Guilherme, seu ex-namorado:

Eu sou homossexual. Meu namorado na época, o Guilherme, não sabia e até hoje ainda não sabe que eu fiz o teste e deu positivo. Aí ficamos assim... ficou assim... fica diferente. Por mais que você diga que não, fica diferente. Porque aquela coisa eu não... eu tava diferente, tava aquela coisa assim, no começo a gente tava transando sem camisinha, aí eu tive de dizer, você vai ter que colocar a camisinha e tal. Aí ele ficou meio assim, mas não falou nada. Aí nisso ficamos curtindo de novo, só que tava... quando eu abraçava e dizia que gostava vinha àquela pontada assim, como é que eu digo pra uma pessoa que gosto e derrepente eu to com uma coisa assim que indiretamente pode vir a prejudicar a ela. Aí eu acabei inventado uma história na época pra ele poder fazer o exame, disse que ia fazer também e tal. Aí eu fiz tudo para ele fazer o exame, sem eu contar que eu era, ele fez umas três, quatro vezes e deu negativo, as vezes que ele fez deu negativo. Aí chegou um dia que eu me afastei dele porque eu não conseguia fingir que tava tudo bem, tudo normal.

Inquiro como ele conseguiu persuadir Guilherme a realizar o teste anti-HIV:

Eu disse que a gente tinha que fazer doação de sangue pra um amigo da gente e ele tinha que fazer um exame, tinha que fazer os exames, tinha que pegar o encaminhamento pra fazer. Aí no dia que ele recebeu aí ele pegou, aí veio e me ligou, falou que tava tudo bem, aí pronto eu comecei a pensar, então pronto eu não passei nada disso pra ele, aí ele fez mas umas duas, três vezes o teste e eu fui me afastando dele e acho que ta com uns quatro a cinco anos que eu não o vejo nem de passagem.

Questiono quanto tempo ele relacionou-se com Guilherme antes de se afastar definitivamente dele e Robério assegura: “*mais ou menos um ano e meio*”. Depois ressalta:

“Porque aquela coisa, na época eu tava gostando dele, sabe, eu amava mesmo e eu me sentia meio assim com aquela situação, porque eu tinha que contar pra ele”. Robério sentia-se na obrigação de revelar para seu parceiro sua sorologia positiva embora temesse a reação dele:

! a época eu tinha dezessete anos e aquela coisa assim, só via na televisão aids mata não sei quantos na África e aquela coisa assim que não tinha remédio, não tinha cura e eu chegar pra ele contar ele ia ficar meio... porque não me chocou mas ia chocar ele, porque no começo não me chocou, mas ia chocar ele e assim eu tinha mais medo da reação dele como eu tinha medo da reação dos meus pais. Porque na época pronto, aids era fatal, aids morte, pronto. O pessoal associava logo a aids à morte, isso há quinze anos. Se hoje o pessoal ainda fala assim imagine isso há quinze, dezesseis e dezessete anos atrás, como é que seria hoje o comportamento desse pessoal (seus pais e seu namorado).

Robério encontrava-se numa espécie de encruzilhada: além de viver com medo de no futuro ser rejeitado porque portava um vírus sexualmente transmissível considerado extremamente letal, não conseguia continuar fingindo que nada de diferente estava acontecendo. Somando-se a isso havia o medo de contaminar o namorado e o remorso por estar enganando-o. Todos estes fatores pesaram mais do que a vontade de Robério em continuar relacionando-se afetiva e sexualmente com Guilherme. Robério discursou a respeito de sua vida amorosa atualmente:

Eu não consigo me empenhar em relacionamento sério. Fica aquela coisa assim de... vai ser a mesma coisa de novo. Depois do Guilherme eu já tive vários relacionamentos com pessoas que eu até acho interessantes mas não são especiais como ele. Se bem que eu conheci um cara quatro anos depois, que também era bastante especial, mas aí foi do mesmo jeito, eu não tinha coragem de contar, fui e terminei. Agora, parece loucura mas eu evito me relacionar com um cara que eu sei que vou me apaixonar perdidamente.

Pierre assim como Robério é homossexual e afirmou que estava sem namorado e que era difícil aparecer alguém que lhe despertasse o “desejo para ter alguma coisa”. Contou, em seguida alguns detalhes de sua contaminação:

Quando eu cheguei aos quinze anos... perto dos dezesseis, eu conheci meu primeiro namorado. Fiquei com o Humberto uns cinco anos. Acredito que foi até dele que eu me contaminei. Ele não era uma pessoa paradinha, o que aparecia na frente dele ele pegava sabe... podia ser travesti e tudo.

