

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

Dissertação de Mestrado

UMA HISTÓRIA SOCIAL DA AIDS:
ESTUDO DE CASO SOBRE A INCIDÊNCIA DA AIDS EM
ITAJAÍ/SC

CRISTIANA DE FRANÇA CHIARADIA

Florianópolis, Santa Catarina, dezembro de 1998.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

CRISTIANA DE FRANÇA CHIARADIA

**UMA HISTÓRIA SOCIAL DA AIDS:
ESTUDO DE CASO SOBRE A INCIDÊNCIA DA AIDS EM
ITAJAÍ/SC**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção ao grau de Mestre.
Curso de Mestrado em Educação,
Centro de Ciências da Educação,
Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Prof. Dr^a. Maristela Fantin**

Florianópolis, Santa Catarina, dezembro de 1998.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**"UMA HISTÓRIA SOCIAL DA AIDS: ESTUDO DE CASO SOBRE A INCIÊNCIA
DA AIDS EM ITAJAÍ (SC)"**

Dissertação submetida ao Colegiado do
Curso de Mestrado em Educação do Centro
de Ciências da Educação em cumprimento
parcial para a obtenção do título de Mestre
em Educação.

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 07/12/1998

Dra. Maristela Fantin (Orientadora) Maristela Fantin

Dr. Eduardo Navarro Stotz Eduardo Navarro Stotz

Dr. Pedro de Souza Pedro de Souza

Dr. Reinaldo Matias Fleuri (Suplente) Reinaldo Matias Fleuri

Edel Ern

Prof. Edel Ern
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Educação
CED/UFSC - Portaria 0464/GR/98

Cristiana de França Chiaradia
Cristiana de França Chiaradia

Florianópolis, Santa Catarina, dezembro de 1998.

“Num tempo em que as guerras não duram mais cem anos, perante tal rapidez, que reduz tudo a envoltórios descartáveis, não é estranhável que a morte também se revista de uma força simbólica epidêmica, massificante e de notoriedade fugaz, cujas garras sufocam e enlaçam, ao mesmo tempo, a sexualidade e o erotismo, desenhando neles a sigla indelével, AIDS, a exemplo dos personagens iconográficos do século XV que marcaram o declínio da Idade Média.” (PERAZZO, in: PAIVA, 1992,p. 23)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Paulo Arídio de França (in memoriam), meu irmão, amigo e interlocutor intelectual por muitos anos, e a todos os outros Paulos, Pedros, Sílvios, Joãos, Jorges, Josés que já se foram e, principalmente, a aqueles que ainda sofrem com esta marca.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às seguintes pessoas:

Reinaldo e Hilda França, que me incentivaram a fazer esta pesquisa mesmo que para isto tenha ficado distante deles.

Elton Luiz Chiaradia, companheiro, amigo e intercessor durante estes difíceis e divertidos anos da síntese destes saberes, além da revisão dos originais.

Luiz Antônio de França e João Francisco de França que, além do incentivo, criaram meios para que eu pudesse me dedicar a este trabalho.

Profª. Drª. Maristela Fantin pelas orientações, pelas inúmeras interlocuções e por crer, que para pesquisar, é necessário correr riscos e criar novos analisadores.

Profª. Drª. Eneida Oto Shiroma e a Ms. Roselaine F. Campos pela amizade, pelo exemplo de pesquisadoras, e pelo incentivo para que eu discutisse a AIDS em minha cidade.

Profª. Drª. Marli Auras pelo exemplo de uma relação pedagógica transversal, pelo interesse e apoio.

Prof. Dr. Pedro de Souza pela interlocução na minha qualificação, que moveram meu trabalho neste último ano.

Adir Garcia, Rosalba Garcia, Silvio Veiga, Ari Otti, Mirella Alves de Britto, Hainar Zahar, Fábio Bastos e Simone Girardi, meus incentivadores e companheiros de percurso.

Rosalie Knoll, pelas informações e pela solidariedade.

Henrique Espada Rodrigues Lima Filho pela carinho com que me recebeu, pelo incentivo e pelas frutíferas discussões, não apenas em relação a este trabalho.

Valdemir Chagas, proprietário e diretor do Jornal Diário da Cidade, pelo empréstimo de sua coleção particular para esta pesquisa.

Maurília Francisco, pelo carinho, dedicação e auxílio na resolução dos problemas burocráticos.

A todos os **entrevistados**, que confiaram seus saberes para este trabalho.

A este **grande conselho** que se formou à minha volta para discutir a AIDS, com o qual muito aprendi sobre o que é viver.

Agradeço, igualmente, às seguintes instituições:

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e em especial ao **Curso de Mestrado em Educação** por me possibilitarem cursar este mestrado.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES, pela concessão de bolsa de estudos durante o período de realização do curso, sem a qual dificilmente poderia concluir este estudo.

SUMÁRIO

RESUMO.....	VII
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. FALANDO DE AIDS.....	18
IV. AS COMPREENSÕES SOBRE A AIDS DA COMUNIDADE	41
A CIDADE DE ITAJAÍ	42
OS PRIMEIROS CONTATOS COM O FENÔMENO AIDS	46
OS PRIMEIROS CONTATOS COM A AIDS NA CIDADE.....	50
OS PRIMEIROS CONTATOS COM PESSOAS COM AIDS.....	57
A REPRESENTAÇÃO ORAL DA AIDS NA CIDADE.....	63
A AIDS NA COMUNIDADE	75
V. A ATUAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL.....	81
A AIDS E O PODER PÚBLICO MUNICIPAL.....	106
VI. TRABALHOS DESENVOLVIDOS NA CIDADE EM AIDS.....	109
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ.....	111
COAS.....	111
Ambulatório DST/AIDS.....	124
Campanhas informativas promovidas pelo poder público.....	126
Programa de redução de danos.....	134
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	141
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI	147
ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS – ONGs	160
OS TRABALHOS NA CIDADE.....	167
CONCLUSÃO	177
BIBLIOGRAFIA.....	184

CHIARADIA, Cristiana de França. **Uma história social da AIDS: Estudo de caso sobre a incidência da AIDS em Itajaí/SC**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Este estudo visa descrever uma história social da AIDS em Itajaí, cidade detentora da maior incidência no Brasil. A AIDS é elemento para discutir as relações sociais e a própria sociedade itajaiense, entendendo a inserção da síndrome na vida desta comunidade. É um estudo qualitativo exploratório que busca descrever cartograficamente o movimento da cidade, com ênfase nos vários discursos a ela pertencentes. Para isto, se utiliza de entrevistas com informantes-chave e dados coletados nas edições de seis anos de um jornal diário de Itajaí. Demonstra-se que vários fatores geraram uma subjetividade coletiva que discrimina a síndrome e, com ela, seus portadores. A negação da doença – atitude tomada por vários setores e liderada pela Prefeitura Municipal que tentou esconder a realidade em função de interesses econômicos e políticos –, o preconceito da população em relação à síndrome e aos soropositivos e a cultura de extremo centralismo que vigora nas várias instituições – gerando um isolamento das diversas organizações que tratavam com o problema – são alguns dos fatores enfocados. Conclui-se que as práticas de saúde, realizadas na cidade, não contemplam uma ação educativa, dificultando a disseminação de comportamentos preventivos entre a população.

Palavras-chave: AIDS (Doença) – Aspectos Sociais; Saúde pública – Educação; Itajaí – Brasil.

CHIARADIA, Cristiana de França. **Uma história social da AIDS: Estudo de caso sobre a incidência da AIDS em Itajaí/SC**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

This essay aims to describe a social history of AIDS in Itajaí (SC), the city with the disease's highest incidence rate in Brazil. AIDS is the central aspect through which the social relations and the *itajaiense* society itself are discussed, trying to understand the place of the syndrome in the community's life. This is an exploratory qualitative study which tries to describe cartographically the city's motions, emphasising their various discourses. In order to reach this aim, this study uses interviews with key-informers and collected data from a Itajaí's diary news-paper for a six years period. It showed that various factors generate a collective subjectivity that discriminates the syndrome and, with it, its porters. The denying of the disease – the attitude taken by various sectors and led by the Municipal Administration (that tried to hide the reality because of economical and political interests)–, the population prejudice toward the syndrome and the HIV-positives, and the extreme centralist policy that is strengthened in the various institutions – generating an isolation between the various organizations that treat the problem: these are some of the factors that are focused. The study concludes that the Health practices accomplished in the city, do not include an educative action, hardening the dissemination of preventive behaviors among the population.

Key-words: AIDS (Disease) – Social Aspects; Public Health – Education; Itajaí – Brazil.

I. INTRODUÇÃO

Gradativamente, fomos e vamos encontrando amostras de que vivemos numa sociedade com AIDS¹, independentemente de sermos soropositivos, se temos um contato mais direto com a doença ou não. Este fato nos é reiterado de diversas formas: pelas estatísticas (tanto em termos mundiais, como nacionais, regionais ou municipais), pela imprensa, por amigos, pelos boletins epidemiológicos ou artigos científicos.

Esta realidade se afirma com mais força nesta década, porque as falsas teorias – como ser um problema de “gays” ou de grupos de risco – já caíram por terra. Hoje sabemos que todos estamos expostos à soropositividade, independente de classe social ou de escolha sexual.

Com quase duas décadas de AIDS, muito já se aprendeu sobre a pandemia e muito se tem tentado em seu combate. Porém, com tudo o que se apreendeu, não avançamos muito neste sentido. As dificuldades iniciam com a mutabilidade do HIV² e com a própria deficiência de conhecimento na determinação da influência deste vírus no organismo. Há, inclusive, teorias que alegam a inocuidade do HIV, afirmando que a síndrome é causada por fatores presentes na vida moderna³.

Mas na produção acadêmica, e mesmo nos discursos não acadêmicos, sobre as formas de combate à AIDS, encontra-se um elemento que definitivamente é consensual: a base de toda a intervenção deve estar na informação e na educação. Esta proposição afirma que a diminuição dos índices de incidência somente acontecerá se houver um amplo programa de esclarecimento da sociedade sobre o que é, como se transmite e como se evita a doença. Busca-se, com isto, mudar ou criar comportamentos de prevenção. Com este objetivo, teríamos para a população basicamente dois comportamentos fundamentais: o uso de preservativos (a “camisinha”) e a não reutilização de seringas.

¹ AIDS, sigla de Acquired Immune Deficiency Syndrome, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, também chamada de SIDA principalmente nos corredores hospitalares.

² HIV, sigla de Human Immunodeficiency Virus, ou Vírus da Imunodeficiência Humana.

³ Ver *Folha de São Paulo*, 02/06/1996, em reportagem de Carlos Eduardo Lins da Silva sobre a polêmica causada pelo livro “Inventing the AIDS Virus” de Peter Duesberg.

Três formas de intervenção no espectro comportamental dos indivíduos se destacam: a) a utilização de campanhas educativas na mídia, principalmente rádio e televisão; b) a distribuição gratuita de materiais informativos; e c) o oferecimento de cursos para a formação de educadores em AIDS ou “multiplicadores”.

As campanhas educativas nacionais na mídia, até o momento, se mostraram ineficientes, inclusive por estarem associadas à descontinuidade das políticas específicas relacionadas as crises do governo federal e, assim, cada novo ministro acaba por utilizar um tipo diferente de intervenção.

Um exemplo claro desta ligação com a política macroeconômica é o discurso de alguns ministros. Se hoje, a partir da necessidade de apoio popular às reformas neoliberais do Estado, o Ministério da Saúde busca um modelo “popular”, apoiando as Organizações Não Governamentais – ONGs – e distribuindo medicamentos para tratamento da doença, no final da década de oitenta, logo após o período ditatorial no Brasil e quando o fazer política ainda se sustentava na cúpula,⁴ “*Vários ministros da Saúde descreveram a AIDS como uma epidemia da elite privilegiada, viajada e em condições de pagar suas próprias necessidades e tratamento médico - e não como um problema de saúde pública da população brasileira de uma forma mais ampla.*” (PARKER, 1994, p. 90).

Esta dependência às crises governamentais, esta dependência das flutuações da política, acabou por fazer com que não houvesse, nas campanhas de prevenção à AIDS, uma uniformidade e/ou continuidade nas intervenções.

Desta forma, vimos slogans na década de 80 como “*O amor não mata*” e “*Não morra de amor*” – respectivamente, o primeiro e o último slogans de uma campanha que ligava a AIDS à morte, e esta ao amor, o que, na prática, matava socialmente tanto o aidético como o portador do HIV. Já no início da década de 90, mais especificamente em 1991, aparece o “*Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar*” – em que a AIDS aparece como a “*maldita*” (como é designada em alguns grupos) da qual devo me distanciar, da qual devo me cuidar, o que, na prática, implicava novamente um distanciamento de aidéticos e soropositivos. Em 1995, surge a campanha do “Braúlio”, onde o debate ficou mais no uso ou não do nome Braúlio do que nas informações passadas. “*A polêmica campanha do pênis falante na campanha contra a AIDS do Ministério da Saúde obri-*

⁴ Antes do impeachment de Fernando Collor de Mello e das eleições diretas para Presidente da República.

gou o protagonista a mudar de nome - os Bráulios não suportaram - e agora ele será chamado por sete expressões de tratamento: meu, homi, xará, sujeito, moço, cara e sócio". (Jornal Gazeta do Povo, Curitiba, 24/9/95).

Em 1997, à época do carnaval, vem a público uma grande campanha, tendo como centro o slogan "*Carnaval do peru é carnaval com camisinha*". Posteriormente, em meados daquele ano inicia uma campanha enfocando as relações trabalhistas como base para desmistificação da AIDS nas relações de trabalho: são exibidos esquetes com Vicente Paulo da Silva, presidente da Central Única dos Trabalhadores, e Mário Villares, empresário, buscando a imagem de uma relação sadia entre as duas categorias e ambos criticando o preconceito em relação ao "aidético" nas relações de trabalho.

Isto, por si só, é já uma demonstração da descontinuidade destes programas: são enfocados os direitos do trabalhador portador ou com AIDS, mas não se fala mais em uso de preservativos, o que era a base no carnaval. É como se a prevenção à AIDS pudesse ser descontinuada, como se as formas de contágio – as relações com drogas ou sexuais, ou os "comportamentos de risco" – só ocorressem em eventos específicos e não como comportamentos cotidianamente apresentados.

Por outro lado, estas campanhas tendem a mitificar a AIDS (e, conseqüentemente, seus portadores) tanto negativamente, quanto positivamente. Elimina-se a pessoa, o que existe é uma doença que está no seu encaixe e, portanto, o portador desta doença também é uma ameaça. Segundo PAIVA & ALONSO, "*As campanhas governamentais sobre a AIDS não são um desrespeito só à pessoa que está com AIDS, elas são um desrespeito a todo cidadão brasileiro, porque elas ameaçam a gente como se fosse um filme de categoria 'Z', filme de terror, que diz: 'Ah, BUU! A AIDS vai te pegar!'*". (In: PAIVA, 1992, p.8).

De uma maneira ou de outra, a AIDS e seu portador não são nem uma doença e nem um doente: são a própria diferença, a ameaça e o mistério.

Isto gera insegurança por parte da população em geral e, portanto, gera medo. Medo da AIDS e do portador, um medo que quanto mais cresce a influência destas campanhas, maior fica.

Um dos determinantes básicos do medo. em qualquer de suas manifestações, costuma ser o desconhecimento. Via de regra, teme-se o ignorado. Com relação ao medo de contrair AIDS, era de se supor, assim, que ele aumentasse entre a população se a divulgação da existência da síndrome fosse acompanhada pela desinformação a respeito de sua natureza e formas de propagação; ou, ao contrário, o medo à AIDS diminuiria

sé aumentasse o grau de informação a seu respeito. Mas não tem ocorrido nem um nem outro. Como indicam os resultados da série de surveys realizada pelo Instituto de Pesquisas DataFolha nos últimos seis anos considerando-se o conjunto da população estudada, o temor de contrair AIDS tem crescido simultaneamente (e resistido) ao crescimento da consciência sobre o que é a síndrome e as formas de evitá-la. Mais do que isso, nos últimos anos o medo da AIDS aumenta não obstante a assimilação de mudanças de comportamento por uma parcela não desprezível da população. (VENTURIN, in: PAIVA, 1992, p. 61-62)

O mesmo fenômeno acontece, como era de se supor, com relação ao material informativo. Encontram-se as informações básicas sobre a síndrome: o que é, como se transmite, sintomas, como prevenir e via de regra frisam respostas às dúvidas normalmente apresentadas pela população – transmissão por insetos, em piscinas públicas, em motéis sem intercurso sexual, através do beijo, através de instrumental odontológico, através de aplicações de vacinas, etc.. Informações interessantes, na medida em que o processo busca mais informações na população, nos interesses da população-alvo.

Mas, até por fazerem parte das campanhas mais amplas e seguirem a mesma lógica, são descontinuados e mitificadores da doença e do doente.

Outros problemas também podem ser identificados neste meio de informação. Primeiramente, este material é distribuído, basicamente, através de órgãos públicos, instituições de saúde e de ensino. Isto gera uma disponibilidade limitada, na medida em que somente atende usuários destas organizações.

Além disto, esta limitação na disponibilidade do material fica potencializada quando se verifica a dependência de verbas para sua confecção e distribuição, posto que este sistema de informação acaba por depender de verbas em todos os níveis do processo.

Outro fator complicador do acesso, pela população, às informações ali apresentadas se refere à linguagem utilizada. Frequentemente esta linguagem se caracteriza pelo excesso de generalização, em detrimento de especificidades necessárias à própria diversidade cultural do Brasil: torna-se, assim, um tanto ineficaz⁵.