Quando Pierre diz que Humberto não era uma pessoa muito “paradinha” está contrapondo o seu comportamento ao dele. Pierre em vários momentos da entrevista ressaltou que não se considerava “promíscuo”, pelo contrário, era bastante calmo, enquanto que o ex-

namorado “*pegava o que aparecia na sua frente*”. Ele salientou que Humberto era muito bonito e refreava-se a assumir o relacionamento homossexual perante à sociedade.

Rotello (1998: passim) discorrendo sobre o mundo gay diz que homens bem apessoados e sexualmente ativos são os mais desejáveis e seu comportamento não é estigmatizado. Mesmo aqueles homossexuais mais reservados e pacatos não se privam em manter casos ou encontros breves com os mais “promíscuos”.

O resultado disso é que aparentemente houve uma tremenda quantidade de mistura sexual entre os gays mais altamente ativos (e infectados) e o resto da população. Os homens que tinham tido apenas um parceiro extracurricular por ano se misturavam livremente com aqueles que tinham tido centenas. (...) Devido a isso, qualquer agente de doença que estivesse se tornando endêmico dentro do grupo gay sexual de alto risco, tinha uma ampla oportunidade de se irradiar, com eficiência para o resto da população gay. (ROTELLO, 1998: 112)

Pergunto num determinado momento da entrevista qual era a “orientação sexual” de Humberto e Pierre assegura decididamente: “*Ele era heterossexual*”. Confesso que fiquei surpresa e pensei que ouviria no mínimo que o ex-parceiro era bissexual. As considerações de Bastos, Galvão, Pedrosa e Parker (1994: 24) sobre a sexualidade brasileira justificam em parte a resposta de Pierre. Estes autores dizem que no Brasil não há um recorte claro entre as categorias heterossexual e homossexual em conseqüência de diversos fatores, entre os mais relevantes: 1. combinação, num só indivíduo, de papéis sócio sexuais contraditórios (associada à ideologia de “tudo vale por baixo do pano”), 2. Predominância de uma exacerbação erótica “pansexual” em que tudo é aceito sem que seja “formalizado” ideológica ou juridicamente.

O ex-namorado de Pierre “*pegava o que viesse a sua frente*”, ou seja, mantinha relações sexuais com homens e mulheres. Assim, desempenhava exacerbadamente o pansexualismo assumindo em diferentes ocasiões o papel de homossexual nos relacionamentos intra-gênero e heterossexual nos relacionamentos extra-gênero. Sendo os relacionamentos homossexuais no Brasil vividos muitas vezes sob a forma de “teatro de gênero”, nos quais os papéis femininos e masculinos são importados para os mesmos e correlativamente os termos e as representações simbólicas que associam o ativo à figura do “macho” e o passivo a da “fêmea”, Pierre não vê outro termo a não ser heterossexual para designar o parceiro que sendo o ativo nas

relações sexuais mantidas entre ambos durante mais de quatro anos só podia ser designado, indubitavelmente, de “macho”.

Faz-se mister salientar que entre muitos homossexuais perdura até hoje uma prática preponderante das primeiras décadas do século XX, em que a maioria não procurava “nem necessariamente desejava o sexo uns com os outros, freqüentemente procuravam o sexo com aqueles que eles mesmos chamavam de homens “normais” (ROTELLO, 1998: 57-58). “Muitos ‘bichas’ e ‘veados’ socializados na cultura gay dominante de antes da guerra”, escreve Chauney, “consideravam que o parceiro sexual ideal deveria ser (...) um homem de verdade”, isto é, másculo, agressivo e não efeminado. Rotello, (1998:58) citando Allan Bérubé, proeminente historiador gay, diz que “para muitos ‘veados’ dessa época, praticar (idealmente) sexo com parceiros heterossexuais tinha tanto a ver com ser ‘veado’ que eles até recusavam pensar em praticar sexo entre si (...) e muitas vezes consideravam a masculinidade ou rudeza de seus parceiros como um dos aspectos mais atraentes da atividade sexual”.

Arrisco-me a afirmar que Humberto em certo sentido figurava no imaginário de Pierre como o “ideal homem heterossexual”:

no meu caso com ele foi um pouco conturbado porque até ele se decidir o quê queria comigo demorou (estalou os dedos) minha filha. Ai eu sofri muito. Comi um bocado ruim por muito tempo correndo atrás dele.

Humberto é quem primeiramente realiza o exame para detectar a presença de anticorpos do HIV no organismo e o resultado confirma a sorologia positiva. Este não esconde de Pierre e ambos continuam mantendo relações sexuais. Seguidos alguns meses Pierre adoce e o médico receita alguns antibióticos que não solucionam o seu problema de saúde. Interrogo-lhe porque ele não foi imediatamente realizar o teste anti-HIV, em resposta obtive: “*Eu tinha medo. Eu tinha muito medo do resultado.*”

O certo é que Pierre tinha medo de contrair o HIV mas continuou mantendo relações sexuais com o parceiro soropositivo e muitas vezes sem exigir do mesmo o uso do preservativo masculino. O medo não foi suficiente para que ele rejeita-se à prática sexual de alto risco. Fazendo minhas as palavras de Paulilo (1999:22), “como entender tão grande paradoxo?”

Embora a racionalidade possa indicar algumas das razões que fazem com que uma situação seja considerada ameaçadora e digna de ser tratada com prudência, nem sempre componentes amedrontadores provêm de uma explicação racional, permanecendo encoberta a lógica que os constrói. O mesmo acontece com a cautela e seu oposto, ou seja, o desafio, o confronto, a provocação ao perigo, o risco. Comportamentos arriscados nos fazem ver que o risco, assim como a cautela, nem sempre se apresentam como decorrente de uma escolha racional. Não se trata, de maneira alguma, de ausência do medo; o temor está lá consciente e explicitado e, no entanto, o convite ao duelo é lançado, segurança e risco se embatem, se confrontam e se mesclam. (Paulilo, 1999: 22)

Le Breton (apud PAULILO, 1999: 28) lembra que jogar com a vida correndo o risco de perdê-la é simbolicamente jogar com a própria existência e o objetivo é conseguir o “surplus”, a sensação interior capaz de tornar a vida mais plena:

O risco é o imaginário de uma relação com a morte na medida em que propicia com ela uma troca simbólica. O enfrentamento do risco visa a enfeitiçar simbolicamente a morte, a desafiná-la de modo metafórico; trata-se de se manter, simbolicamente, por um tempo mais longo ou mais curto sobre a linha divisória entre viver e morrer (Paulilo, 1999: 28).

A sensação de sobrepujar a morte num embate livremente escolhido só perdurou até o dia em que Pierre percebe que além das crises de garganta persistentes havia algumas manchas estranhas no seu corpo. Ele decide enfrentar o medo e realiza o teste anti-HIV: *“Chegou uma hora que eu disse, quer saber de uma coisa, eu vou logo fazer esse exame, seja o que Deus quiser. Fiz o exame e deu positivo”*. Questiono como é que tem sido desde o dia que descobriu sua condição sorológica:

Algum tempo depois o Humberto começou a ficar frio comigo, eu gostava dele mas achei melhor terminar. Eu pensei assim, também eu não vou me entregar não, não vou sentir depressão não nem perder a cabeça. Ai eu reagi. Se a pessoa não tiver um equilíbrio bom ela... ela vai pro chão.

Pierre se preocupa muito *“em não perder a cabeça”* como muitos travestis que depois da descoberta da soropositividade, se converteram à igrejas evangélicas, cortaram os cabelos e tiraram o silicone dos seios. Segundo René, tais pessoas *“se arrependem do passado e se culpam por terem contraído o vírus da aids e não se aceitam mais da maneira que são”*. Pierre, ao contrário, depois de descobrir que era portador do HIV rapidamente colocou silicone nos seios, deixou crescer os cabelos: *“eu virei travesti”*. Também afirmou com ênfase e orgulho: *“Eu me aceito bastante. Eu acho que por isso que eu não entrei em depressão, essas coisas”*.

Outrossim, Pierre assegurou que no presente evita terminantemente se apaixonar por alguém:

Eu não medi esforços pra provar o quanto eu amava o Humberto e foi só ele descobrir que eu também era soropositivo que começou a não querer mais saber de mim. Então, eu fico imaginando como que não seria se eu me apaixonasse por alguém soronegativo, é por isso que eu acho melhor não me apaixonar. Eu tenho meus casos mas nunca deixo a coisa ficar séria demais.

COI SIDERAÇÕES FIJ AIS

*l ão se pode só dar uma contribuição teórica,
devemos tentar deixar um legado para a vida.
Então problematize a vida.
Faça com que seu trabalho chegue
a onde as pessoas estão.*

Alexandre Carneiro

Como ressaltai no primeiro capítulo desta dissertação, o interesse de enveredar nesta pesquisa foi despertado quando há seis anos alguns soropositivos assintomáticos entrevistados para elaboração de minha monografia, afirmaram que consideravam *a aids uma doença como outra qualquer*, entretanto, omitiam terminantemente para parentes, amigos e vizinhos suas reais condições sorológicas para HIV.