Num país de múltiplas e simultâneas realidades como o Brasil, é preciso abordar o assunto de maneira diversificada. Hoje sabemos também que só a informação não muda as práticas arriscadas da grande maioria das pessoas. A informação genérica sobre a forma de transmissão do vírus (por via sexual, sanguínea e perinatal) não é suficiente. Também não é suficiente dizer como não se pega (no contato social, aperto

⁵ Isto sem considerar os analfabetos, que constituem uma parcela bastante significativa da sociedade brasileira. Porém, até o momento, não tenho conhecimento de materiais informativos, sobre prevenção e combate à AIDS, dirigidos especificamente a este segmento populacional.

de mão, abraço, uso comum do banheiro, copos, etc.). É preciso instrumentalizar as pessoas, que não vão parar de se relacionar sexualmente, por exemplo, de como são as formas práticas e concretas de evitar o vírus. [...] Também se deve estimular a criação de alternativas próprias e culturalmente adaptadas de práticas seguras em relação ao risco de infecção ao HIV. (PAIVA & ALONSO, In: PAIVA, 1992, pp. 12-3).

Esta dificuldade acabou por gerar a produção de materiais informativos mais específicos produzido pelas diversas organizações que operam com categorias ou problemas específicos no interior da sociedade: sindicatos, ONGs, organizações de presidiários, organizações de homossexuais, grupos de apoio e prevenção à AIDS, conselhos municipais de saúde, conselhos municipais de direitos da mulher, etc.. Estas organizações, em face de suas próprias especificidades, atuam de forma a respeitar a linguagem – vocabulário utilizado, gírias e expressões – e os códigos dos grupos, facilitando a comunicação e sendo, portanto, mais efetivos.

Entre 1985 e 1991, mais de cem organizações não-governamentais de serviço à AIDS tinham surgido, desempenhando um papel cada vez mais importante não apenas na educação sobre a AIDS, mas na defesa das liberdades civis e no fortalecimento da assistência básica e tratamento às pessoas com AIDS. Como primeira crítica à política do governo, essas organizações definiram o foco principal para o surgimento do ativismo contra a epidemia de HIV/ AIDS no Brasil, embora fossem divididas muito claramente por inúmeras diferenças nas estratégias e metas [...] a maioria das novas ONGs e OSAs (organizações de serviços frente à AIDS) dedicava-se ao fortalecimento de serviços às pessoas com AIDS, bem como ao desenvolvimento de programas educacionais visando evitar a disseminação da epidemia. (PARKER, 1994, p.97).

Nota-se, aqui, que é a sociedade civil, principalmente, que assume a luta contra a epidemia. E o movimento teve início com os grupos de homossexuais existentes como Grupo Gay da Bahia, em Salvador, e o Grupo Atobá de Emancipação Homossexual, no Rio de Janeiro, e organizações específicas como o GAPA (Grupo de Apoio para a Prevenção da AIDS), formado em diversos centros urbanos, a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) e a ARCA (Apoio Religioso Contra AIDS).

Outro ponto importante neste movimento é a adoção de programas educacionais, em detrimento dos programas puramente informativos, para prevenir a disseminação da AIDS. Esta proposição se fundamenta na necessidade de educar para a modificação dos comportamentos de risco da sociedade como a mais eficaz forma de prevenir a doença. Ela se sustenta na noção de que o simples informar não gera modificações comportamentais preventivas à AIDS, o que somente acontece quando há uma prática realmente educativa. Ou seja, quando há uma prática que ultrapasse a superficialidade da “transferência” de informação, para uma prática de transformação do outro.

Analisando a breve história da educação sobre a AIDS no Brasil durante os últimos anos, fica claro que houve uma série de avanços e é possível ter esperança para o futuro. O avanço mais importante, provavelmente, o reconhecimento generalizado em todos os níveis da importância da educação sobre a AIDS como a chave para o enfrentamento da epidemia [...] No Brasil, como em outros países, parece claro que a informação, por si e em si, não é suficiente para estimular as mudanças de comportamento para redução do risco e que é preciso abordar urgentemente uma série de outras questões, a fim de desenvolver programas de promoção da saúde mais sofisticados e eficazes no futuro. (PARKER, 1994, p. 112-3).

Assim, nascem cursos que visando formar educadores em AIDS ou os “multiplicadores”. Eles nascem desta movimentação da sociedade civil, através das organizações não-governamentais – em especial a ABIA –, que inicia, segundo MONTEIRO, em 1993.

Com base no conceito de conscientização desenvolvido por Freire (1979) e no registro da experiência do Projeto AIDS da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, durante a gestão de Paulo Freire como Secretário de Educação (1989 a 1992) a ABIA elaborou o 'Projeto Viva a Vida' [...] [que] tem como objetivo capacitar profissionais da rede pública para desenvolverem programas de prevenção à epidemia de HIV/AIDS na comunidade escolar, bem como integrar alunos, professores e funcionários com HIV/AIDS. (in: CZERESNIA, 1995, p. 124).

A base deste trabalho seguiu um modelo sustentado na idéia de multiplicação de informação, “onde a participação nas capacitações esta vinculada, prioritariamente, ao seu interesse e não à sua formação acadêmica” (id. *ibid.*, p. 128), multiplicando o saber AIDS, transmitindo informação e ensinando a prevenção.

Na medida em que o trabalho dos multiplicadores é formar formadores, que de um grupo inicial chave formaria outros multiplicadores de outros grupos que, por sua vez, gerariam novos multiplicadores, esta seria uma forma possível, e extremamente eficiente, de combater a AIDS. O desenvolvimento deste trabalho, teoricamente, assumiria uma progressão geométrica e, assim, seguiria proporcionalmente a progressão da pandemia (também uma progressão geométrica), possibilitando eficácia em seu combate.

Desta forma, uma grande parcela, talvez a maioria, dos trabalhos sobre AIDS optou por modelos desse tipo, baseados na perspectiva dos programas de multiplicadores, criada e estimulada pelas ONGs e incorporada como política de combate a AIDS pelo Ministério da Saúde. Isto se deveu, fundamentalmente, em face do caráter eminentemente educativo destes programas. Inicialmente com técnicos: médicos, enfermeiros, psicólogos, administradores e depois com professores.

Presume-se, assim, que este é um grande instrumento – talvez o melhor – para

gerar as mudanças comportamentais necessárias à prevenção e, portanto, ao combate à AIDS. Porém, verifica-se que, mesmo sendo efetuado há pelo menos três anos em Itajaí, seus resultados são ainda imperceptíveis.

Uma hipótese para esta falta de resultados expressivos é que os programas de multiplicadores tenham problemas conceituais na relação informação/educação, não em sua base, mas na prática de multiplicação. Em outras palavras, é possível que estes trabalhos, idealmente com um potencial de multiplicação de comportamentos preventivos à AIDS, tenham parado na prática informativa, em detrimento da prática realmente educativa, a prática de modificação comportamental. Isto necessitaria de discussões mais amplas sobre cultura e sociedade, e não apenas a transmissão de dados sobre a epidemia.

Na medida em que se foi, gradativamente, notando a necessidade de modificações de espectros comportamentais para a prevenção à AIDS, a questão educativa passou a se tornar crucial para prevenir a epidemia que se aproximava. Mas um conceito de educação ainda restrito a espaços formais, e não cotidianos, de transmissão de saber. Conceito que pouco atinge os profissionais da saúde, peças-chave na transmissão deste conhecimento, priorizando ainda apenas a prática curativa de um corpo.

Este fenômeno não é diferente em Itajaí. A cidade é hoje, pelo terceiro ano consecutivo, a detentora do maior número de casos de soropositivos em HIV no Brasil, proporcionalmente à população. As ações relativas à prevenção e ao combate à AIDS aparecem fundamentalmente a partir de pressões políticas estimuladas por agentes externos ao município. Exemplo disto é uma reportagem da Revista VEJA, de edição nacional, publicada no segundo semestre de 1995, enfatizando a grande incidência dos casos de soropositividade ao HIV no município.

Foi somente a partir de pressões externas que o poder público municipal, mesmo negando que a realidade fosse tão grave, resolve melhorar os trabalhos desenvolvidos na cidade. Até porque as receitas orçamentárias do município se devem em grande parte ao turismo e, como há um ambicioso projeto de ampliação do porto, junto a um aumento substantivo da área industrial, e sua capacitação para atuar como porto turístico, tornou-se necessário um enfrentamento ao problema da AIDS. Desta forma, o governo municipal, além dos já característicos (por parte dos governos deste país) programas de “*marketing institucional*” – melhoria da imagem, discursos de esquiva, etc. Cria um programa municipal de combate à AIDS, com um Centro de Orientação e Apoio Soro-

lógico (COAS), gerados por estas pressões.

Com relação às outras ações relativas à síndrome, são realizadas em outros três blocos (além do poder público). A UNIVALI, basicamente a partir de programas de treinamento de multiplicadores e levantamento de dados no setor portuário e nas casas de prostituição, a partir do Centro de Treinamento de Recursos Humanos em DST/AIDS – CETRHU. O Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB –, com internação hospitalar a doentes de AIDS, e uma ONG – o Pró-Vida –, com internato para usuários de drogas injetáveis soropositivos ao HIV. O que se nota nas ações destes vários órgãos é a falta de diálogo, a falta de ligação ou unidade entre os vários projetos. Também não houve, durante esta Era AIDS que Itajaí vive, nenhuma preocupação no desenvolvimento de um projeto conjunto para trabalhar a cidade como um todo.

Verifica-se ainda que a maioria dos trabalhos relativos à AIDS, na cidade, não têm uma conotação dirigida a uma prática de saúde educativa, e sim apenas curativa.

O que há é uma baixíssima percepção da necessidade de um caráter educativo nas atividades em saúde, para uma maior efetividade na prevenção e no combate aos males de nosso corpo, entre eles a AIDS, pois já é corrente afirmar que as doenças são, na realidade, geradas por comportamentos “patogênicos”, ou modos de vida que levam à doença.

Desta forma, somente será possível prevenir doenças com a mudança destes comportamentos “patogênicos”. Portanto, somente é possível curar plenamente (de maneira que a doença não volte) através do mesmo processo.

Trabalhar em saúde, então, é construir conhecimentos que possibilitem mudanças comportamentais. Em outras palavras, é atuar para a mudança do modo de viver do cidadão, é atuar em educação.

Assim, pode-se afirmar que, para modificar o atual quadro da AIDS, é necessária a criação de uma concepção de saúde menos técnica, que busque mais o homem, a pessoa que está à frente do profissional. É necessária uma migração de conceito de uma “saúde maquinica”⁶ para uma “saúde educativa”.

Isto implica, ampliando a discussão, para uma modificação da própria sociedade, na medida em que devemos trabalhar comportamentos diferenciados e uma saúde dife-

⁶ O termo “maquínico”, aqui, de maneira nenhuma se refere ao conceito utilizado por Gilles Deleuze e Felix Guattari em suas obras. O uso deste termo busca a referência pura e simplesmente à uma característica de máquina: robotizada.

renciada. Ora, a vida do indivíduo e a atuação do profissional em saúde é grandemente determinada pelo contexto social onde vivem estes homens.

O que necessitamos, hoje, é de uma nova forma de viver em sociedade, é de uma nova imagem de sociedade: um contexto social vivendo com a AIDS, tendo claro sua existência, seus processos, e como é possível a prevenção. Sem moralismos inconseqüentes que fiquem, como hoje, negando a existência do inegável: estamos todos com AIDS, pois vivemos com isto e devemos nos haver com esta situação.

Porém, para entender este contexto, é extremamente necessário a compreensão dos vários fatores que, interligados, acabam por determinar os elevados índices de contaminação. São fatores como políticas públicas, entendimento das práticas de saúde, subjetividades coletiva e individual, fatores econômicos, fatores culturais, etc. Um levantamento destes vetores e o entendimento de suas várias interrelações, portanto, é de suma importância para se entender o avanço da pandemia. Também é de grande importância este entendimento para a definição de estratégias para conter o avanço.

Além disso, esta análise em uma cidade como Itajaí, que tem a maior taxa de incidência⁷ de AIDS do país, pode ser de grande relevância para esta questão, pois, na medida em que a incidência é grande, aumenta a possibilidade da identificação dos elementos que compõe esta característica.

O escopo deste trabalho se configura, então, como um estudo cartográfico da cidade de Itajaí (SC), visando levantar e compreender os componentes sócio-políticos ligados à incidência da Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida – AIDS, a partir de uma compreensão de seu desenvolvimento histórico e contexto sócio-cultural.

Neste sentido, a questão que se pretende responder neste estudo é **como se desenvolveu o fenômeno AIDS na cidade de Itajaí (SC)?**

Desta questão geral, deriva-se as seguintes questões de pesquisa que norteiam este trabalho:

- a) Porque o morador tem a ilusão de que há um excelente trabalho relativo a AIDS na cidade?
- b) Porque é difícil se obter dados sobre a síndrome na cidade? Ou porque há uma omissão de informações sobre a síndrome pelos órgãos que atuam neste sentido?
- c) A AIDS ainda é associada a morte ou já se fez uma superação sobre esta

⁷ A taxa de incidência. se refere aos novos casos de soropositivos ao HIV, por 100 mil habitantes.

questão?

d) Como a comunidade entende o fenômeno AIDS?

Portanto, a presente pesquisa se configura como um estudo qualitativo exploratório, buscando descrever cartograficamente o movimento dos atores sociais da cidade, com ênfase nos vários discursos a ela pertencentes, e levantar os analisadores ligados à incidência da Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida – AIDS –, a partir das linhas de compreensão e de fuga no desenvolvimento histórico e no contexto sócio-cultural deste movimento. O estudo, aqui proposto, segue uma metodologia de pesquisa qualitativa, na medida em que esta, entende-se, oferece maiores possibilidades de análise das questões envolvidas e um maior aprofundamento das relações entre os dados coletados.

Um levantamento, como o aqui proposto, tem características francamente descritivas, o que coaduna com este tipo de metodologia, pois, segundo LÜDKE & ANDRÉ (1986), ela se caracteriza por ter os dados coletados predominantemente descritivos. A preocupação desta metodologia com o processo, maior do que com o produto, também tem relevância no âmbito deste estudo.

Por outro lado, a escolha do estudo de caso para esta pesquisa se deveu basicamente à característica de aprofundamento que ele proporciona. No caso específico da AIDS em Itajaí, este tipo de estudo tornou-se necessário, quando da realização desta pesquisa, devido basicamente à escassa produção de conhecimentos sobre a síndrome na cidade. Esta baixa produção se refere tanto ao processo pelo qual se desenvolveu a AIDS, quanto ao contexto em que ela acontece ou sobre o modo como as pessoas compreendem a situação⁸. Há, até mesmo, uma certa escassez dos dados sobre a pandemia na atualidade. São estas carências que este estudo pretendeu suprir, ao menos parcialmente.

Além disso, este conjunto – estudo de caso com metodologia de pesquisa qualitativa – torna-se extremamente necessário frente às dificuldades encontradas no estudo e combate da pandemia da AIDS. Segundo Parker, Herdt & Carballo, estas dificuldades

⁸ Um bom exemplo desta escassez está contido no **Boletim de DST/AIDS**, publicado pela própria Secretaria de Saúde do Município em abril de 1997, quando afirma, na p. 2, “cabe salientar que não encontramos projetos ou programas nos computadores do Programa Municipal de DST/AIDS”. Esta afirmação dá conta especificamente do estado em que este programa foi encontrado após a passagem de cargos do Executivo Municipal na virada do ano de 1996 para 1997.

são inerentes às transferências acríicas de know-how na compreensão e combate à AIDS. Não são levados em consideração fatores culturais, modos de exposição/transmissão do HIV e níveis de acesso à informação, dificultando o desenvolvimento de estruturas conceituais de análise dos dados comportamentais das populações em estudo ou intervenção.

Há claramente uma necessidade de identificação e aprofundamento da compreensão destes dados, porém sempre a partir de seus contextos sócio-culturais mais amplos. Desta forma, um modelo de pesquisa que consista de uma *“investigação qualitativa sistemática pode contribuir de modo significativo [...] ao desenvolvimento de respostas mais efetivas aos riscos impostos pela pandemia internacional de AIDS”* (Parker, Herdt & Carballo, In: CZERESNIA, 1995, pp. 18-9).

No caso específico de Itajaí, a necessidade de desenvolvimento de respostas mais efetivas ao fenômeno da AIDS é premente. Segundo o Ministério da Saúde, a cidade possui o maior índice de incidência proporcional de AIDS do Brasil. Em novembro de 1996, Itajaí já contava com um coeficiente de incidência de 545 casos notificados por 100 mil habitantes.⁹ Em abril do ano seguinte, este coeficiente já havia aumentado para 577¹⁰, seguindo a tendência de aumento verificada nos últimos anos. Atualmente, o índice ultrapassa a casa dos 757 casos por grupo de 100 mil habitantes.¹¹

Neste sentido, um estudo de caso específico desta população pode auxiliar no entendimento do fenômeno, tanto ao nível local quanto a níveis mais amplos. Um estudo qualitativo, levando em consideração o contexto cultural onde o fenômeno acontece, possibilitaria elementos importantes à compreensão de seu desenvolvimento, proporcionando insights para a construção de respostas mais efetivas ao problema.

Quanto à **coleta e tratamento dos dados**, para a consecussão da pesquisa, inicialmente foram efetuadas entrevistas informais, de tipo não-diretivo¹², com pessoas da comunidade. Estas entrevistas visavam levantar pontos de interesse na busca de elementos que pudessem ser importantes para o levantamento de dados à pesquisa proposta.

Assim, foram efetuadas várias entrevistas com pessoas escolhidas aleatoriamente

⁹ Conforme Ministério da Saúde, **AIDS: Boletim Epidemiológico**, set-nov/96, p. 33.

¹⁰ Dados relativos até 19/04/97, segundo a Prefeitura Municipal de Itajaí, **Boletim de DST/AIDS**, abril/97, p.08.

¹¹ Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**, mai/98, p. 31.

¹² THIOLENT. 1981, p. 85.

dentre residentes na cidade de Itajaí. Os contatos tiveram tempo bastante variado, chegando próximo a duas horas para alguns entrevistados, enquanto que, para outros, o tempo de conversação não passou de dez ou quinze minutos.

Porém, estes contatos serviram para identificar os elementos estruturais importantes à construção de um roteiro básico que direcionasse as entrevistas com informantes-chave, realizadas a seguir, para a coleta dos dados primários da pesquisa. O roteiro, resultado das entrevistas iniciais, é o seguinte:

Roteiro básico para as entrevistas

- a) Em que época ouviu, pela primeira vez, a respeito da AIDS?
- b) Qual o conteúdo do que ouviu naquele momento?
- c) Qual o primeiro caso de AIDS, na cidade, de que teve conhecimento?
- d) Conheceu alguém que fosse soropositivo ou que tivesse doente de AIDS?
- e) Quais foram suas reações ao contato ou à notícia de que ele(a) estava contaminado?
- g) Qual a reação dos outros?
- h) Quais os conteúdos das conversas sobre AIDS na cidade?
- i) Sabes de alguém que fez o exame na cidade?
- j) Como foi tratado? O que sentiu? Foi pelo sistema particular, ou público, de saúde?
- k) Quais os trabalhos relativos à AIDS, na cidade, de que tem conhecimento?
- l) Qual sua opinião sobre estes trabalhos?
- m) Quais são suas sugestões para eliminar ou minimizar este problema?

Após a confecção do roteiro, foi efetuado uma testagem do mesmo e depois um levantamento, a partir das pessoas relevantes, para a posterior escolha dos informantes a serem entrevistados. Optou-se por buscar um grupo de informantes que pudessem caracterizar o pensamento dos vários agrupamentos humanos constituintes da cidade. Para isto, da lista dos possíveis informantes, foram selecionados quatorze para as entrevistas. Para esta seleção, foram levados em consideração a capacidade de comunicação; o conhecimento da situação da AIDS na cidade; o conhecimento da cidade; e, finalmente, o trânsito em vários grupos sociais ou mesmo em poucos (ou até em um só), porém de forma mais aprofundada.

Os mesmos eram 06 mulheres e 08 homens, tinham de 13 a 49 anos, a maioria na faixa acima de 40 anos, porque acima dos 40 já se tem um bom transito profissional e muitos além de conhecer detalhadamente a cidade, sendo eficientes informantes pela própria história de vida e acumulam características desejadas a pesquisa, pois exercem várias funções profissionais e sociais. Além destas pessoas já terem mais circulação na cidade, conseqüentemente tem mais informação. O critério de seleção utilizou a representatividade pelo grupo etário como adolescente e o jovem, e em outros casos o que se buscava era a representatividade em relação a outros agrupamentos sociais: solteiro, casado, divorciado, mãe, pai, etc., e profissionais: dentista, médico, psicólogo, enfermeiro, sociólogo, faxineiro, micro-empresário, publicitário, gerente comercial, consultor de comércio exterior, parlamentar, professor universitário, propagandista, escriturária, funcionário público municipal, estadual e federal. Dois informantes tinham além da representatividade em outras categorias a de especialista em AIDS, ou seja, são pessoas que se dedicam a trabalhos nesta área. Também havia estudantes em vários níveis, do primeiro grau à doutorado. A maioria dos informantes se situa na faixa entre superior a pós-graduado. Cuidou-se para diversificar os bairros em que os entrevistados moravam ou tinham sua área de atuação.

Estes informantes foram entrevistados em horários previamente marcados, sendo antecipadamente informados do que trataria a entrevista e contratado o sigilo quanto aos dados dos entrevistados. Isto foi feito para que pudessem estar tranquilos sobre o que aconteceria, minimizando condições de stress e possibilitando melhores condições às reflexões sobre o assunto. Este procedimento tornou as entrevistas mais produtivas, tanto em termos qualitativos em relação ao conteúdo das respostas e opiniões, quanto à clareza e precisão com que foram emitidas.

As entrevistas foram individuais e realizadas em vários locais da cidade, conforme a disponibilidade dos entrevistados e da entrevistadora, durando em média uma hora e foram feitas de setembro de 1997 a março de 1998. Cuidou-se, porém, para que fossem efetivadas em locais que proporcionassem um bom nível de privacidade para o bom andamento do trabalho. Os depoimentos foram gravados em fitas-cassete e, posteriormente, transcritos e, classificados por informante, impressos em papel.

As idéias e opiniões foram, depois, classificadas por assunto, seguindo o roteiro que norteou as entrevistas. Estas idéias e opiniões foram, então, cruzadas entre si, na

busca de respostas que representassem a mentalidade da comunidade sobre cada um dos assuntos em pauta. Os dados foram checados, eliminando-se incorreções e distorções provocadas por falhas de memória ou erros de localização temporal dos eventos.

A partir daí, foram redigidas as descrições, tendo como ponto de apoio a classificação por assunto.

Como os vários assuntos se entrecruzam, pois estão intimamente ligados, as descrições foram refeitas a partir de referências mais amplas, juntando vários conjuntos parciais em conjuntos mais amplos. Deste modo chegou-se às descrições dos dados contidas no corpo deste trabalho.

Estas descrições também foram suportadas por fontes de dados secundárias, como documentos e publicações do Ministério da Saúde, da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde do Município. Porém, a principal destas fontes foi um jornal diário, o *Diário da Cidade – DdC*, editado em Itajaí.

Para a escolha deste jornal, foi efetuado um levantamento dos jornais existentes na cidade. Este levantamento foi realizado a partir de visitas aos principais acervos de documentos do município. Assim, houve visitas à hemeroteca da UNIVALI, ao Arquivo Público Municipal, à Biblioteca Universitária e outros órgãos onde, esperava-se, fosse possível encontrar coleções dos jornais editados na cidade. Estas visitas mostraram-se inócuas, pois não há, em Itajaí, local que colecionasse os jornais ali editados.

Buscou-se, então, informações sobre a existência de jornais, editados com alguma regularidade na cidade, em bancas de revistas, com pessoas que pudessem informar nomes e formas de entrar em contato com editores de periódicos, etc. Neste levantamento, chegou-se ao nome de dezesseis periódicos editados em Itajaí.

Após a identificação dos periódicos, buscou-se levantar informações sobre os mesmos para selecionar alguns, onde seria realizada uma pesquisa histórica. A partir das informações coletadas sobre todos os periódicos identificados, apenas um foi selecionado, pois, não foi encontrado, além do *DdC*, outro periódico que tivesse edição diária a vários anos e que a sede fosse na cidade.

Também foi relevante à escolha o fato de que o *DdC* havia sido editado desde o início de 1992. Cobrindo este período, o jornal tornava possível uma pesquisa do desenvolvimento da AIDS, na cidade, em seu período mais crucial: a década de noventa.

De posse desta coleção, foram selecionadas e fotocopiadas todas as notícias, re-

portagens, notas de colunas de opinião e de colunas sociais, anúncios do caderno de classificados e, inclusive, propagandas e matérias pagas que tivessem relação com a AIDS ou contivessem os termos AIDS, SIDA, HIV, aidético, soropositivo, preservativo ou outros termos que estivessem ligados à síndrome. Foram examinadas todas as edições do *DdC* datadas entre janeiro de 1992 e dezembro de 1997, ultrapassando a casa de 1.500 números e 18.000 páginas.

As referências foram todas conferidas e as falhas das fotocópias corrigidas. Todas as referências do jornal foram resumidas e classificadas por ano. Posteriormente, as mesmas referências foram também classificadas por assunto.

Somente a partir daí é que foi possível realizar a análise no jornal visando, além de dados para a compreensão da mentalidade da população sobre a AIDS, complementar os dados coletados nas entrevistas, dando mais sustentabilidade às conclusões obtidas neste estudo.

Finalmente, estas conclusões foram encadeadas em textos, visando compreender a forma pela qual se interligam os componentes sócio-políticos até 1997, da incidência da Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida – AIDS – em Itajaí, na tentativa de expor um contexto e, assim, trabalhar com as diversas vozes que falam na cidade.

O estudo está estruturado, além da presente introdução, da seguinte forma:

No segundo capítulo, uma revisão da literatura, discutindo o tema da AIDS a partir dos vários estudos publicados sobre o assunto e incluindo uma análise do fenômeno AIDS, mais especificamente, no Brasil.

No terceiro capítulo discute-se o modo como a comunidade itajaiense pensa e trata o problema da AIDS. Prioriza-se, neste texto, fatores como subjetividade, cultura e relações interpessoais.

No quarto capítulo descreve-se as políticas públicas, principalmente as ligadas à Prefeitura Municipal, relacionadas à AIDS no município.

No quinto capítulo, um levantamento dos trabalhos de prevenção, assistência e tratamento da AIDS existentes na cidade.

E, finalmente, no sexto e último capítulo, à guisa de conclusão, busca-se descrever as relações entre todos estes fatores, visando levantar elementos e compreensões que possam sustentar ações para minimizar as conseqüências da AIDS como um “mal” e, ao mesmo tempo, maximizar as possibilidades de aprendizado com a síndrome, entendendo-

a como um momento de crise que nos coloca em xeque, enquanto sociedade, e portanto benéfica, na medida em que força um aprendizado passível de ser utilizado para a melhoria de nossa qualidade de vida.

Resta ressaltar que este estudo é francamente exploratório e, portanto, não visa levantar exhaustivamente o fenômeno que se propõe compreender. Este estudo se propõe, sim, a uma compreensão inicial do problema, direcionando novos estudos para que se tenha mais e mais conhecimento sobre este objeto que, apesar de todos os males que causa, pode ser o motor para um grande avanço, se bem utilizado, no sentido de uma melhoria das condições de vida de nossa sociedade.

II. FALANDO DE AIDS

Se a sociedade atual tem uma doença que a represente, esta doença é a AIDS. Mutante em seu agente, o vírus HIV, e com suas inicialmente sutis modificações dentro do organismo, sutis avanços dentro de um espaço dominado, vai, também sutil e gradativamente, criando a consciência de um novo estado para seu reino: um homem. Vai, como uma competente emissora de televisão, se imiscuindo no cotidiano, se imiscuindo nas relações entre seus vários órgãos e, inclusive, em suas relações exteriores, as relações sociais. Vai criando uma nova forma de vida, isolada, marginalizada, culpada de todos os pecados. Vai criando a morte como um estado social que poderíamos chamar até de pré-morte, a morte antes da morte, a morte de um corpo vivo, a morte social.

Esta também é a vida a que nos condenamos nesta sociedade mutante, e por isto massificante. É a vida da sutileza, em que sutilmente nossos cotidianos são invadidos, porém não por exércitos ou homens armados, mas por idéias, por informações distorcidas, por desinformações: nós é que convidamos o invasor a nos invadir.

Convidamos o poder a ser poder e nos reprimir, convidamos os dominadores a ser domínio e nos dominar, convidamos os exploradores a nos explorar. Nós nos convidamos, e aceitamos o convite, a sermos escravos: escravos de uma burocracia que nos distancia de nossos direitos, escravos de uma saúde escravocrata que destrói nossa dignidade, escravos de uma economia que não nos deixa viver com um mínimo de qualidade, escravos de um sistema de desinformações que criamos para deixarmos de lado a cidadania.

Vivemos como criadores e vítimas de uma sociedade completamente maleável que não nos dá a mínima segurança para viver.

Vivemos e morremos neste século efêmero em que convivem, lado a lado, transplantes e lixo atômico e em que a palavra moderno perde velozmente seu significado e, diante da evidência da insustentabilidade de seu estado perene, como parecia significar num sentido definitivo, cede a vez ao pós-moderno. Até o moderno, portanto, deixa de ser o atual e, não resistindo à velocidade do século XX e à etapa que o sucede, à falta de melhor nome que defina o presente, se aproxima funebremente do pós-morte. As definições se constroem nesta última década pela ausência, e não pela permanência. Foi decretado o fim do dicionário com a maior nitidez da imagem no cristal líquido das te-

vês de última geração, que em breve também serão substituídas. E assim por diante. Sem videoteipe. (PERAZZO in: PAIVA, 1992, p. 23).

Vivemos numa sociedade complexa, cheia de diversidades, de contrastes. Uma sociedade que se caracteriza pela rapidez das transformações, pela insegurança quanto ao futuro das futuras gerações e marcada pelas incertezas, teóricas, médicas e sociais. Esta é a sociedade designada, por Gilles Deleuze, como “*sociedade de controle*”, na qual movimentos subjetivos e mutantes é que reorientam constantemente as ações dos indivíduos. Sociedade de velocidade, de muita informação, de comportamentos econômicos e sociais influenciados por uma imensa diversidade de discursos. Sociedade onde informação, desinformação, fatos, fotos, falas, imagens, escândalos e boatos¹³ marcam e remarcam as ações da sociedade,

Para Deleuze:

Foucault situou as sociedades disciplinares nos séculos XVIII e XIX; atingem seu apogeu no início do século XX. Elas precedem à organização dos grandes meios de confinamento. O indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis: primeiro a família, depois a escola (“você não está mais na sua família”), depois a caserna (“você não está mais na escola”), depois a fábrica, de vez em quando o hospital, eventualmente a prisão, que é o meio de confinamento por excelência ... Foucault analisou muito bem o projeto ideal dos meios de confinamento, visível especialmente na fábrica: concentrar; distribuir no espaço; ordenar no tempo; compor no espaço-tempo uma força produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças complementares. Mas o que Foucault também sabia era da brevidade deste modelo: ele sucedia às sociedades de soberania [...] Mas as disciplinas, por sua vez, também conheceriam uma crise. em favor de novas forças que se instalavam lentamente e que se precipitariam depois da Segunda Guerra mundial: sociedades disciplinares é o que já não éramos mais, o que deixávamos de ser. (1992, p. 219-20).

A AIDS, surge neste contexto. No Brasil chamada de SIDA, foi diagnosticada pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1981. Trata-se de uma doença infecciosa causada por um vírus, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) que degrada sistematicamente o sistema imunológico humano. “Ao ‘desarmar’ [...] o sistema imunitário, a infecção pelo HIV desencadeia um sem-número de outras infecções, estas clinicamente observáveis, algumas das quais podem ser previstas, evitadas e/ou curadas; outras são letais” (PARKER et all, 1994, p.16).

Sua descoberta e desenvolvimento foi construído por discursos diversos mas

¹³ Escândalos no governo americano, principalmente sexuais, definindo cargos públicos, mais que financeiros. que são mais aceitáveis ou compreensivos no meio político. No Brasil queda na bolsa ou alta no dólar quando veiculado conversa de ministros ou boatos sobre a queda de um deles.

unissonos no imaginário social, pois as informações aparecem de forma alarmante, gerando o pavor e o medo, entrelaçados pelo preconceito e a discriminação aos “causadores da moléstia”.

A sociedade de controle seria a própria crise de todos os meios de confinamento, a crise da base da sociedade disciplinar. Em meio a esta crise, a busca é a reforma de todas as instituições. Porém, sabidamente estas estão condenadas e há no ar uma espera pela instalação de novas forças¹⁴.

Diferentemente da sociedade disciplinar, na sociedade de controle entende-se que: *“Os confinamentos são moldes, distintas moldagens, mas os controles são modulação, como uma moldagem auto-deformante que mudasse continuamente, a cada instante [...] nunca se termina nada, a empresa, a formação, o serviço sendo os metaestáveis e coexistentes de uma mesma modulação, como que de um deformador universal”* (DELEUZE, 1992, p. 221-2).

Nesta perspectiva, verificamos que nossa sociedade se complexibiliza cada vez mais, se transformando rapidamente e se modernizando a cada momento. Um movimento que é dinâmico e constante, produzindo uma série de instrumentos de poder que nos afetam intensamente, nos levando a perder a dimensão da atual estrutura social.

O homem se vê envolvido num espaço social diversificado e complexo, com enormes transformações e contrastes que produzem os analisadores¹⁵ mais diversos: é a miséria, o luxo, a guerra, a revolução, o movimento ecológico, a AIDS, as tecnologias de ponta, a produção, o lucro, a mídia, etc.. Um envolvimento contínuo por uma série de fenômenos que acontecem concomitantemente. Uma série de agenciamentos¹⁶ que nos afetam o tempo todo de formas diversas, sutis e hábeis. Nos atingem no supermercado, na rua, no cinema, na escola, em casa, nos produzindo cotidianamente. E, deste modo, produzindo possíveis, conceitos e hipertextos¹⁷.

¹⁴ Como exemplo o fim dos hospitais psiquiátricos e a implantação do hospitais-dia, por exemplo.

¹⁵ O conceito de analisadores. aqui, é tomado a partir da obra de Felix Guattari. São elementos informacionais que afetam e compõe a subjetividade das pessoas dentro do contexto em que vivem, possibilitando-lhes avaliações deste contexto, mas também forçando-as a ações determinantes de suas relações sociais.

¹⁶ Segundo GUATTARI & ROLNIK, agenciamento é uma “noção mais ampla do que as de estrutura, sistema, forma, etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquínica, gnosiológica, imaginária” (1986, p. 317).

¹⁷ Conceito proveniente da informática, hipertexto se refere a um texto construído de maneira tal que o toque em uma de suas partes levará o leitor a outra parte relacionada a esta primeira, não seguindo a ordem tradicional. Cada ponto do texto se refere a uma série de outros pontos possíveis.