Até que ponto um assintomático que goza de considerável saúde física encara *a aids uma doença como outra qualquer*, principalmente ao levar-se em conta que ele esforça-se em manipular e omitir sua condição sorológica dos que lhe são mais íntimos? Os efeitos biológicos do HIV no organismo, pelo menos durante a fase assintomática, são menos inconvenientes e perceptíveis do que os do vírus da gripe, neste sentido, realmente *a aids pode ser considerada uma doença qualquer*. Mas, esta pesquisa ao privilegiar os significados simbólicos da aids evidenciou que os mesmos são responsáveis pela patologia ser encarada como uma das mais terríveis da atualidade, em nada comparável à gripe, mesmo quando o portador do HIV em tudo nega o estereótipo do doente terminal. O fato é que os signos e símbolos que designam a aids são extremamente fortes:

A maré que “sobe para aniquilar as sociedades humanas”, a “epidemia do século”, a “nova peste”, a “portadora de psicose e pânico”, a maldição que mantém “o medo do sexo”, a “besta imunda”, entre outras variações. O mal rende literatura. Faz reaparecer o trágico e o mito. Apela para imagens de corpo a corpo, de combate; é o equivalente de “uma terceira guerra mundial” em que os doentes estão na “linha de frente” e os outros são “os da retaguarda” (BALANDIER, 1997: 201).

De acordo com o Dr. Jonathan Mann³⁶, da Organização Mundial de Saúde, as representações sociais que cerceiam a aids são produtos da *terceira epidemia*³⁷ na qual os

³⁶ Informação fornecida em discurso pelo Dr. Jonathan Mann durante a Assembléia Geral da ONU no dia 20 de outubro de 1987.

estigmas e estereótipos do doente são reforçados desencadeando uma síndrome de acusação e culpabilidade, mesclada de *pânico e medo*. “Souza [...] se refere ao fato de ter-se tornado a aids uma espécie de “Chernobyl virológico”, uma vez que transformou-se em uma catalisadora de medos; a contaminação pelo *vírus do medo* teria atingido número infinitamente maior de pessoas, se comparada ao contágio pelo HIV” (PAULILO, 1999: 46).

Assim, quando o portador do HIV assintomático denomina a aids uma *doença qualquer* está considerando tão somente o seu quadro de inexistente morbidade físico-biológica e não as conseqüências psíquico-sociais advindas dos significados simbólicos que permeiam a sua contaminação.

Como vimos, o que se sabia inicialmente sobre a transmissão do HIV, da aids e de suas vítimas, favoreceu a eclosão de uma gama de significados morais concernentes à própria contaminação. Mesmo antes das pesquisas biológicas oferecerem esclarecimentos a respeito da origem e natureza da aids “as pessoas elaboraram teorias apoiadas nos dados de que dispunham, relativos aos portadores (drogados, hemofílicos, homossexuais, receptores de transfusões) e aos vetores do *mal* (sangue, esperma)”.

O soropositivo assintomático sabe que ao revelar sua condição sorológica a primeira pergunta que, se não realizada diretamente a ele será realizada a terceiros, é: “*E como foi que você ou ele/ela contraiu o HIV?*”. Basta refletirmos um pouco na nossa própria reação e inquietações que por ventura surgirão ao nos depararmos com o diagnóstico positivo de alguém, porque, em suma, saber como certa pessoa contaminou-se implica a constituição de um poder que autoriza o tipo de sanção ou pena que devemos dirigir-lhe.

Ora, o portador do HIV contaminado através de relações sexuais, caso de todos os que foram entrevistados por mim, é “invadido por uma preocupação moral qualitativa que questiona o tipo de relação sexual mantida e que o submeteu ao contágio” (CARNEIRO, 2000: 79). O sexo

³⁷ “A primeira é a epidemia da infecção pelo HIV que silentemente penetra na comunidade e passa muitas vezes despercebida. A segunda epidemia, (...) é a epidemia da própria AIDS: a síndrome de doenças infecciosas” decorrentes da imunodeficiência provocada pela infecção do HIV. (DANIEL; PARKER, 1991, p. 13).

além de denunciar uma suposta transgressão moral, isto é, que o soropositivo o praticou promiscuamente, tem o poder de evocar o sujo e o impuro. Dado que a sujeira denota também transgressão da ordem “eliminá-la não é um movimento negativo, mas um esforço positivo para organizar o ambiente (...)” , o *habitat social* do ser humano (BAUMAN, 1998: 16), logo, o rechaço assume o caráter de sanção punitiva e condenatória legítima.

O medo da poluição, sujeira e desordem geram os seus opostos, o desejo da pureza, limpeza e da ordem, tão peculiares a todas as sociedades em suas diferentes épocas históricas.

O interesse pela pureza e a obsessão com a luta contra a sujeira emergem como características universais dos seres humanos: os modelos de pureza, os padrões a serem conservados mudam de uma época a outra, de uma cultura para a outra – mas cada época e cada cultura tem um certo modelo de pureza e um certo padrão ideal a serem mantidos intactos e incólumes às disparidades. (BAUMAN, 1997: 16)

Se na idade média em prol da pureza e da ordem “o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra a lepra dos outros”, por um mecanismo de exclusão, de exílio e purificação (FOUCAULT, 1996: 88), atualmente, o Hospital São José, famoso no tratamento de doenças infecto-contagiosas, mantém este círculo de exclusão, “no qual as doenças já conhecidas e ameaçadoras, bem como as desconhecidas e enigmáticas” são isoladas nos intramuros de um espaço protetor dos males que ameaçam a humanidade, o pior deles, a aids (CARNEIRO, 2000: 19).