Recebemos a cada dia uma infinidade de informações sobre a economia, o oriente, os políticos, o dólar, a miséria, as epidemias, a violência. Somos constantemente atingidos pelos mais diversos discursos, que produzem lógicas e que reorientam constantemente as ações dos indivíduos.

Estes discursos são construtores de mitos, de crenças, de valores, de éticas, de racionalidades... São fatores homogeneizantes fortes, que nos induzem a uma compreensão do mundo e a uma lógica de ação, pois cada informação recebida nos remete a uma leitura da realidade e, conseqüentemente, a uma exterioridade, a uma relação com o mundo.

Este é o contexto da sociedade de controle, uma sociedade que não controla os corpos, e, sim, a produção de subjetividade. Nesta sociedade as pessoas não são mais conhecidas pelo nome, assinatura, ou número da identidade, mas por uma série de categorias, de marcas, que as demarcam no espaço social. Tornam-se individuais¹⁸, homens divididos, abstratos enquanto humanos e coisificados em números e porcentagens.

Esta é a porta de saída do mundo do controle apenas dos espaços fechados, do contato, do vivido, para um mundo de controle das cifras. Isto gera outros instrumentos de poder, com base no rastreamento de cada marca, através da obtenção de dados sobre o que os indivíduos reivindicam, onde estão localizados, o que desejam, o que comem e o que compram. Poder de rastreamento constante, a partir do qual estas informações, na atual sociedade, possibilitam a criação e recriação de dispositivos, geralmente de marketing, manipulando a produção de necessidades e desejos.

Para isto, necessária se faz a utilização da potente máquina da mass-mídia¹⁹, auxiliada pela informática e por todas as tecnologias disponíveis. Assim, são produzidos uma série de hipertextos que, por sua vez, produzem necessidades e desejos, estes também com características hipertextuais, na medida em que acabam produzindo outras necessidades, outros desejos, outros movimentos, sempre seguindo o processo. Estes acabam por assumir, devido fundamentalmente ao processo em que surgem, características de grande variabilidade e mutabilidade.

Hipertextos criados num movimento de possíveis e, então, "*criados e recriados a*

¹⁸ Dividual no sentido de divisível. Estas pessoas passam a ter dificuldades em se posicionar frente aos problemas que lhes põe o mundo, pois têm dificuldades em se reconhecer, na medida em que se problematizam identitariamente.

¹⁹ Mass-mídia definido por Felix Guattari como todos os meios de comunicação de massa.

cada momento, produzindo e eliminando instâncias a todo momento. Criando novas possibilidades a partir de desejos, novos desejos a partir dos possíveis e, com isso, gerando novos instrumentos que criam novos grupos de possibilidades..." (CHIARADIA, 1994, p.4)

Estes hipertextos mudam a cada instante e continuamente, e é através deles que somos levados a compreender o mundo e a desejar. Assim, cada nova informação influencia nossas ações, produzindo novos hipertextos. A mass-mídia é um forte instrumento de criação de hipertextos. Ela aparece produzindo necessidades e controlando conhecimento, saber, informação e, conseqüentemente, escolhas.

É nesta situação complexa que somos levados a acreditar que sabemos o que acontece no mundo, na tecnologia, na política e na medicina. E é desta forma que as informações tornam-se absolutamente verdadeiras para nós. Dificilmente as questionamos, pois é quase uma impossibilidade. Raramente percebemos que existem várias formas de se narrar um acontecimento e que, conforme o texto e a entonação, são possíveis várias versões do mesmo fato.

Neste contexto, somos iludidos e produzidos pela mass-mídia, principalmente pela televisão, entendida como a grande desmistificadora do mundo, aquela que nos informa a cada momento e sempre o que acontece, que nos mostra a "verdade" dos fatos. Considerada, então, como fundamental e necessária para estarmos a par das modificações do mundo.

Sua importância no mundo de hoje pode ser medida pela quantidade de aparelhos receptores: existe no mínimo um em cada casa, mesmo nas favelas²⁰, tornando-se um instrumento de produção de subjetividade extremamente forte que atinge a todos.

Assistimos o mundo, sentados em frente a uma tela, e conseqüentemente vivemos e escolhemos no mundo basicamente a partir dela.

Extingue-se o embate, o confronto, pois não há mais com quem lutar, a quem reivindicar. Tudo muda rapidamente, tudo é flexível, trocam-se ministros, planos econômicos, padrões, não há mais os inimigos de carne-e-osso, não há mais atacantes, apenas entidades abstratas. As lutas sociais, os sindicatos, os partidos políticos e os grandes movimentos sociais de transformação tornam-se claramente ineficientes, pelo menos sob

²⁰ Veículo de informação "indispensável" em todos os lares brasileiros, independente de classe econômica. a variação ocorre apenas no número de aparelhos.

a forma que hoje os conhecemos e concebemos.

Vivemos, assim, uma época de grandes incertezas: Quanto realmente vale o nosso salário? Qual o atual partido do presidente? Quem é o ministro da economia hoje? Incertezas que criam lógicas, que produzem escolhas na massa divisível e controlada, e que são, principalmente, instrumentos de poder para quem sabe estas respostas ou parte delas. Vivemos numa sociedade onde quem tem conhecimento, informações, tem poder de negociação e, conseqüentemente, maiores possibilidades de controle.

Assim, o saber é transformado em valor de troca, criando grupos fortes e potentes, na medida que possuem mais informações, na medida que obtenham mais mensagens ricas em amostras, ricas em dados úteis que viabilizam decisões acertadas, gerando um maior controle de tecnologias, de saberes, de cifras e, conseqüentemente, a criação de novos instrumentos de poder.

A AIDS²¹, nasce e se desenvolve neste contexto, ou nesta sociedade, e o pensá-la está todo montado em informações construídas pelos meios de comunicação, basicamente os jornais e as emissoras de rádio e televisão. Pois é uma epidemia cuja construção é plenamente permeada de mitos e medos.

Desde seu aparecimento, em 1981, causou euforia no meio científico pela sua capacidade de total desestruturação da defesa imunológica. Porém, também produziu preconceitos, tanto que inicialmente foi denominada, pelos cientistas (principalmente norteamericanos), de GRID, Gay Related Immune Deficiency ou "*imuno-deficiência de caráter gay*", socialmente chamada de a "*praga gay*", pois era percebido apenas neste grupo social (o dos homossexuais). Posteriormente, mesmo que a incidência tenha demonstrado o erro, os olhares científicos se limitaram àquele grupo social, até que, de forma gritante (não só na África, mas em todo o mundo), tornou-se também uma "*praga heterossexual*".

O fato é que a AIDS permitia à sociedade eximir-se de uma classe há muito rejeitada e, assim, de um movimento social que ganhava espaço mundial: os homossexuais. Além de embutir fortes interesses econômicos, uma vez que esta compreensão não dava espaço para discussões como bancos de sangue em má conservação, sangue contaminado, baixa qualidade dos preservativos e o assumir científico de impotência frente à mes-

²¹ No Brasil é chamada de SIDA, principalmente nos corredores hospitalares, onde a sigla AIDS é traduzida, mas que não é utilizada pela mass-mídia.

ma.

Levamos muitos anos para entender o que era essa epidemia e para aprender a viver com a AIDS. Nos últimos dez anos, a humanidade, num misto de incredulidade, pânico e medo, mesclados com atitudes e comportamentos que denunciam os mais variados preconceitos, vem convivendo com a AIDS. Muitos se surpreenderam com a existência de uma doença infecto-contagiosa fatal num momento da civilização em que se acreditava nas vacinas para reafirmar suas crenças calcadas em mitos e medos ancestrais. (PAIVA & ALONSO, in PAIVA, 1992, p.7).

A partir deste contexto global, é necessário tentar compreender como a síndrome surge no Brasil. Aqui, o pensar em AIDS, quase que de imediato, nos remete a uma doença associada às categorias de grupos de risco (ao homossexualismo, ao bissexualismo, à prostituição²², à drogadição, à promiscuidade...) e, principalmente, à morte. São basicamente categorias pouco ou não aceitas pela comunidade, na medida em que representam formas de viver, de se relacionar com o mundo, com os outros e, até, com a própria sexualidade, não desejadas no círculo social. São formas normalmente vistas com um alto nível de preconceito embutido. E preconceito, pré conceito, conceito a priori, implica necessariamente em desconhecimento, em desinformação.

Desta forma, o desconhecimento e a desinformação criaram uma representação social preconceituosa com relação ao assunto, gerando um certo imobilismo, pelo menos na fase inicial da epidemia, em relação à AIDS.

A chamada epidemia de AIDS, não por ela mesma, mas pelo que dela se disse e inventou, quis fazer do amor uma articulação política e da morte uma métrica obscena. Quis traduzir o coração como um órgão corporal e encenar a cidadania como um espírito mortal sobre o qual se podem baixar facilmente as cortinas que isolam o tablado da tragédia como simples espaço neutro de ação nenhuma. (DANIEL in PARKER et all, 1992, p.11).

O desconhecimento e a mitificação em relação à doença geraram uma imensa neutralidade, fazendo com que as atitudes mais freqüentes, tomadas pela população frente à AIDS, frente ao soropositivo em HIV e frente à pessoa que desenvolveu a doença, sejam o ignorar, o fugir e o discriminar, proporcionando a existência, até certo ponto comum, de atos e discursos preconceituosos.

Assim como a lepra, a tuberculose, a gripe espanhola, o genocídio de judeus, surge a

²² Isto é confirmado pela primeira pesquisa DataFolha a nível nacional com trabalhadores de todos os setores: construção, metal/mecânico, etc., onde 60% dos entrevistados concordam totalmente que, no Brasil, a AIDS transmitida sexualmente continua crescendo *principalmente entre os homens bissexuais, homossexuais e prostitutas*, com o agravante que mais 20% concordam em parte e apenas 17% discordam em parte ou totalmente (Folha de São Paulo, abril/1996, p.4).

AIDS. Uma doença a princípio conhecida como peste gay que carregava em seu bojo o símbolo da marginalidade, da vergonha, do castigo, da promiscuidade e da morte. Além de sua história natural enquanto doença epidêmica, a AIDS tem se caracterizado como uma Síndrome do Preconceito, excluindo todos aqueles que foram atingidos pelo vírus. Estamos nos defrontando com perversos vírus ideológicos que criam, além da doença, um vasto conjunto de reações sociais de pânico, ignorância, preconceitos, violência e discriminação. (SOUZA in: PARKER, 1994, p. 333-4).

Ou seja, o preconceito em relação à AIDS, provocado pela falta de conhecimento, gerou novos preconceitos e o próprio desejo da ignorância em relação ao assunto.

Este desejo de ignorância tem como fundo o processo discursivo montado sobre a AIDS. Pelo fato desta ter sido um mal de difícil diagnóstico²³, cada grupo político/ideológico utilizou-a da forma que melhor lhe cabia em seu modelo tático (na sua guerra dentro do âmbito social). Os grupos com maior acesso à população são, geralmente, os grupos mais ligados às ideologias tradicionais, mais conservadoras. A partir dos discursos destes grupos, a AIDS aparece como uma pandemia que assume o lugar de monstro do século, que vem para exterminar os impuros, limpando a raça destes indivíduos indesejáveis.

Este discurso é enfatizado pelos moralistas, que vêem os portadores como vilões e a AIDS como um fenômeno necessário à limpeza social, para o bem da humanidade, com a diminuição ou extermínio da promiscuidade. Discurso que é compartilhado, e auxiliado, pelos discursos místicos de fim de século, onde a AIDS aparece como um castigo dos céus para aqueles que pervertem o mundo com a divulgação de suas divergentes opções sexuais.

A divulgação da doença de forma estritamente descritiva, sem muitas explicações sobre seus processos, criou uma necessidade bastante expressiva na população de respostas aos problemas que a AIDS causava. Porém, os discursos acima citados serviram, além de instrumental político conservador, para satisfazer as necessidades de explicação dos processos, pois estes elementos explicativos, além de pouco modificar ou até não modificar os valores sociais, ainda eram expressos de uma forma lingüística muito próxima ao senso-comum, ou seja, de fácil "digestão" à população.

Satisfazendo a necessidade de respostas da sociedade pela via do moralismo e do senso-comum, estes discursos auxiliaram, e muito, a imobilização social e o agravamento

²³ Conforme M. Schechter, ainda há sérias dificuldades em diagnosticar AIDS. No meio médico, há vários quadros sintomatológicos para seu diagnóstico e, conseqüentemente, uma discussão acirrada sobre definição e enquadramento na carreira de aidético. (SHECHTER, 1989)

do problema. Pois, se apenas os impuros, os promíscuos ou os pecadores são atingidos, não há necessidade de conhecer a doença, de se ter bons tratamentos medicamentosos ou hospitalares, e se as pessoas não se enquadram nestas categorias não há a necessidade da prevenção.

Neste sentido, estes discursos moralistas fragmentados e confusos, produziram, e ainda produzem, imagens, representações e máquinas²⁴ que fundamentam a discriminação e a apatia social com relação às questões fundamentais à sociedade: a miséria, as chacinas, o sistema de saúde caótico, as epidemias, a corrupção e outras. Por serem entendidas como um problema do outro apenas.

O perfil idealizado da AIDS como a doença do outro faz com que a epidemia passe a ser responsabilidade de alguns culpados que produzem vítimas; a pessoa infectada pelo HIV passou a ser uma nova espécie de pária, um condenado à morte civil. Vista deste ângulo a doença só atingiria parcelas ínfimas da população que por sua vez apresentassem comportamentos bizarros ou moralmente condenáveis: 'Felizmente a AIDS atinge apenas os homossexuais, os drogados, os negros..., não atinge seres humanos' (depoimento de uma americana numa convenção do partido Republicano nos EUA). A AIDS, estaria funcionando assim, como uma punição, uma espécie de freio moral, um problema das minorias. (SOUZA, in: PARKER, 1994, p. 334).

Esta compreensão de que problemas sociais são problemas apenas de alguns, principalmente no que se refere as doenças, está associado a metáforizações que as mesmas sofreram desde a antiguidade. Assim a arte, a música e a arquitetura já ofereceram bases para as explicações orgânicas.

Uma história de metáforas referentes ao corpo, nesse nível poderoso de generalidade, incluiria muitas imagens provenientes de outras artes e da tecnologia, notadamente a arquitetura. Algumas metáforas são antiexplicativas, como a comparação religiosa – e poética – entre o corpo e um templo, feita por São Paulo. Algumas têm uma ressonância científica considerável, por exemplo, a idéia do corpo como uma fábrica, uma imagem do funcionamento do organismo sob o signo da saúde, e a do corpo como uma fortaleza, uma imagem que abrange a catástrofe. A imagem da fortaleza tem uma longa genealogia pré-científica, servindo a própria doença como metáfora da mortalidade, da fragilidade e vulnerabilidade do homem. (SONTAG, 1989, p.12).

Estas metáforas se modificam historicamente e suas transformações estão associadas com o aumento de conhecimentos, ou inovações científicas, e o avanço da medicina. Foi assim que as metáforas militares ganharam força a partir da descoberta dos mi-

²⁴“Máquina (maquinico): distinguimos aqui a máquina da mecânica. A mecânica é relativamente fechada sobre si mesma: ela só mantém com o exterior relações perfeitamente codificadas. As máquinas, consideradas em suas evoluções históricas, constituem, ao contrário, um phylum comparável ao das espécies vivas. Elas engendram-se umas às outras, selecionam-se, eliminam-se, fazendo aparecer novas linhas de potencialidades.

croorganismos. Estes foram identificados como os invasores que causam as doenças, com o organismo, a partir de um entendimento da metáfora bélica, sendo invadido e muitas vezes destruído pelos mesmos. A doença, então, é um inimigo que se infiltra no organismo enfraquecendo-o e exterminando-o em parte das vezes.

É deste modo que a medicina incorpora as explicações bélicas, sustentando que o organismo é invadido por agentes estranhos, reagindo com suas defesas imunológicas ou se utilizando de mecanismos específicos para cada uma delas. Explicando, deste modo, as ações orgânicas como operações militares, e assim embasando uma medicina mais agressiva, onde combate-se as doenças com medicações pesadas ou com cirurgias que vençam ou extirpem o problema.

Nesta perspectiva metafórica aparecem doenças particularmente temidas. Estas são os inimigos específicos, ou inimigos de plantão, conforme a época em que surgem: tuberculose, peste negra, sífilis, cólera e outras. Cada um sendo o grande mal de sua época e, deste modo, tornando necessária a implementação de ações específicas e urgentes que neutralizem o inimigo.

Estas ações são sustentadas com apoio governamental, com equipe e verbas específicas que, conforme suas estratégias, geram reações as mais variadas na população. Reações mais ou menos positivas ou mais ou menos negativas, conforme as informações liberadas por estas equipes.

“As metáforas militares contribuem para a estigmatização de certas doenças e, por extensão, daqueles que estão doentes” (ibid., p.16). Transformando-os em vítimas ou culpados conforme o significado dado à doença: se positivo ou negativo. Um exemplo deste processo é a tuberculose, doença que por muito tempo foi identificada aos escritores. Identificação esta justificada pelo excessivo esforço mental na criação de seu trabalho. Na medida em que a doença foi ligada ao esforço, ao trabalho, seus portadores deixam de ser identificados como culpados, como pecadores, transformando-se em vítimas do mal. São trabalhadores, pessoas com talento, são diferentes (para melhor, pois alguém lhes deu este “dom”), e em face desta diferença, sofrem da tuberculose.

Já a sífilis, identificada com práticas de promiscuidade sexual, assume o caráter negativo das práticas que supostamente a acarretam, e acaba por transformar os doentes em culpados. Culpados e castigados por suas práticas imorais.