Dessa forma, parece ser que uma das funções primordiais de um hospital dessa categoria – se retomamos a discussão sobre o mal que ameaça a integridade existencial do sujeito - é a de manter sob controle o espaço de proximidade, e até de intimidade, entre a sociedade e o mal ameaçador. (CARNEIRO, 2000: 19)

Contudo, na pós-modernidade, modernidade tardia, segunda modernidade ou, como prefere Bauman, modernidade fluida, o portador do HIV é alguém que recebe o interdito social sendo excluído e separado dos moralmente puros e limpos através de um muro não somente de tijolo e concreto mas, acima de tudo, simbólico com capacidade de impor restrições sociais e constrangimentos até mais poderosos e eficazes³⁸.

³⁸ A título de exemplo da eficácia do poder simbólico, temos o *olhar* que não só constata, mas igualmente reprime e constrange. Foucault (1996: passim), em *Vigiar e Punir*, mostra como o olhar e as práticas disciplinares, têm papel fundamental na construção das normas de comportamento: “É o olhar que controla, vigia, classifica e estabelece um desequilíbrio no par ver/ser visto. (...) Esse olhar que controla está em todos os lugares (...), é nesse sentido que

O alicerce, isto é, a infra-estrutura deste muro simbólico é, incontestavelmente, a moral. Ao contrário do que muitos podem pensar a respeito do poder exercido por ela nas sociedades atuais, diante da banalidade e naturalização de comportamentos que no passado eram reprimidos e recriminados, a moral ainda persiste poderosamente porque, além de estar difusa nos diferentes âmbitos sócio-culturais, família, vizinhança, trabalho, escola, encontra-se cristalizada nas consciências individuais. Segundo Mauss (1972:149), a noção de *bom* e de *mau* se aplica a todas as relações do indivíduo com os seus semelhantes e faz parte da “arte da vida moral” sem a qual “não há vida em comum possível (...)”. Ainda, de acordo com este antropólogo

só conhecemos a presença da noção da moral pela presença da noção de obrigação moral e, secundariamente, pela presença da infração e da noção de sanção (...). Reconhecer-se-á, portanto, o fenômeno moral (...) pela presença da noção de bem e de mal, previamente definida e sempre sancionada. Não há mal se a nossa consciência e a dos outros não disser que há mal. (MAUSS, 1972, p. 149 e 150)

Os resultados deste trabalho comprovam ainda que os soropositivos assintomáticos através da sócio-dinâmica da estigmatização são levados a sentirem-se simbolicamente poluídos e julgarem-se moralmente inferiores³⁹ mesmo quando suas condutas cotidianas do passado e presente negam totalmente tais designações.

Aqueles que são objeto do ataque não conseguem revidar porque, apesar de pessoalmente inocentes das acusações ou censuras, não conseguem livrar-se, nem sequer em pensamento, da identificação com o grupo estigmatizado. (...) Há sempre uma suposição de que cada membro do grupo inferior está marcado pela mesma mácula. Eles não conseguem escapar individualmente da estigmatização grupal, assim como não conseguem escapar individualmente do status inferior de grupo (ELIAS, 2000: 131).

O certo é que o diagnóstico positivo para HIV induz alguns soropositivos a perscrutar a própria vida em busca de comportamentos que comprovem a trilogia: transgressão moral-aids/punição-culpa. Quando o passado denuncia um comportamento que fere os padrões morais estabelecidos, principalmente no caso de Madalena e Macedo, a doença só confirma a relação preconcebida: aids x promiscuidade. No entanto, as narrativas dos dez entrevistados evidenciam que o estigma depreciativo imposto socialmente penetrou em proporções diferentes na auto-

podemos dizer que o olhar que nos vigia já está interiorizado em nós mesmos, fazendo de cada pessoa um instrumento de sua utilização”. (SANCHEZ, PARRA & MELO, 1999: 77)

³⁹ ELIAS, Norbert & SCOTSON, John L. **Os Estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000, p. 20-23.

imagem de cada um deles, fragilizando-os e desarmando-os. A omissão de suas condições sorológicas e as estratégias utilizadas para tal, são as únicas armas possíveis para evitar o rechaço e o tratamento dispensado aos “anômicos” ou “estranhos”, categorias com as quais o contato íntimo é simplesmente perigoso e desagradável.

Ademais, esta dissertação demonstra que remorso, culpa, arrependimento, vergonha e medo são sentimentos que emergem com força e altivez, como se por si sós, fossem mais fortes que o próprio sujeito. Acredito que neste sentido, estamos diante de manifestações psíquicas mas, sobretudo, de fatos sociais exteriores ao indivíduo e com inteira capacidade coercitiva. Estes sentimentos manifestam-se porque são decorrentes de construções e imposições sociais. Não sentimos remorso, culpa, arrependimento, vergonha e medo se o estoque simbólico sócio-cultural que carregamos em nós não for acionado e incitado para tanto. O remorso e o arrependimento só começaram a existir quando a sociedade estabeleceu que determinados atos e condutas individuais implicam na perda e dano material ou simbólico, intencionalmente ou não, infligidos a terceiros.

A vergonha por sua vez, é um fenômeno social que deriva do sentimento moral cuja autoridade é, segundo Heller (apud PIMENTA & OLIVEIRA, 1999: 151), o costume social.

A vergonha pode ser definida como um sentimento moral porque é uma resposta à aprovação ou desaprovação de outro. Ela tem um papel importante na socialização da pessoa e na definição do pertencimento a um grupo. A vergonha é um sentimento produzido socialmente, não existe entre os animais na natureza. É um instrumento de disciplina, o regulador primário da socialização, que, embora não seja inata no homem, pode ser internalizada a ponto de a julgarmos natural. O sentimento de vergonha exprime o desvio e a transgressão do sistema de conduta da comunidade (PIMENTA & OLIVEIRA, 1999: 153).

A culpa consiste na consciência do erro e por isso para muitos é, fundamentalmente, interna. Contudo, a mesma é uma forma eficaz de sanção punitiva que atormenta o ser porque ancora-se na idéia de transgressão dos valores morais previamente estabelecidos pela sociedade. A culpa que Madalena carrega pelos transtornos de saúde da mãe e do filho só tortura a sua consciência porque seu passado a condena, ela foi “garota de programa”, por conseguinte, de acordo com a opinião coletiva, comportou-se *mal* ao comercializar sexualmente o próprio corpo.

Similarmente, acontece com o medo. Ele manifesta-se porque através do convívio social apreendemos que determinadas circunstâncias podem resultar na perda de coisas prezadas e esmeradas, a saber, no caso dos soropositivos assintomáticos, o direito à vida social. Considerando as narrativas dos participantes desta pesquisa ficou notório que se a morte física e todos os males que “possam simbolizá-la, antecipá-la, recordá-la” (CHAUÍ, 1993:36) é para a maioria dos seres humanos atemorizante; a morte social ocupa um lugar igualmente amedrontador no imaginário de Maria Rita, Madalena, Robério, Jocasta, Macedo, Vlândia, Helena, Marcos Henrique, René e Bárbara.

No caso dos participantes desta pesquisa, é válido ressaltar: o estigma da aids coloca-os também perante a possibilidade da perda do respeito e da honra, qualidades morais notavelmente almejadas, que para serem preservadas podem influenciar a negação de um bem abstrato propiciador de prazer e regozijo: o amor. A preservação de uma imagem sem máculas profundas construída durante o percurso de uma vida, de maneira especial para Maria Rita e Bárbara, é até mais importante do que vivenciar o amor na sua forma mais romântica.

Urge acrescentar: compartilhar segredos íntimos e escutar histórias de vidas semelhantes e ao mesmo tempo cheias de singularidades fez do trabalho de campo e da elaboração desta dissertação um empreendimento enervante repleto de emoção e de inúmeros sentimentos: frustração; satisfação; desânimo; alegria; tristeza; contentamento; raiva, nomeadamente, frente a minha incapacidade de ajudar de maneira contundente meus entrevistados a lidar de forma menos dramática com a omissão e manipulação do estigma da aids; insatisfação teórica, visto que este trabalho é, segundo muitos doutores e mestres de diferentes áreas de conhecimento, pioneiro.

Durante à complexa tessitura dos resultados empíricos da pesquisa com o arcabouço teórico apreendido, pensei em alguns momentos de pura angústia e considerável sensação de incompetência, que não conseguiria transmitir o que está adjacente a manipulação e ocultamento do estigma da aids. Cheguei, então, além de arrepende-me da escolha de tão instigante objeto de estudo (os soropositivos assintomáticos), a querer, covardemente, bem sei, desistir da pesquisa. Nestas ocasiões, curiosamente, senti raiva e vergonha de mim mesma. Como eu poderia ser capaz

de cogitar a possibilidade de “jogar tudo para o alto” depois de conhecer as angústias e temores de meus entrevistados?