A AIDS, como a sífilis, sofre com a ligação a práticas e formas de ser e viver

consideradas socialmente negativas. Aqui também aparece, então, a geração de um modo de compreender doença e o doente: o doente é culpado, e castigado, pela sua suposta forma de viver. “*No caso da AIDS, a vergonha está associada à atribuição de culpa, e o escândalo nada tem de obscuro. A doença expõe uma identidade que poderia ter permanecido oculta dos vizinhos, colegas de trabalho, familiares e amigos*” (ibid., p.30).

A AIDS é, assim, entendida como a exposição de uma **identidade oculta**, como a exposição de uma parte dos fazeres da vida que o doente havia escondido da maioria das pessoas e que é desvelado com a doença. Fazeres entendidos como obscuros, ilegais ou imorais. A doença desvelaria identidade(s) até então não assumida(s) pelo contaminado, individualizando a responsabilidade pela contaminação: o doente é o único culpado.

O comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente. A transmissão sexual desta doença, encarada pela maioria das pessoas como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada, é mais censurada do que a de outras – particularmente porque a AIDS é vista como uma doença causada não apenas pelos excessos sexuais, mas também pela perversão sexual. (ibid., p.31-2).

A idéia de que a AIDS é uma doença de grupos de risco e principalmente pervertidos, discurso fortemente veiculado em nossa sociedade, segue o modelo do chamado Padrão I da epidemia²⁵, que se caracteriza por ter entre os infectados uma maioria de homossexuais masculinos e usuários de drogas endovenosas.

Uma imagem distorcida da epidemia de HIV/AIDS na sociedade brasileira tem sido insistentemente associada à masculinidade e à sexualidade masculina, a verdadeira forma da epidemia verificada ao longo do tempo, no entanto, apresenta um nítido contraste em relação a essa noção popular. Enquanto contatos homossexuais e bissexuais foram responsáveis por aproximadamente 85% do número total de casos de AIDS reportados ao Ministério da Saúde até 1984 (MS - Boletim Epidemiológico, 1988), em 1994 esse número havia caído para, aproximadamente, 35% do total de casos notificados (MS - Boletim Epidemiológico, 1994/95). A transmissão heterossexual, no entanto, cresceu de 5% do total em 1984 (MS - Boletim Epidemiológico, 1988) para quase 14% em 1994 (MS - Boletim Epidemiológico, 1994/95). Ainda mais surpreendente é a informação de que dos 127 casos de AIDS reportados até 1984, 126 diziam respeito a homens e um caso feminino - uma proporção homem / mulher de 126/1 (MS - Boletim Epidemiológico, 1994/95). Em 1994, essa proporção se vê radicalmente

²⁵ A OMS (Organização Mundial de Saúde) definiu três grandes padrões epidemiológicos. “O ‘padrão I’ associado a países mais desenvolvidos, é caracterizado por uma grande incidência de AIDS entre homossexuais masculinos, uma baixa incidência entre mulheres e uma variável incidência entre usuários de drogas injetáveis. O ‘padrão II’ descrevia, essencialmente, a situação africana, onde a infecção está espalhada igualmente por homens e mulheres, e se considera a via heterossexual como a principal transmissora; o ‘padrão III’ referir-se-ia aos países com nenhuma ou baixa .. notificação de casos de AIDS” (BASTOS et all in PARKER et all, 1994, p.18).

transformada, com um total de casos de mais de 50 mil entre homens e mais de 10 mil casos entre mulheres, uma relação de casos homem / mulher que caiu para 5 / 1 (MS - Boletim Epidemiológico, 1994/95). (PARKER & GALVÃO, 1996, p.8)

O padrão que, veicula-se, segue a epidemia na sociedade brasileira (Padrão I) é basicamente identificado com o padrão dos países desenvolvidos, principalmente os Estados Unidos.

Este discurso ignora, por exemplo, a existência do Padrão II, que se caracteriza por uma incidência semelhante entre homens e mulheres e que a contaminação se dá fundamentalmente pela via heterossexual. Assim, sendo o Padrão II identificado à África, é justificado por dificuldades e supostos defeitos daquele continente: são pobres, negros e “selvagens”.

Aqui pouco se ouviu falar neste padrão epidemiológico. Da África, só se ouviu a hipótese do vírus lá ter surgido, devido a supostas relações sexuais dos africanos com animais, especialmente o macaco por possuir um vírus semelhante, o SIV, e em decorrência de mutações teria gerado o atual HIV. Hipótese comprovadamente infundada, mas inconscientemente aceita devido a forte discriminação com relação à raça negra, tanto nos países ditos desenvolvidos quanto entre nós.

Há mais semelhanças entre nós e os Estados Unidos que justificam essa fácil aceitação com relação ao padrão epidemiológico. Somos uma sociedade moralista como a americana²⁶ e, desta forma, torna-se mais fácil rotular a doença aos grupos de risco, uma vez que há predisposição para se aceitar esta versão.

Em consequência, não há geração de pânico e nem mobilização social com relação a epidemia. Como restringe-se a grupos de riscos, as verbas e atitudes governamentais não precisam ser volumosas: “É um problema de párias!”.

O uso popular do conceito de padrões epidemiológicos diferenciados gerou vários tipos de especulações. A diferenciação de padrões serviu, por vezes, de base para representar epidemias ‘diferentes’, como a de uma ‘AIDS americana’ e uma ‘AIDS africana’, em contrapartida em linguagem científica de preconceitos racistas que prevalecem na representação do mundo. . Note-se que, embora essas especulações se façam em cima de sugestões da OMS para mapear as diferenças internacionais na epidemia, nunca a OMS sustentou que se tratasse de ‘epidemias diferentes’. (BASTOS et all, in: PARKER et all, 1994, p18-9).

O enquadramento do Brasil no Padrão Epidemiológico I, valorando negativamen-

²⁶ Aqui, apesar de não ser dado ênfase ao fato, o extermínio de homossexuais é continuamente denunciado pelos grupos gays organizados, porém, e infelizmente com pouca repercussão.

te a AIDS e associando-a com os “grupos de risco”, principalmente homossexuais, diferentemente dos países desenvolvidos gera, aqui, alguns problemas que, com o correr do tempo, deverão se agravar escandalosamente. Uma vez que o Brasil tem diferenças gritantes em relação à estrutura social americana, pois não tem grupos de homossexuais organizados em número, direitos e força política como lá, tornando-se impossível uma real demarcação e mapeamento da doença como acontece nos Estados Unidos. Também não tem uma estrutura que possibilite uma boa detecção epidemiológica, mas tem um forte elo cultural (ideológico) com os americanos, assumindo suas verdades e padrões, o que acaba por criar, aqui, uma situação surrealista.

Situação que tende a fazer com que o trabalho de apoio e aumento de sobrevivência, ou mesmo da qualidade de vida, necessite criar, além de conhecimentos básicos para cada grupo que pretenda enfrentar este trabalho, uma modificação social de aceitação das particularidades caso a caso. Em outras palavras, trabalhar noções e conceitos no círculo social de cada doente, e nele próprio, sob pena de perdê-lo devido ao pânico ou abandono de familiares e amigos, fundamentalmente gerados pela ignorância, pois o Brasil, pelo próprio caos estrutural, definiu verdades sobre a AIDS com poucos dados oficiais e científicos.

Hoje assiste-se à pauperização da epidemia, e aventa-se que sempre tenha estado distribuída pelos vários segmentos sociais e de renda; sucessivamente, com as mudanças na definição de caso, vão se rompendo os limites de definição sexual e de gênero que a epidemiologia inicial propunha; e vai se constatando que, em larga medida, o que se encontra é função daquilo que se procura, e o recorte imposto pelas representações (da mídia e da literatura médica) marcou e talhou o que viria a ser a epidemia. (BELOQUI in: PARKER et al, 1994, p.31).

Seu grande esclarecedor e divulgador foi a imprensa. E ela transformou a AIDS em doença “*de poucos ; de ricos; de artistas e devassos, de bichas, de veados*” (MAUTNER, in: PARKER et al, 1994, p.20). Assim, contribuiu para negar a discussão quanto a estrutura social, porque uma vez que se moraliza uma questão, negativamente seus portadores, faz-se com que isto não seja um problema da sociedade em geral, e sim de apenas alguns indivíduos.

Também contribuiu para uma confusão entre indivíduos que já desenvolveram a síndrome e indivíduos reagentes soropositivos ao HIV²⁷, resultando num conceito de

²⁷ Para uma melhor compreensão deste universo é fundamental que se entendam que AIDS é a síndrome e que, basicamente, há duas etapas neste processo: a) o soropositivo, que é uma pessoa que esta infectada

AIDS como a doença que “*leva pessoas a serem consideradas doentes antes de adoecerem; que produz uma série aparentemente inumerável de doenças-sintoma, para a qual há paliativos; e que leva muitos a uma espécie de morte social que precede a morte física*” (SONTAG, 1989, p.41). Esta conceituação gera o ocultamento da doença e do doente por vergonha, condenando o soropositivo, por estar contaminado, a uma morte social, a uma morte prematura, mesmo que este esteja saudável, que possa trabalhar e viver normalmente em sociedade, uma vez que não está doente.

Um exame positivo de anticorpos para HIV, que ao mesmo tempo é utilizado por algumas parcelas da sociedade para negar-nos a vida civil plena: demissão do emprego, abandono pelo cônjuge, caso ou amigos, pelos exames pré-admissionais aos quais nos submetem empresas como a Varig, a UFRGS (felizmente superado), a discriminação como clientes de psicólogos no Instituto de Psicologia da USP (felizmente superado), pelas campanhas do governo federal, pelas tentativas de cerceamento de nossas vidas afetivas e sexuais, pelos problemas com convênios de medicina de grupo, pela proibição de entrarmos no território dos Estados Unidos (se formos estrangeiros), por sermos confinados se vivermos em Cuba etc. (BELOQUI, in: PAIVA, 1992, p. 28)

Esta morte social que permeia os portadores do vírus denuncia a associação da AIDS como negatividade: ela é ruim, é vergonhosa, é de poucos, é de grupos de risco. Esta compreensão da AIDS numa sociedade de incertezas, mutante e flexível como a nossa, gera uma amenização dos conflitos, pois, se o pensar neste “mal” é assustador, ela é evitada ou ignorada. Não é conhecida, não é entendida, não é necessário prevenção ou tratamento, e, assim, não gera nem questionamentos sobre a mesma, nem questionamentos sobre qualquer aspecto que a envolva: não gera nenhuma contradição. Sem contradição, são mantidos os padrões vigentes, principalmente do sistema de saúde e da moralidade existente.

Neste sentido, a mitificação da AIDS torna impensável o pensar na doença, e indiscutível a discussão sobre o sistema de saúde vigente. Deste modo o problema dos bancos de sangue ou da previdência, e sua possível eliminação, não é problema a ser discutido, não é objeto de reflexão, pois não diz respeito a todos, só a alguns.

Outro ponto fundamental de sua negatividade é o fato de que a AIDS remete à morte, e pensá-la remete à mortalidade do homem, tornando presente a morte e a morta-

pelo vírus HIV, não apresentando necessariamente infecções oportunistas e podendo o mesmo começar a se manifestar até onze anos depois de comprovado cientificamente a existência do vírus. O soropositivo é identificado como aquele que possui anticorpos ao HIV em sua corrente sanguínea, mas que ainda não desenvolveu a doença. Ou seja, está infectado pelo vírus mas é saudável; e b) o “aidético” ou doente de AIDS, que é aquele que possui o vírus e que manifesta várias doenças oportunistas, é o doente.

lidade de todos os homens.

Resumindo, dez anos é muito tempo, mas descobrimos uma provável causa de nossa morte e, por isso, lançamo-nos a viver uma vida mais intensa no presente. Passando do bando dos soronegativos ao dos soropositivos, encharcamos-nos da idéia de finitude da nossa vida. E, assim, com a idéia de que nossa morte dar-se-á num futuro mais próximo, trazemos a vida mais para o presente, buscando dar-lhe um sentido que seja mais significativo para nós. Mas tomar contato com a finitude da nossa vida é simplesmente passarmos do bando dos imortais para o bando dos mortais. Disso segue, em particular, que quem se pensa não portador não pensa na sua própria morte. (BELOQUI, in: PAIVA, 1992, p.28)

Em nossa cultura as questões referentes a morte são geralmente evitadas de serem pensadas, são negadas ao máximo, apesar de sabermos que, sem exceção, um dia todos vamos morrer. Afinal, esta é uma das poucas certezas que temos.

Certeza que apesar de sabida é negada ou poderia se dizer “esquecida”. Evita-se pensar e principalmente falar nela. Só pensamos, quando somos obrigados, por termos um morto presente (acidente ou velório), ou sabermos de uma morte ocorrida ou ocorrendo (enfermo).

O desconhecido sobre a morte instiga os homens desde a antiguidade, discutindo-se o que é, o porquê, o para quê deste evento. Assim, desde longo tempo discute-se a finitude ou não da alma.

Este movimento de questionamentos, de curiosidade, independe de fé, com crença definida ou não. Tradicionalmente, esta questão é seguida de dúvidas, pois todos sabem que a certeza só é efetivada quando se está morto e, nesta situação, não é mais possível a segurança do que era ou não a morte.

Acho que descobrir a morte não foi exatamente a morte física e a morte biológica que é o nosso tormento particular. Todo mundo tem que ter medo da morte, a gente não sabe o que é, é uma experiência que todos nós ainda vamos passar, é um tabu, nós não conversamos sobre ela, nós não falamos sobre ela, nós nunca morremos antes, não é? A priori, nós nunca morremos e, se morremos, morremos muito pouco para poder saber exatamente o que que é a morte definitiva. (PAIVA & ALONSO, in: PAIVA, 1992, p.9).

A dúvida, a incerteza são os acompanhantes do conceito morte, por isto se torna mitificada e mistificada, por se sustentar em idéias sempre duvidosas assumindo um lugar de culto ou de mistério.

É neste sentido que cotidianamente se atribui o lugar da morte como sendo o lugar da morte do outro, evitando-se pensar na nossa própria morte. Pensar-nos morto assume um lugar que assusta, amedronta e deprime.

Assim nossa cultura, cria, um espaço ficcional socialmente aceito da morte, onde desenhos, filmes e revistinhas a expõe como vampiros, zumbis e fantasmas. Espaço este onde os personagens aparecem bem irreais, maquiados e estereotipados esta é uma das formas de se conviver com a morte na ficção. Não são pessoas comuns, não nos vemos na gravura ou na tela, apenas sentimos emoção e medo, compartilhando com os outros atores que representam, que dramatizam, fantasiados, escondendo a morte natural e real. Deste modo ela é aceita na tela porque é um filme, é ficção e não é natural ou cotidiana.

Este espaço é dado também ao drama das novelas, telejornais e revistas que encontram demanda no desenlace de mortes misteriosas e de crimes passionais, onde mistério, amor e morte se cruzam e se distanciam do cotidiano da maioria da população. Assim, numa idéia romântica fogem da realidade, ou da “crueldade”, em que é compreendida a vida ou a morte. Escondendo a realidade das questões relativas à saúde e à qualidade de vida.

Evita-se, assim, esta questão enquanto realidade concreta, mas apenas de um modo sutil, pois enquanto quadrinhos e telas é perfeitamente passível de ser aceita. Deste modo, se mantêm um imaginário que associa morte a algo fantasmagórico, irreal, estereotipado, mas ruim enquanto fenômeno natural.

Então sonha-se com algo bom relacionado a ela, com um céu, com uma vida após a morte. Mas as incertezas fazem com que o sentimento mais forte seja o de medo.

Nesta perspectiva, com a busca de formas de se superar este medo, surgem espaços no cotidiano que representam a morte como um outro concreto. A morte tem uma imagem: é um homem com uma foice, é uma velhinha(o) encurvada e enrugada, é uma fluida e bela mulher com um vestido branco e esvoaçante, os parentes ao lado do leito ou um anjo (que não tem sexo) e que chega para acompanhar o que se vai, para tirar ou ceifar vidas.

Junto à imagem figurativa de um ser que ceifa a vida, se configura sobre este imaginário a negação do óbvio: de que é a história do indivíduo, sua sedentariedade, sua imprudência, sua má alimentação, seu stress, ou mesmo o precaríssimo sistema de saúde que temos ou a absoluta falta do que comer que o mataram.

Isto ocorre mesmo quando alguém é atropelado, morre num acidente ou é assassinado por uma bala perdida ou por uma faca. Nesta situações comumente também se compreende como sendo o outro, que dono do destino alheio ceifou a vida, por ser mau

ou mesmo por ser o próprio mensageiro que traz o aviso que o tempo de vida acabou. Uma compreensão da morte associada à idéia de destino: “ninguém morre na véspera!”.

Este fato é que torna o suicídio tão condenável, pois é o próprio sujeito que escolhe a morte, assumindo por sua própria conta e risco de ceifar sua vida. É, nesta lógica, um ato subversivo contra o Destino. No suicídio não se discute o processo que levou ao ato de se matar, apenas discute-se o ato em si, que, assim, é perfeitamente condenável.

Sabemos que somos mortais, criamos formas de nos eternizar²⁸, mas não gostamos de falar, de lembrar disto.

Quando eu soube que estava com AIDS, achei que ia morrer. Um dia descobri que estava morrendo e que o que estava me matando era eu achar que ia morrer. Eu ia morrer, eu ia morrer, eu ia morrer... E foi interessante porque eu descobri a minha mortalidade. É difícil descobrir que somos mortais, a gente precisa raciocinar para isso. Na medida em que a gente descobre que é mortal, pode descobrir a intensidade da vida. É como sempre digo, tenho uma péssima notícia para todas as pessoas vivas presentes: nós todos vamos morrer um dia, todos, eu juro por Deus! Daqui a alguns anos não vai sobrar um para contar esse debate! Agora, a notícia boa que tenho a partir dessa idéia é que até lá nós podemos viver maravilhosamente bem, buscando uma boa qualidade de vida. (DANIEL, apud PAIVA & ALONSO, in: PAIVA, 1992, 8-9).

Na busca de qualidade de vida pela população, e em especial das pessoas soropositivas em HIV ou com AIDS, é que penso também ser necessária a discussão de uma lógica que tanto negativiza esta causa mortis.

Há doenças que são compreendidas com uma certa positividade, cuja morte dá ao morto um caráter positivo: é uma morte que pode ser carregada como uma medalha. Outras, pelo contrário, são entendidas como punição aos erros da vida que se acaba: o morto é culpado por sua morte, toda sua desgraça acontece por seus desregramentos (todas as infrações morais que se possa imaginar).

É o caso do suicida (acima descrito). Mas também é o caso do alcoólatra que morre de cirrose hepática, do fumante de câncer no pulmão, dos drogados na morte por overdose ou dos que por doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e a gonorréia, morrem, segundo o entendimento do senso comum, como punição pela forma que escolheram viver sua sexualidade.

²⁸ Talvez seja em função disto a proposta de se eternizar com a triade: plante uma árvore, escreva um livro e tenha um filho. O homem que consegue isto em sua vida é o homem completo. A árvore vive mais de uma geração, perpetuando o ato de plantá-la e, com o tempo, torna-se forte e vigorosa; o livro perpetua as idéias. é a garantia de continuar influenciando o destino dos homens, é como continuar falando e sendo ouvido: e o filho perpetua os gens, os sobrenomes e as propriedades. Esta triade representa a própria perpetuação por várias gerações.

Todas estas doenças, apesar de terem embutidas uma alta carga de negatividade, são socialmente mais aceitas que a AIDS. Morrer de AIDS faz, sempre, com que se reacendam todos os preconceitos numa síntese de sigla única (A-I-D-S). É no espaço misterioso e fantasmagórico do A-I-D-S que o sujeito é encarado como o único culpado por seu “depravado” estilo de vida.

A humanidade, num misto de incredulidade, pasmo e medo, mesclados com atitudes e comportamentos que denunciam os mais variados preconceitos, vem convivendo com a AIDS. Muitos se surpreenderam com a existência de uma doença infecto-contagiosa fatal num momento da civilização em que se acreditava nas vacinas ou em remédios eficazes. Outros enxergaram na AIDS motivos para reafirmar suas crenças calcadas em mitos e medos ancestrais. (PAIVA & ALONSO, in: PAIVA 1992, p.7).

Já doenças como hepatite, cólera, câncer²⁹, diabete e tantas outras, são vistas como decididas pelo acaso, pelo azar, ou o Sr. Destino ou a Sra. Morte decidiu que seria assim a retirada da vida daquele que morre. Aqui a história do indivíduo não é importante, não há qualquer investigação sobre sua vida, sobre seu estilo de vida, antes ou durante a doença. Aliás, sua vida somente é motivo para que se elogie a pessoa que se vai.

Já com relação à AIDS, com o argumento de ser específica e endêmica, as formas de contágio são investigadas com veemência (e todos se transformam em investigadores), enfatizando mais os segredos sexuais que a própria doença:

Idéias distorcidas sobre a doença foram alicerçadas. Falava-se muito mais do ‘doente’ do que da doença. A curiosidade se deslocava para os ‘aidéticos’, identificados como parte de um grupo de seres humanos ‘diferentes’, ‘anormais’, que fogem dos códigos coletivos, que estabelecem padrões próprios de busca do prazer ou vivem formas de relacionamento diferentes das consagradas pela maioria moral. Por que nunca se pergunta ao ‘hepatético’ onde e como ele pegou hepatite? (PAIVA & ALONSO, in: PAIVA 1992, p.7-8).

A AIDS carrega uma carga de curiosidade preconceituosa, inclusive em sua história, cujo palco cria dúvidas entre se estar com uma proteção exarcebada dos indivíduos não portadores do HIV ou uma tentativa de por a público a diferença, enquanto formas de viver escolhas que justifiquem a contaminação, pois nestas análises o drogadito ou o não heterossexual são os únicos responsáveis pela situação.

Esta busca incessante da forma de contágio é tão intensa que colocou os transfusionados (hemofílicos, operados, ulcerados, etc.), recém-nascidos e mulheres estupradas

²⁹ Exceção ao câncer de pulmão, caso o seu portador tenha sido fumante, porque também será encarado como culpado, uma vez que a mass-mídia criou a imagem do fumante como um transgressor da saúde.

ou do lar monogâmicas como inocentes, na medida em que é o outro, o contaminador, o criminoso, aquele que ceifou sua vida. Para a sociedade, são vistos como vítimas de um acaso cruel, vítimas de responsáveis cruéis ou “irresponsáveis”. *“O hemofílico, o contaminado por transfusão, a esposa inocente do bissexual também nos remetem ao pecado dos marginais, que, sem respeitar o próximo, foram contaminando até chegar aos que a sociedade vê como vítimas inocentes”* (MAUTNER, in: PAIVA, 1992, p. 20).

Possivelmente, este fenômeno, além do caráter moralista³⁰, que engadra o doente como bom ou ruim, culpado ou inocente, também diga respeito ao mistério que cerca a doença (e o doente, como seu representante, torna-se vítima da devassa pública). Esta aura de mistério que cerca a doença (e o doente), geram insegurança e medo aos circundantes.

A AIDS assusta por ainda não ter cura³¹ e por causar a morte. Este fato, que não pode ser negado, atua no imaginário popular muito intensamente. A ligação da Morte era, antes do fenômeno AIDS, vinculada a outros fantasmas.

Nos sonhos de pessoas de nosso tempo, sonhos dormindo, eram até recentemente a bomba atômica. as situações de guerras e perseguições ou o câncer que apareciam como os símbolos mais comuns de situações de transformação pessoal, de morte e renascimento psíquico, dificuldades de relacionamento com o outro ou que sinalizavam o surgimento de uma paixão que nos assusta. São símbolos coletivos que sinalizam a sensação do perigo de fazer do outro lado emergir como significativo para o eu. O outro que pode ser uma nova pessoa em nossa vida ou os outros lados não vividos do nosso próprio self. Depois de 1985, e meus colegas terapeutas confirmam, a AIDS passou a ser o grande hit simbólico que aparece nos sonhos de todos os tipos de pessoas que acompanhados nos consultórios de psicoterapia. AIDS é o novo nome do inominável. (PAIVA, 1992, p.55).³²

Este inominável fica claro no relato da psicoterapeuta e membro da equipe de

³⁰ E, portanto, também econômico, na medida em que não se pode entender esta sociedade, mesmo em suas características ligadas à ética, sem utilizar do elemento econômico.

³¹ PAIVA e ALONSO afirmam que *“Aprendemos também que a AIDS, como a diabetes, é uma doença tratável, embora incurável porque ainda não se elimina o vírus. Mas os muitos anos de sobrevivência após a infecção são um fato comprovado. É importante ter isso em mente, pois sabemos que para os portadores do vírus do HIV (no Brasil presume-se 800.000 infectados) é criminoso associar a AIDS imediatamente à morte, como se qualquer doença aparecesse incurável por essência”* (in PAIVA, 1992, p. 8).

³² O “outro lado” é entendido no texto como o que se teme por estar fora dos padrões e dos códigos *“compartilhados pela maioria, ou seja, temer aquilo além do que chamo de “muros da cidade”, da cidadania. Cada comunidade sente que, além de suas fronteiras está o desconhecido, o sombrio, e as pessoas comuns ficam felizes de permanecer adaptados ao que “todo mundo acha certo ou todo mundo faz”. A sabedoria popular é carregada de lógicas razões para não dar o primeiro passo rumo ao inexplorado e desconhecido. A mitologia sempre põe figuras perigosas nos lugares desertos e escuros que estão fora dos caminhos habituais. O medo atávico diante do desconhecido é humano e universal.”* (PAIVA, 1992, p. 53-4.)

educação em AIDS do Centro de Referência e Treinamento AIDS, da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. *“Sempre que via pessoas soropositivas ou já doentes de AIDS, surgia em meus pensamentos o quadro de suas mortes trágicas e iminentes. Para mim, a AIDS ainda estava associada à morte lenta, dolorosa e inevitável”* (FERREIRA, in: PAIVA, 1992, p. 85).

Além disto, o capitalismo necessita de operários “imortais”, que se concebiam imortais e, assim, não exigiam muito da vida e das condições de vida. Devem ter tempo de sobra, a eternidade, para melhorá-la. Discutir a mortalidade dos homens abalaria o senso-comum, pois todos podem ser ricos: é apenas uma questão de tempo e de esforço! Discutir a mortalidade de todos os homens resultaria numa perspectiva mais materialista de vida e possibilitaria aflorar a contradições.

A negatividade da AIDS cria, então, o medo de falar, de tocar, de saber, resultando em uma não-relação com os portadores de HIV/AIDS e gerando uma morte social que retira do convívio o diferente, o conflitante.

No velho mundo do Deus patriarcal e macho, a existência da Aids veio transformar a velha contaminação psicológica ou espiritual na contaminação material (‘Dize-me com quem andas e te direi quem és’, ‘Se você não se cuidar, aquilo vai te pegar’). As pessoas que sempre cumpriram um Destino de Impureza Atribuída do ponto de vista de nossa tradição patriarcal, que tinham a Síndrome da Inferioridade Definitiva Adquirida (a AIDS/SIDA simbólica que sempre existiu), agora têm um vírus para identificá-las que as torna ‘cientificamente’ perigosas. (PAIVA, 1992, p.7).

São estas atitudes e estes conceitos que possibilitam que o possuir HIV/AIDS seja um motivo justo para demissões, para as exclusões do sistema social, qualquer que ele seja: a empresa, a família, o clube, a escola, etc., para a retirada do que incomoda, do que dá medo, do que conflita pela sua diferença. É a tentativa de homogeneizar os grupos, tirando-se o que foge a regra.

A negatividade faz com que a culpa seja dos portadores e com que estes devam ser punidos. Então, é justo que as famílias os ignorem ou os escondam, não demonstrando sua “desonra”, pois elas também serão culpadas, perante o grupo social, pela falha de um de seus membros.

A compreensão da AIDS como negatividade cria uma lógica onde a população é eximida de responsabilidade, a “culpa” é apenas do portador do vírus. Então, nem ela (a população), nem ninguém: médicos, cientistas, familiares, governo, imprensa ou sistema educacional ou de saúde precisam investir de forma séria e efetiva em prevenção ou tra-

tamento.

É dentro desta lógica social, que as poucas ações educativas ou promotoras de saúde são desenvolvidas como campanhas, palestras e informativos. São, porém, em boa parcela ineficientes, pois, como não desmistificam a doença, não conseguem mudar comportamentos e transformar a atual realidade dos soropositivos, dos indivíduos que desenvolveram a síndrome e da própria AIDS, na medida em que o número de casos notificados continua aumentando assustadoramente.

Na escola, como *“em nenhum caso, porém, terá o medo exagerado do contágio casual sido tão polêmico [...] Vários casos de discriminação atingiram a imprensa e incendiaram a opinião pública”* (BASTOS et all, in: PARKER et all, 1994, p. 35). Os educadores (não só os que se postam nas escolas), não conseguem vencer suas próprias dificuldades morais e, como a maioria da sociedade, aceita as formas discursivas com maior poder de persuasão, ou seja, padrões de discurso que não intervenham em suas convicções, em seus valores: portanto, em sua moral.

Os mais aceitos, dentre os padrões com estas características, são os fundamentados no saber místico e no saber técnico. O discurso fundamentado no saber místico encara a AIDS como um castigo para os pecadores, para os imorais, reforçando a moralidade vigente e socialmente desresponsabilizando (quem assim pensa) da existência da AIDS: esta deixa de ser uma doença produzida por esta sociedade para ser uma punição para os divergentes. A AIDS passa a ser um fenômeno criado, e imposto aos pecadores, por algum ser transcendente que quer nosso bem: ela é, acima de tudo, um instrumento de limpeza do mundo.

Por outro lado, o discurso técnico trabalhará a doença como apenas mais uma doença. Ela é como qualquer outra: individual, gerada por disfunções orgânicas que deverão ser suprimidas e sem a mais leve influência de uma forma de viver, de relacionamento social. Aqui, contrariamente ao discurso místico, a AIDS não tem função, ela não é um instrumento de limpeza e, sim, uma sujeira que deve ser extirpada de um mundo limpo. Reduzindo a análise da doença a uma questão biológica, que deve ser tratada independente de questões sociais.

Nota-se claramente, nestes discursos: moralista, técnico e místico, que a AIDS é entendida como um problema individual e que, portanto, a questão deve ser resolvida ao nível do indivíduo. Estas perspectivas inviabilizam, nas práticas educativas, quaisquer

movimentos no sentido da modificação de comportamentos no espaço social. Inviabilizando também, e principalmente, uma discussão ampla sobre os movimentos da sociedade.

Então, necessário se faz educadores críticos e criativos que, além de vencerem seus próprios medos e angústias sexuais, avancem em sua praxis, desmistificando a doença, e não apenas repetindo manuais que não criam idéias e ações diferentes das tradicionais. Não basta dizer que “a AIDS mata” ou explicar como prevenir-se dela, pois, sem entender que este é um problema de todos, nada se faz. Infelizmente.

A realidade da AIDS é permeada por mitos e, penso, somente através do desvelamento destas lógicas existentes, é que seja possível re-significar esta doença e seus portadores ou doentes, possibilitando novas lógicas que possam viabilizar um real espaço social para os soropositivos em HIV e aqueles que já desenvolveram a síndrome.

É necessário, enfim, que retrabalhemos os hipertextos, que façamos novas escolhas de possibilidades (não apenas a repetição das tradicionais), que busquemos o novo: um novo modelo, uma nova educação, uma nova forma de lidar com a saúde e com os diferentes: uma nova sociedade. Novas lógicas, novos possíveis para viver.

Novas modulações.

IV. AS COMPREENSÕES SOBRE A AIDS DA COMUNIDADE

A CIDADE DE ITAJAÍ

O município de Itajaí³³ tem, desde seus primórdios, uma forte ligação com o rio que a corta e onde se localiza o porto. Criado em 1859, atualmente o município conta com uma população estimada em 142 mil habitantes, com densidade demográfica de 417 hab/Km². Desta população, em torno de 95% vive no perímetro urbano.³⁴

Segundo dados da Prefeitura Municipal, a média de ocupação domiciliar, em Itajaí, é de aproximadamente 4 hab/domicílio, sendo que a soma dos rendimentos mensais por domicílio não ultrapassa o valor de três salários mínimos em 55% dos casos. No intervalo localizado entre acima de três até dez salários mínimos, estão outros 34% dos domicílios da cidade.

Itajaí é a cidade pólo da região da AMFRI – Associação dos municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, integrada por onze municípios: Itajaí, Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo, Ilhota, Luis Alves, Navegantes, Penha, Piçarras e Bombinhas. Também é o maior repassador de ICMS destes municípios e o quinto em arrecadação de ICMS do Estado.

Uma das características mais importantes da cidade é o trânsito de pessoas residentes fora de seus limites. Isto se deve, em primeiro lugar, à localização: Itajaí é uma cidade litorânea, com várias praias, e próxima à cidade de Balneário Camboriú, pólo turístico de grande importância no estado. Também fica no centro da região das festas de

³³ Os dados sobre o município, aqui relatados, são provenientes do **Perfil de Itajaí**, um documento publicado pela Prefeitura Municipal, em maio de 1997, para atrair novos investimentos à cidade.

³⁴ Segundo os dados do Censo Populacional do IBGE, de 1991, a população de Itajaí somava, à época, 119.631 habitantes, com uma taxa média geométrica de crescimento anual de 2,99%. Da população de 1991, 114.555 era considerada, pelo IBGE, população urbana, enquanto que 5.076 habitantes constituíam a população rural (Prefeitura Municipal de Itajaí, maio/97, p.16). A partir destes números, teríamos em Itajaí, ao final de 1997, uma população total de 142.762 hab, perfazendo uma ocupação demográfica de 417 hab/Km².

outubro, como a OKTOBERFEST (em Blumenau), FENARRECO (em Brusque), a MAREJADA (em Itajaí) e outras. Além disso, é no município que se encontram as rodovias BR 470, eixo rodoviário leste-oeste de Santa Catarina, e a BR 101, eixo rodoviário norte-sul do Brasil, proporcionando um fácil acesso e determinando um grande fluxo de viajantes no município. Além de possuir seis praias, 15 hotéis (2 a 4 estrelas) e 32 restaurantes. O aeroporto de Navegantes fica distante a apenas 4 Km da cidade.

Em Itajaí, está a maior universidade de Santa Catarina localizada fora da capital. A UNIVALI conta com um corpo docente de aproximadamente oitocentos professores para um corpo discente de mais de quinze mil alunos. Alunos em grande parte provindos de outros municípios do estado. Destes alunos, egressos de outras cidades, uma parte reside na região (principalmente na cidade ou em Balneário Camboriú) e outra parte se desloca diariamente para frequentar suas atividades acadêmicas, aumentando o fluxo acima citado.

A UNIVALI é a trigésima quinta maior empresa privada do Estado de Santa Catarina e a vigésima sétima em patrimônio líquido, com um total, em 1997, de R\$57.540.000,00.³⁵

A universidade se estrutura num sistema multi-campi, com o campus-sede em Itajaí e os outros seis localizados em Balneário Camboriú, Tijucas, Biguaçu, Penha, Píçarras e Ilhota. Possui trinta cursos de graduação, vinte e nove de pós-graduação *latu sensu* e quatro de *strictu sensu*. Tem trinta e sete laboratórios de especialidades (biologia, geologia, maricultura, odontologia, etc..) e três clínicas: fonoaudiologia, psicologia e odontologia.