Se minha condição como pesquisadora *estava* comprometida pelo cansaço e medo de tentar novos caminhos metodológicos, de formular novas hipóteses, de abandonar determinados teóricos para agarrar-me àqueles ainda desconhecidos, o que *estava* em jogo para os participantes desta pesquisa, pelo menos até a data de nossos últimos encontros, era o direito de usufruir daquilo que os caracteriza humanos: qualidades morais que os torna dignos do intercurso social. Enquanto eu posso dar-me o luxo de “arriscar para ver no que vai dar”, foi exatamente isso o que fiz mas não de forma desmedida e descomprometida, para eles expor a verdade sobre o hospital que freqüentam regularmente, o tratamento médico realizado e os medicamentos ingeridos cotidianamente é “arriscar” demais. Ao tentar colocar-me no lugar deles, constatei: o rechaço dói, machuca, incomoda e por mais corajosos que sejamos nunca estamos suficientemente preparados para enfrentá-lo.

Neste sentido, fui buscar motivação, paixão – Hegel afirma que nada de grande no mundo é feito sem paixão, eu diria que nada realmente importante para alguém, seja grande ou pequeno, é feito sem essa virtude – nas histórias de vida de meus entrevistados e com isso aprendi que cada um de nós traz dentro de si uma história fascinante que precisa simplesmente ser recordada, narrada e, acima de tudo, compartilhada. Grande privilégio o meu, afinal, meus entrevistados narraram além de suas próprias histórias de vida, sentimentos, pensamentos, temores e as histórias de vida de outros, compartilhadas por eles:

Jocasta: O que aterroriza mais nessa doença não é ela matar muita gente. Todo mundo tem que morrer um dia e tem muitas outras doenças que matam também. O que faz dessa doença uma terrível doença, o que faz dela infeliz, eu acho que é o desprezo das pessoas. Não é nem a doença que mata não, é o desprezo das pessoas. Eu conheci uma menina lá no H.S.J que começou a definhar depois que os pais dela passaram a lhe desprezar. Ela tinha um filho e pediu à irmã que cuidasse dele enquanto ela se recuperava. Ai a irmã dela quis ficar com o menino mas os pais dela não aceitaram a criança dentro de casa, achavam que ela podia tá com o vírus também, por preconceito e discriminação eles não aceitaram a criança. Depois disso foi que ela piorou mesmo e morreu. O bichinho, graças a Deus, fez todos os exames e nem tem o vírus mas mesmo assim quem ficou com ele foi à tia dela, ela tá criando ele. Tem uma música que, ai meu Deus, parece com ela [bastante emocionada começa a chorar]. A música é aquela do Zezé de Camargo e Luciano, “A Ferro e Fogo”, que diz: “A ferro e fogo não dá. Com tanta indiferença vendo a vida passar, tropeços e tropeços, pedras no meu caminho”, essa música é a cara dela. Ela dizia pra mim: “olha, sempre que você ouvir essa

música se lembre de mim”. Ai meu Deus, se ela soubesse que eu não preciso nem escutar essa música pra lembrar dela.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Maria Isabel M. de. **Masculino/feminino: tensão insolúvel: sociedade brasileira e organização da subjetividade.** Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

ARIÉS, Philippe. **O homem diante da morte.** 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990

AMORIM, Nádia Fernanda M. de. Introdução. In: **Mulher solteira: do estigma à construção de uma nova identidade.** Maceió: EDUFAL, 1992.

BALANDIER, Georges. A doença, o mal, a desordem que vêm de fora. In: _____. **A desordem: Elogio do Movimento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BASTOS, Inácio Francisco; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2000.

BAUMAN, Zygmunt. O sonho da pureza. In: _____. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. A criação e anulação dos estranhos. In: _____. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. Imortalidade, na versão pós-moderna. In: _____. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BOLETIM PELA VIDDA. São Paulo, ano II, n. 11, novembro. 1991.

_____. São Paulo, Ano III, N° 12, março. 1992.

_____. São Paulo, ano VI, n. 21, outubro/dezembro. 1994.

BORIS, Georges Daniel Bloc. **Falas de homens: a construção da subjetividade masculina.** São Paulo: Annablume, 2002, p. 72.

BOURDIEU, Pierre (Org.). Compreender. In: _____. **A miséria do mundo.** Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e Aids. Aids e sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. **Aids: a nova desrazão da humanidade.** São Paulo: Escuta, 2000.

CHAUÍ, Marilena. Sobre o medo. In: CARDOSO, Sérgio *et al.* **Os sentidos da paixão**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993, p. 36.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o Brasil, Brasil?**. Rio de Janeiro: Rocco: 1986, p. 24 e 25.

DANIEL, Herbert. **Aids a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991, p. 20

DANTAS, Rodrigo Tavares. **Homossexuais masculinos portadores do HIV/Aids**: perspectivas de vida após o diagnóstico. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2001.

DIAS, Cristiano. O continente condenado. **Veja**. São Paulo: Ed. Abril, ano 33, n. 29, p. 48-50, 19 de julho de 2000. Edição 1658.

DOS ANJOS JÚNIOR, Carlos Silveira Versiani. Introdução. In: _____. **A serpente domada**: Um estudo sobre a prostituta de baixo meretrício. Fortaleza, UFC, 1983.