Complementando o setor educacional, há vinte escolas estaduais, onze escolas municipais, seis escolas particulares e vinte núcleos de desenvolvimento infantil.

O sistema de saúde, em Itajaí, é bastante completo. A cidade tem dois hospitais, o Hospital Menino Jesus (HMJ), particular e exclusivo para atendimento pediátrico, e o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen (HMMKB), hospital geral dedicado ao atendimento da comunidade adulta. Este último é um hospital estadual, mas concedido à administração de terceiros e em franca privatização, uma vez que em 1992 foi prorrogado esta concessão por mais trinta anos às religiosas que a administram. A administração do HMMKB, além disso, administra um plano de saúde, o "Marieta Saúde", que

³⁵ Jornal Classificação. Itajaí: Ano IV, n 65, agosto/1998. p.04.

pressupõe a posse do hospital para o pleno atendimento aos associados, trazendo parte da população para o seu lado na luta pela manutenção da posse do hospital. Isto tende a acarretar, num futuro próximo, a cessão completa do HMMKB às atuais concessionárias.

Além dos hospitais, Itajaí tem uma rede de atenção à saúde com dois centros de especialidades médicas, criados para o atendimento de populações específicas, como o Centro de Referência à Saúde da Criança e da Mulher (CRESCEM), dedicado aos atendimentos das questões da mulher e da criança, e a Clínica de Orientação e Diagnóstico Municipal (CODIM), dedicado à orientação e ao tratamento de doenças infecto-contagiosas. Possui também um laboratório, o Laboratório Micro-Regional de Patologia Clínica, cinco policlínicas e quinze unidades de saúde (US) distribuídas entre os vários bairros da cidade.

Para o atendimento específico à AIDS, segundo a prefeitura, existe o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), cuja função é o diagnóstico e a orientação preventiva quanto à contaminação, o Ambulatório DST/AIDS, que dá “atendimento médico e de enfermagem aos positivados”, ambos localizados no prédio onde funciona o CODIM. Há também o Atendimento Domiciliar Terapêutico, cujo objetivo é “dar assistência domiciliar aos pacientes do ambulatório de DST/AIDS”. O Programa de Atendimento a Gestantes HIV⁺ e o Programa de Atendimento à Criança HIV e Doente de AIDS, que objetivam “diminuir o risco da transmissão vertical (mãe-filho)” e atender as crianças soropositivas e doentes de AIDS, se localizam no CRESCEM. O Programa de Atendimento Odontológico ao HIV⁺ e Doentes de AIDS se desenvolve em uma das policlínicas e em duas US, nos bairros com maior demanda (PMI, 1997, p. 45).

Há, ainda, o Projeto de Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas, DST/AIDS, que ocorre em dezoito escolas da rede pública de ensino municipal e que visa treinar professores como multiplicadores de prevenção.

Quanto a cultura, apesar de possuir apenas um cinema, este setor é relativamente forte, proporcionalmente à população, basicamente sustentado nos vários grupos de teatro e nos corais (há quatorze corais na cidade).

Com relação a entidades organizadas, a cidade possui dezesseis sindicatos patronais e trinta e cinco sindicatos dos empregados.

Em 1997 já possuía 12 Conselhos Municipais: Educação, Cultura, Alimentação

Escolar, Entorpecentes, Trabalho e Emprego, Direitos da Criança e Adolescente, Assistência à pessoa portadora de Deficiência, Transporte Coletivo, Contribuintes, Meio Ambiente, Defesa do Consumidor, Desenvolvimento Rural e Peixeiro.

Além de ser o maior porto pesqueiro do sul do país, também se localiza na cidade o maior porto de Santa Catarina, que é a base de operações da Petrobrás nos produtos de petróleo e gás do mar catarinense e ocupa a quarta posição no ranking brasileiro de movimentação de cargas containerizadas para exportação e a primeira no de exportação de frangos congelados. A Administração do Porto de Itajaí se encontra, hoje, nas mãos da Prefeitura Municipal, estando em discussão sua privatização.

Outra discussão que acontece no município é relativa a um possível aumento do porto, com a construção de um terminal turístico de passageiros. Estas obras complementariam a ampliação, já prevista, do Aeroporto de Navegantes, que passaria à categoria de aeroporto internacional, aumentando ainda mais o trânsito de pessoas de fora na cidade.

OS PRIMEIROS CONTATOS COM O FENÔMENO AIDS

Relativamente às primeiras informações sobre a AIDS recebidas pela população da cidade, conforme as entrevistas com os informantes, pode-se afirmar que a principal característica se refere, obviamente, ao distanciamento. Há uma distância significativa entre o cidadão e a síndrome, entre a síndrome e sua cidade, entre a síndrome e seu meio, entre a AIDS e seu cotidiano, seu dia-a-dia.

Os primeiros fatos relatados, em termos cronológicos, se referem aos relacionados à morte do cineasta Glauber Rocha³⁶, em 1981, mesmo não havendo certeza, por parte dos mesmos, de que esta morte e a AIDS tivessem alguma relação. Porém, esta associação é efetuada através da justificativa de que sua morte aconteceu repentinamente, em processo muito curto, pois “*teve uma coisa estranha e morreu*”, como afirma um dos entrevistados. Esta ligação se deve às primeiras informações sobre a AIDS, que a expunham como uma doença imprecisa em seus sintomas e causas, mas com consequências muito bem definidas: a morte rápida.

Esta imprecisão perdura até 1986, aproximadamente. Um dos entrevistados, afirmando ter visto um cartaz com a palavra SIDA nesta época, declara: “*As informações eram poucas, o sistema de saúde não estava despertado para a gravidade da doença. As informações, na época, não eram precisas. Não se sabia a extensão exata da situação.*”

A Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, nesta época, organiza o primeiro debate formal sobre o assunto na cidade. Neste debate, o enfoque escolhido, e que de-

³⁶ Glauber Rocha adoece em março de 1981, com problemas broncopulmonares, e falece em agosto daquele ano. Não há nenhuma relação oficial entre seu óbito e a AIDS.

monstra com muita propriedade a compreensão da população sobre a síndrome na época, é a sexualidade como reprodutora da AIDS. Teve a participação de quatro debatedores: o pároco da Igreja Matriz da cidade, um sociólogo e professor da universidade, um médico e uma enfermeira. Segundo relato, a discussão do tema foi pautada pelo conservadorismo nas relações sociais, pela preservação das instituições sociais. O debate teve um cunho de discussão moral e não científica, como seria de esperar quando promovido por uma instituição acadêmica. A discussão pautou-se por centrar “*toda a carga em cima das relações plurais e de homossexuais, principalmente*”, deixando de lado as transmissões via transfusão de sangue e, o que no futuro se mostrou uma das grandes vias de transmissão de AIDS na cidade, o uso de drogas injetáveis.

O pároco debateu a partir da “*tese da família. Da preservação da sexualidade ao interior dos lares, da restrição, da questão privada, mesmo, da sexualidade.*” O sociólogo, por sua vez, “*insistiu foi na formação, na educação das pessoas para a prevenção. Ele insistiu nisso. ‘Não é um problema tão grande se você se prevenir, se tiver cuidado’. E, aí, um discurso em cima da má educação brasileira. E o médico se limitou, na verdade, a demonstrar o que era AIDS, como ela agia, como se transmitia. Foi mais informativo*”. Quanto à participação da enfermeira, não há menção ao seu posicionamento.

Este moralismo que pautou o debate é um fenômeno que levou algumas pessoas, à época, a pensar que a AIDS poderia ser uma criação humana. Este pensamento aparece em grupos mais intelectualizados, não somente em Itajaí.

Na época eu pensava, até, que a AIDS era uma grande invenção. Cheguei até a pensar que o vírus foi desenvolvido em laboratório. Naquele encontro eu levantei a questão, mas ninguém conseguiu discutir. Ninguém quis discutir. A questão é que, naquele momento, como era o primeiro momento, era uma coisa muito desesperadora, como uma coisa insolúvel, como... a praga do século, como o fim do mundo e como a impossibilidade de qualquer tipo de salvação.

Estas explicações começaram a criar uma cortina de isolamento ao redor do fenômeno, inculcando idéias de medo, de desespero, frente à doença, dificultando as discussões sobre o tema e a busca de uma visão mais ampla e social em relação ao problema que estava assolando as grandes cidades brasileiras. Itajaí, neste momento, era compreendida como distante do problema, uma vez que o primeiro caso de AIDS, na cidade, foi

registrado oficialmente um ano depois.³⁷

A compreensão da síndrome, naquele momento, se sustentava na moral e nos bons costumes. Isto fica evidente nos relatos dos entrevistados, que demonstram as associações da síndrome às relações plurais – “a promiscuidade sexual” –, e ao homossexualismo masculino. A sociedade como um todo compartilhava desta compreensão, pois, conforme outro informante, em 1987 a AIDS “*era uma doença de homem. Inclusive muitas pessoas que eram bissexuais pararam de transar com homens e ficavam só com mulheres porque não tinha problema. . Eles discutiam isto. Que todo mundo que era bissexual parou. Por exemplo, fico com a minha mulher e acabou, não tem problema. Era assim.*”

No ano seguinte, 1988, conforme o que aparece em outro relato, a perspectiva era a mesma: “*Já se falava que era uma doença perigosíssima e se falava muito da questão sexual, da transmissão através do sexo. . É mais o homossexual. Na época era mais o homossexualismo, depois, as informações que eu tenho é que se dava pelo homossexualismo mesmo, porque do hetero era meio apagado.*”

Porém, a imprecisão sobre a doença ainda era a tônica neste ano. Pois, em 1988, “*tinha muita viagem em cima, muito mito em cima. Eu lembro de uma coisa que falavam. Interessante, eu lembro que falavam que o saco escrotal ficava grande, que a pele ficava escura, coisas deste gênero. Quer dizer, naquele momento não se sabia direito o que era AIDS, não havia informações, não aparecia nada.*” A população vivencia, com a AIDS, os mitos associados à sexualidade. Os exemplos citados são encontrados, em literaturas antigas, referindo-se a masturbação.

Mais recentemente, em 1991/92, as informações se tornam mais objetivas. Aparecem como causa, na compreensão da população, a transfusão de sangue e o uso de drogas injetáveis.³⁸

Os relatos dos informantes, em relação ao primeiro contato com informações sobre a AIDS, demonstram que a AIDS aparece no imaginário da população via a mídia, trazendo no seu bojo dois fortes vetores: a imprecisão do que é a doença, mas

³⁷ Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (dez/94-fev/95, p.13), em 1987 em Itajaí houve apenas 1 caso da doença, em 1988 foram registrados mais 4 casos, em 1989 são mais 14, em 1990 o número de novos registros sobe para 34 e em 1991 já há 73 novos casos.

³⁸ A transmissão vertical, contaminação de mãe para filho, é citada apenas por um dos informantes, especialista na doença.

com a forte conotação de morte associada e de uma morte rápida. Estas informações também serão marcadas pela universidade local que assume publicamente a existência da síndrome e refletirá nas suas análises as explicações que imperavam no país. A AIDS será, então, um problema gerado pela sexualidade promíscua e, principalmente, pela homossexualidade masculina. Também assumirá a forte conotação de pecado, pois o pároco foi o principal debatedor, o que mais falou, naquela noite na UNIVALI.

O desconhecimento, pontuando a imprecisão sobre a doença, continuará marcando aqueles que, gradativamente, irão descobrindo que a AIDS existe. Só mais recentemente é que há uma ampliação do saber da população sobre as formas de contaminação, retirando a exclusividade da transmissão por via sexual através da abrangência de outras vias de contágio.

Assim, é com uma carga extremamente restrita de conhecimentos sobre a síndrome e com uma compreensão sustentada na moral e ligada a analisadores como homossexualidade masculina, promiscuidade sexual e morte rápida, que a população da cidade vê a AIDS surgir em seu seio.

OS PRIMEIROS CONTATOS COM A AIDS NA CIDADE.

Neste tópico se descreve a primeira vez que a comunidade ouviu falar que a síndrome existia na cidade, que havia casos de doentes com AIDS em Itajaí.

Com relação a este aparecimento, os relatos demonstram que, à época, diminui sobremaneira aquele distanciamento da população à AIDS. As pessoas passam a ouvir falar da síndrome a partir de casos de pessoas de seu círculo de relações sociais portadores do vírus, já com a síndrome ou, e principalmente, falecido ou moribundo em função do vírus. Ou seja, não há, como nas primeiras informações, um falar distante, pois a AIDS passa a se imiscuir, enquanto idéia, no cotidiano do cidadão, no imaginário da cidade.

É assim que aparece, no relato de alguns entrevistados, o primeiro caso acontecido na cidade. É o caso de um indivíduo conhecido que, apesar de morar em uma cidade próxima (Balneário Camboriú), estudava e trabalhava em Itajaí. Esta pessoa falece em 1985, em Curitiba, e o seu grupo social somente vêm a saber do que se tratava com seu falecimento. Porém, mesmo com esta relativa proximidade (os relatos são de pessoas que partilhavam de seus espaços sociais), é a morte que os faz ter acesso à causa de seu afastamento e causa mortis.

A novidade da “doença” e uma grande indefinição no entendimento da mesma, são as marcas destes relatos. É pouco tempo após este evento que acontece o debate sobre o tema na universidade, acima citado. Em um destes relatos, a explicitação do desconhecimento é flagrante.

Já tinha a doença aqui. . Uma infecção ou um vírus no sangue. E, aí, o emagrecimento da pessoa, a perda de apetite. . É, é novidade. . Não era um câncer. Não se podia constatar que era um câncer, porque não era localizado. Porque o câncer é localizado. É cabeça, é pulmão, é fígado... Então, assim, não era um tipo de um câncer. Era uma infecção. Mas, a troco de quê? Infecção? Não tinha? E porque febre alta? Mais fácil

dizer que era um vírus que a pessoa adquiriu... Não se sabia o que era. Até que surgiu, assim, os outros . depois um debate.

Nos relatos referentes a esta época, observa-se claramente que havia este desconhecimento do que seja a síndrome, gerando o medo sobre o novo, um novo que mata. Estes relatos informam, também, a existência de outros casos conhecidos neste período, retirando da AIDS a característica de fenômeno isolado a apenas um caso. Ela aparece, na cidade, dando a idéia de uma sucessão de casos e sempre fatal, sempre com óbitos. Há, também, uma associação bastante forte entre AIDS e promiscuidade, elemento que possibilitava a base para o preconceito ao doente.

O que circulava entre a gente, é que só pegava quem era promiscuo. Sabe, as pessoas que gostavam de promiscuidade. A impressão que se tinha era esta. Todo mundo dizia, era assim. Acho que o preconceito maior se criou por isto. Se você pegasse AIDS era promiscuo, sem vergonha, vagabundo. Então, a gente sempre achava que a gente não ia pegar. Depois é que vem a confirmação de que não é assim, que se fica sabendo de gente que não era tão promiscuo assim e que se contaminou. Sabe, aí vem o medo. Ai as pessoas começaram a ficar com medo e a criar este preconceito. Inclusive entre nós mesmos, entre os homossexuais mesmo, começou isto aí. A coisa de criar um preconceito: aquela é muito vagabunda, muito puta, nem chega perto porque aquilo lá deve ter. Ou então, aquela lá, aquela lá emagreceu, nem chega perto. Tinha de ser gorda, senão... aquele lá tá com carimbo, pronto.

Na época da primeira notificação, já vai aparecendo uma característica forte de ligação ao homossexualismo masculino, bem enfatizada com o uso de uma expressão pejorativa: a “peste gay”. Já há, aqui, uma noção de grupo de risco, elemento que vai se cristalizando nos anos seguintes.

Após esta primeira notificação, o entendimento da síndrome sustenta-se cada vez mais na noção de grupos de risco. O segundo grupo deste tipo a aparecer é o grupo dos usuários de drogas injetáveis, que já é citado quando há referência a acontecimentos localizados em 1988.

Ah, que tinha na cidade, em 88, quando eu ainda morava em Florianópolis, eu trabalhava num jornal e já começou a aparecer. Comentava-se muito sobre Itajaí, já na época. Já comentava-se que Itajaí era o principal foco. Que foi aqui que começou, porque o pessoal tinha intercâmbio direto com o Rio de Janeiro, aí a doença veio através do porto, etc. . No início eles associavam a AIDS aos usuários de drogas e aos homossexuais. Só isso. aí, mas eles até generalizaram diziam que eram só esses os grupos de risco. As pessoas ficavam com medo. Começaram a se prevenir. As pessoas que usavam drogas começaram a usar seringas descartáveis e procuravam não se relacionar com o grupo de risco, até procuravam as vezes discriminar. Deixar de lado. ‘Opa aquele ali é portador do vírus’, já se ele chegasse num lugar e tomasse água naquele copo ninguém mais queria tomar. Não pegavam na mão do cara, desprezavam. Como se fosse assim um leproso, era horrível.

Assim, em 1988, além de uma ampliação do grupo de risco, se mantêm o desconhecimento e aparecerá a discriminação ao portador. Também, nos relatos referentes a este período, aparecem dois novos elementos no discurso. O primeiro é a disseminação da síndrome na cidade e o segundo a responsabilização do porto como porta de entrada para esta disseminação. Estes dois elementos permanecem no decorrer do tempo.