DURKHEIM, Émile. **Sociologia e filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

_____. Introdução. **Lições de sociologia**: a moral, o direito e o estado. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1983.

_____. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Filho, 1999.

ELIAS, Nobert. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. **A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FAUSTO NETO, Antônio. **Mortes em derrapagem**: os casos Corona e Cazuza no discurso da comunicação de massa. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1991, p. 121.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. Os corpos dóceis. In: _____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. Os recursos para o bom adestramento. In: _____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. O panoptismo. In: _____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

HELLER, Agnes. Sobre os papéis sociais. In: _____. **O cotidiano e a história**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

GEORGES, Duby. **Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

GEERTZ, Clifford. “Do ponto de vista dos nativos”: a natureza do entendimento antropológica. In: _____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GIDDENS, Anthony. **As transformações da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

_____. Sistemas abstratos e a transformação da intimidade. In: **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

GUIMARÃES, Carmem Dora. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem aids no Brasil?**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A, 1975.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAHIRE, Bernard. A sociologia psicológica. In: _____. **Homem plural: os determinantes da ação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LIMA, Lana Lage da G. Confissão e sexualidade. In: PARKER, Richard (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

LOURO, Guacira Lopes (Organizadora). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MACHADO, Irene A. Os gêneros e o corpo do acabamento estético. In: BRAIT, Beth (Org.). **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1997.

MARTINS, José de Souza (Organizador). **Vergonha e decoro na vida da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MATOS, Sônia Missagia de. Repensando gênero. In: AUAD, Sylvia Maria von A.V. **Mulher: cinco séculos de desenvolvimento na América**. Centro Universitário Newton Paiva, IA/MG, 1999.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: E.P.U, 1974. 1v.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: E.P.U, 1974. 2v.

MAUSS, Marcel. **Manual de Etnografia**. Lisboa: Editorial Pórtico, 1972.

MILLS. C. Writht. Do artesanato intelectual. In:_____ . **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

NIETZSCHE, Friedrich. **A genealogia da moral**. São Paulo: Escala, 1996.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

NUNOMURA, Eduardo. Órfãos da aids. **Veja**. São Paulo: Ed. Abril, ano 33, n. 6, p. 64-67, 9 fev. 2000. Edição 1635.

OLIVEIRA, Jane Freitas. *Et al.* Feminização da aids e a drogadição feminina. In: Silvia Lúcia Ferreira (Org.). **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM/UFBA, 2002.

PARKER, Richard. *et al.* **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PAULILO, Maria Ângela Silveira. **AIDS: os sentidos do risco**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

PERROT, Michele. As mulheres, o poder, a história. In: **Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra S.A, 1992.

PIMENTA, Melissa de Mattos & OLIVEIRA, Régia Cristina. Os constrangimentos do corpo na interação social: o nojo. In: MARTINS, José de Souza. **Vergonha e decoro na vida da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999.

POLES, Cristiane. Mulheres em risco. **Veja**. São Paulo: Ed. Abril, ano 33, n. 36, p. 71-73, 6 set. 2000. Edição 1665.

POLLAK, Michael. **Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia**. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

QUIVY, Raymond & CAMPENHOUDT, Luc Van. A pergunta de partida. **Manuel de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992.

ROTELLO, Gabriel. **Comportamento sexual e aids: a cultura gay em transformação**. São Paulo: Summus, 1998.

SABER VIVER. Rio de Janeiro, ano II, n.8,dez/2000/jan/fev/2001.

_____. Rio de Janeiro, ano II, n. 9 ,mar/abr. 2001.

_____. Rio de Janeiro, ano II, n.10, maio/jun. 2001.

_____. Rio de Janeiro, ano II, n.12, set/out. 2001.

_____. Rio de Janeiro, ano II, n.13, nov/dez. 2001.

_____. Rio de Janeiro, ano II, n.14, jan/fev. 2001.

_____. Rio de Janeiro, ano II, n. 15, março/abril. 2002

_____. Rio de Janeiro, ano IV, n. 27, março/abril. 2004.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Cinco desafios à imaginação sociológica. In: _____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 17.

SEGATTO, Cristiane. Aids: 25 anos. **Época**. São Paulo: Ed. Globo, n. 422, p. 64-74, 19 de junho de 2006.

SONTAG, Susan. **Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 53

TAVARES DOS SANTOS, José Vicente. A construção da viagem inversa: ensaio sobre a investigação nas ciências sociais. **Cadernos de sociologia**, Porto Alegre, v. 3, n. 3, Jan./jul. 1991.

ZALUAR, Alba. O antropólogo e os pobres: introdução metodológica e afetiva. In: **A máquina e a revolta: as organizações populares e os significados da pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

APÊI DICES