No ano seguinte, um novo fenômeno acontece na cidade: a AIDS como justificativa para esmolar nas ruas. Uma nova figura de pedinte transita pelas ruas de Itajaí. Ele se justifica, por estar pedindo esmolas, no fato de ter contraído o vírus HIV e solicita comida ou dinheiro para aquisição de remédios para seu tratamento. Frequentemente, este pedintes apresentam receituários médicos ou mesmo verbalizam nomes de remédios para combate ao vírus. Mesmo com dúvidas quanto à veracidade destas justificativas, as pessoas da comunidade tendem a ceder algum dinheiro. Alguns destes pedintes chegam a passar em determinadas casas regularmente, como expõe o relato a seguir. *Nem sei até se era verdade, mas ele vinha pedir ajuda para comprar o remédio que tinha que tomar. . Mês a mês, o rapaz aparecia para pedir.*

Esta tendência a contribuir, quando confrontada com outros relatos, deve ser entendida como parte de um desconhecimento da doença e, até, de um receio exacerbado frente à síndrome, e não como uma comunidade que se volta à má-sorte de alguns de seus membros. Pois, se assim fosse, a discriminação frente à AIDS com o afastamento do assumido portador, que a comunidade ainda mantêm naquele momento, seria francamente contraditória.

Em 1990, dentro de uma repartição pública ligada à saúde, o desconhecimento, a discriminação, o preconceito e o medo de nomear a síndrome, são ainda as reações mais fortes frente a uma pessoa soropositiva ao HIV.

Era uma coisa até meio escondida, não se citava o nome da doença, as pessoas tinham um pouco de receio em apresentar um documento e a gente ter que ler e tal. E a reação de quem lê e olha para o outro ali. A reação daquele, o funcionário pega e tal: SIDA. É tão bonitinha, mas olha o diagnóstico. E isso passava de mesa em mesa... Os funcionários atendiam com todo o cuidado e, depois, iam lavar as mãos e passar álcool. Coisas assim... Quer dizer... Vou pegar... Bem neurose mesmo.

Este desconhecimento, porém, já não é relativo à totalidade do processo da síndrome, pois um dos informantes afirma que conforme uma pesquisa efetuada nos pontos de ônibus e locais de tratamento de portadores, em 1992-93, que a ela teve acesso, afirma que a pesquisa demonstra que a população de Itajaí conhecia bem os procedimentos

de prevenção. *O principal dado que apareceu é que a população sabia . como se prevenir da AIDS. . É, usar camisinha, não compartilha seringa, etc. . As pessoas, em geral, sabiam como se prevenir, mas não sabiam o que era a AIDS.* Desconheciam a própria síndrome, ou seja o que realmente é esta doença chamada de AIDS e, assim, não se preveniam. Pelo simples fato de que não sabiam o que era A. I. D. S.. *Não sabiam do que se prevenir.* Ou seja, não sabiam como se dava a doença, quais os perigos que ela trazia e nem como era transmitida.

Então nesta época a população da cidade já conhecia os procedimentos de prevenção à AIDS, pois o governo federal já havia lançado campanhas de esclarecimento sobre as vias de contaminação da doença. Porém, estas campanhas enfatizavam mais a distância que se deveria ter dos doentes, associando a síndrome à morte, do que a busca de informações.

Tratava-se da campanha epitomizada pelo slogan 'se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar', que inundou os outdoors e canais de televisão no final do segundo semestre de 1991. . Esta campanha usou estratégias tradicionais de estabelecer corte entre os 'infectados-condenados' e os 'sãos-a-proteger' e não incluiu o que realmente de novo aconteceu com a AIDS – a participação ativa das pessoas vivendo com a doença, que se sentiram insultadas com a condenação à morte que todos os dias lhes era repetida na televisão ('eu tenho AIDS – não tenho cura!'). As ONGs não pouparam o governo de críticas, salientando a desinformação da campanha e a hipocrisia reinante – uma vez que o próprio governo não assegurava meios para tratar e prevenir a doença. (BASTOS et al, in PARKER et al, 1994, p.56).

Por passarem as informações fragmentadas, estas campanhas acabaram por gerar mais medo e mitificação do doente que a criação de comportamentos preventivos, como era de se esperar. A prevenção, portanto, ficou prejudicada, principalmente por não explicar do que se deveria prevenir. Como se espera que alguém se proteja de algo que desconhece?

Outro elemento importante desta pesquisa é o aparecimento ainda de “grupos de risco”, mas já com outros integrantes. *Basicamente drogados e prostitutas. Ah, muito forte. Homossexuais não aparecia muito. Não sei porque. Alguns relatos posteriores de homossexuais dão conta de que os primeiros casos de AIDS de homossexuais saiam mais da cidade para se tratar fora daqui.*

Outro relato, referente à mesma época, expõe o medo e a discriminação, ou a discriminação também ligada ao medo de se aproximar de um possível portador. *Em outros espaços, o que dava para perceber era medo. Uma certa aversão medrosa.*

Um técnico da área de saúde, ao relatar os primeiros casos conhecidos e sua atuação naquele momento, mostra o choque e a revolta pela conjuntura que propiciava a situação em que se encontrava a saúde. *Primeiro eu levei um choque. O que é que eu estou fazendo aqui? Porque eu entrei nessa? Eu acho que eu não tinha pena, eu tinha uma grande curiosidade. As vezes, até de querer bisbilhotar. Como é que acontecem as coisas? Como é que acontece...? Alguns casos me revoltavam. Até hoje.*

São as primeiras referências sobre uma preocupação do setor de saúde pública com relação à AIDS, pois já não era mais possível atuar nesta área sem notar a grande incidência da síndrome.

Em 1992, ocorreram 34 novas notificações, em 1993 mais 100 e em 1994 outras 54, totalizando, ao final daquele ano, 314 casos registrados na cidade desde o início das notificações³⁹. O relato de outro entrevistado demonstra isto com mais vigor. Ao ser inquirido sobre o primeiro caso de AIDS na cidade de que teve conhecimento, respondeu que não conseguia lembrar-se.

Foram tantos casos que a gente ficou sabendo. Desde o início da década de noventa que a gente foi tomando conhecimento, porque até então passava despercebido. Eu trabalhava nos postos de saúde em 93, 94, [...] No começo, o enfoque principal se referia à questão da promiscuidade sexual. Era sempre relacionado mais com a questão dos homossexuais. Este era o início, AIDS e homossexualidade masculina. Depois é que vai ganhando uma certa notoriedade esta questão da contaminação por transfusão de sangue e aí, mais recentemente, é que veio para a questão das drogas injetáveis, do compartilhar de seringas.

Observa-se que o olhar do profissional de saúde coloca a via de transmissão por uso de drogas injetáveis como algo recente. Na imprensa, os UDI's já vêm sendo incluídos desde 1987-88, conforme relatado acima. Esta é, além disso, a única referência à contaminação por transfusão de sangue contaminado dentre todos os depoimentos coletados.

Em 1995, o desconhecimento ainda é elemento referencial na compreensão do problema. Afirmações sobre este período ainda usam sentenças como *diziam que matava e era contagioso*. Ou de outro entrevistado que, após um longo período fora, passa a residir novamente na cidade, *foi em 95, aí a gente já sabe que tem um monte. Se ouvia muito falar. Aí, foi a primeira vez que conheci de perto. Neste caso eu não sabia o que fazer. A reação era de espanto. Ninguém sabia informar nada direito*. Observe-se que

³⁹ Conforme Ministério da Saúde, **AIDS: Boletim Epidemiológico**, dez/94-fev/95, p. 13.

aqui não são só os profissionais da saúde que entendem que há muitos contaminados na cidade, mas também os moradores assim o entendem. Mesmo com esta constatação, o isolamento imposto ao portador permanece, pois ainda *tinha gente que não queria chegar nem perto*.

Também em 1995, um relato demonstra desconhecimento não apenas em relação à síndrome, mas também em relação ao desenvolvimento da mesma. Busca uma reportagem que distancie o fenômeno da cidade e o faz transcendente a si. *Claro, claro foi aquela reportagem do porto.. Do Jornal Nacional, que Itajaí era o segundo maior depois de Santos. . a reportagem que eu vi tinha a coisa das donas de casa e caminhoneiros. Eram as duas classes mais afetadas na cidade. De Itajaí é isto, o pessoal da estrada e as donas de casa por causa de seus maridos*. Aqui aparece a televisão como divulgadora dos caminhos da síndrome ao cidadão, mas ainda restringindo a categorias bem específicas: caminhoneiros e suas esposas. São novas categorias, mas a maioria da população ainda se pensa imune à doença, basicamente por não pertencer às “categorias de risco” até então divulgadas.

As informações veiculadas até este momento restringem a síndrome a várias categorias, mas ainda entendidas pela comunidade como específicas: homossexuais, bissexuais, prostitutas, UDIs, caminhoneiros e suas esposas. Todas as categorias com fortes explicações associadas à noção de promiscuidade. Todos “moralmente culpados” por estarem contaminados, pois “eram promíscuos”.

A exceção se faz às esposas, entendidas como vítimas da irresponsabilidade do outro. Mesmo assim são incluídas na grande categoria de “grupos de risco”. Esta categorização acaba por negar o fato de que todos correm o risco de contrair a AIDS.

A mídia, com a simplificação dos dados epidemiológicos, gera na comunidade uma falsa idéia de segurança. Idéia que, corroborada pelo individualismo burguês, engendra um pensamento calcado sobre “os perigos do estrangeiro”, sendo este estrangeiro qualquer um que se diferencie – no tempo, no espaço ou no modo de ser. Isto caracteriza bem um comportamento da população: enquanto a AIDS não encontra o cidadão, seja este encontro sua própria soropositividade, seja a de um familiar ou alguém de seu círculo mais íntimo, continua a entendê-la como estando longe. A AIDS estará apenas nos “grupos de risco”, “ela somente vai afetar os outros” ou “ela nunca vai chegar ‘aos meus’”. Entendendo a síndrome como um fenômeno distante, ao qual somente me volto

como elemento componente de meu conjunto de conhecimentos gerais.

Este parece ser, evidentemente, uma espécie de mecanismo de defesa, na medida em que uma compreensão diferenciada, que levasse em consideração o perigo iminente das situações que estavam à porta, forçaria uma mudança muito grande de atitudes, de comportamentos e na própria vida dos cidadãos itajaienses.

Gradativamente, os cidadãos vão vendo sua cidade aparecer na televisão associada aos dados da AIDS. À medida que a síndrome os vai encontrando, uma modificação na forma de encará-la vai se mostrando nos depoimentos dos informantes, pois passa a aparecer uma maior proximidade com os casos relatados e, conseqüentemente, as “categorias de risco” vão a se ampliando. Mas a marca que a AIDS assume, quando aparece na cidade, é mesclada pela imprecisão do que é a doença, pelo aparecimento do pedinte com AIDS, com a forte conotação com a homossexualidade masculina, com a promiscuidade e com os UDIs, mas também pela distância preconceituosa imposta aos seus portadores.

OS PRIMEIROS CONTATOS COM PESSOAS COM AIDS

Até este momento, as falas sobre a AIDS eram mais genéricas e, apesar de se saber que a doença existia, a comunidade não tinha um contato mais direto. A doença existia, mas alhures. Sentia-a distante, apesar de saber que já existia na cidade. Agora, a AIDS já faz parte do cotidiano, os “aidéticos” são amigos, vizinhos, parentes do cidadão.

Assim, na busca de informações sobre se conhecia algum soropositivo ou “aidético”, tentando diagnosticar a proximidade ou não da doença, apenas o informante mais novo não relatou contato ou conhecimento de alguém que tivesse AIDS. Todos os outros relataram estes dois itens.

Destes, um terço não relata casos específicos, pois haviam conhecido muitas pessoas infectadas e as imagens dos diversos casos se confundiam. *Então, eu tenho, assim, na minha lembrança, imaginação, várias... figuras. Crianças que eu vi, pais de crianças com HIV positivo, de jovens, de colegas, de gente que a gente conheceu nestes anos.*

Mas a grande maioria, apesar de conhecer vários, se detiveram em um ou dois casos específicos, conseguindo fazer relatos bastante completos. Nestes relatos, grande parte dos entrevistados expuseram, além das descrições, suas próprias reações à proximidade da doença.

Em seu relato, referente a 1992, um dos informantes declara sua tranquilidade ao lidar com uma pessoa soropositiva, porém apenas enquanto não há manifestação aparente da síndrome. A partir do momento em que o mal se expõe, há dificuldades que não consegue transpor e, por isso, se culpa.

A primeira pessoa com AIDS, que conheci, foi em 92/3. Eu conheci uma pessoa que tinha AIDS, que contraiu possivelmente por causa das drogas.. Começou, então, a fi-

car complicada e veio para o consultório [de psicologia]. Eu a atendi uma ou duas vezes só. A mim me pareceu muito tranqüilo, ela estava extremamente saudável. Depois de um tempo, ela começa a ter um problema e desaparece. Doença, um sarcoma de kaposi. Ela desaparece, vai para a cidade natal. Quando ela voltou, acho que um ano depois, eu não consegui entrar muito em relação com ela. Ela estava muito branca, andava com dificuldade, e eu não consegui ser aquela pessoa que dá um abraço... Falei com ela rapidamente e ela desapareceu de novo. Mais tarde soube que ela morreu. Para mim foi muito tranqüilo, o primeiro processo. O segundo, quando a doença ficou muito visível, exposta, eu tive dificuldades. E, aí, me cobrei muito. Posteriormente, conheci outros casos, onde o processo foi muito mais tranqüilo. Com o caso desta primeira, desta minha paciente, eu acabei me trabalhando nas coisas. Ficou muito mais fácil para com os outros casos. Hoje é tranqüilo.

Nota-se que, enquanto a AIDS não se mostra concretamente, não há recuo por parte do entrevistado. Porém, a partir do momento em que ela se torna corporalmente visível, já não há mais condições de negá-la, o que acarreta dificuldades e o distanciamento – “eu não consegui ser aquela pessoa que dá um abraço” – e depois a própria mudança, a necessidade de mudar para enfrentar a realidade que lhe estava à frente.

Este afastamento é corroborado na continuação do relato, quando o entrevistado é inquirido sobre as dificuldades que ocasionaram seu afastamento. *“Quando ela voltou, que a doença ficou exposta, tive dificuldade para chegar perto. Eu não sabia direito o que falar. Quando a encontrei, as pessoas tentavam saber o que ela tinha, pois ela não contou para ninguém, porque ela tinha medo que as pessoas se afastassem dela. Coisa que acabei fazendo. Por isso me pressionei tanto.”*

A existência deste comportamento em relação aos portadores, o afastamento, já era, como é possível notar, notório em 1992-93. O próprio doente evita revelar-se como soropositivo sob o temor de ser afastado do convívio social.

Em 1995, a situação é a mesma, pois um entrevistado afirma que, com relação a um familiar, *“teve gente da própria família que não conseguiu chegar perto. Gente que não quis vê-lo. Da própria família. Gente que não sabia [sorri, enquanto faz o sinal de aspas com os dedos]. A mãe que não sabia se podia pegar na mão, uma série de mitos. Problemas que, gradativamente, as pessoas, algumas pessoas, foram ultrapassando. Outras não conseguiram.”*

Este relato demonstra algumas modificações, por parte da população, na medida em que algumas pessoas já conseguem lidar com a AIDS próxima, porém também demonstra a dificuldade expressa num ato simples como o “pegar na mão” ou tocar no doente. Afastamento expresso na distância em relação ao doente – “não conseguiu chegar

perto” ou “não quis vê-lo” –, mesmo sendo um familiar.

Evidentemente, estas posturas tem como consequência um isolamento social do portador com suas decorrências intrínsecas: a falta de perspectiva para a própria vida, a depressão e, não raro, um acentuado rebaixamento imunológico ou o suicídio.

Mas naquele dia [em 1997] ele tentou o suicídio. Eu sai da casa dele, quase meio dia, a uma hora da tarde quando cheguei no trabalho ele já tinha tentado o suicídio. A irmã dele chegou lá e ele já tinha cortado os pulsos. Ele estava muito abalado naquele dia, estava tão abalado, abalado. Ai eu disse à tarde eu volto aqui. Vai no médico à tarde, vê o que eles te dirão, eu volto aqui a tarde para a gente conversar. Ai dei um beijo nele, ele fervia em febre...ele morava sozinho . Foi o que eu te disse faltou estrutura psicológica.

Este isolamento social, que acompanha os portadores desde o início da síndrome, se junta à falta de perspectiva de vida. No caso acima é explicitado na tentativa de tirar a própria vida. O portador do vírus parece ser alguém, com raras exceções, condenado à solidão.

Um dos elementos deste afastamento é o antagonismo entre o sadio e o doente, entre o positivo e o negativo. Se estabelece a diferença, com a positividade ao lado de quem não sofre “o mal”. O doente, por definição, é o negativo. Esta negativização do doente facilita a apropriação de suas ações, de suas atitudes e comportamentos para explicar o fato de estar doente: de suas ações decorre seu “mal”, pois são elas que o levaram a esta situação. Ou seja, este estado de coisas é um “castigo” para seus erros.

Depois, eu tive um caso que, este sim, eu conheci muito. De um professor, . e que era homossexual. Morreu rapidamente. Eu lembro que a última vez que o vi foi na passagem de ano de 95 para 96. Muito magro, muito mal já. E logo depois ele morreu. Foi o caso mais próximo que eu tive, na verdade... Mas a sensação é de... é um misto de medo e pena. Medo é porque, acho, por toda a questão da possibilidade de que isto possa ficar mais forte, mais próximo. Chegou muito perto, chegou muito perto de pessoas de minhas relações. O medo, por exemplo, de uma série de pessoas, com quem eu lido que tem relações homossexuais... que essas pessoas possam... de repente, correr o mesmo risco... O medo de a quem isto possa vir a atingir, de repente, você nunca sabe. Filho, filha pode pegar.. Pena, por outro lado, por este lado todo. Você olhar para um sujeito, com todas as possibilidades de um futuro tranquilo . De repente, tem a vida tolhida por uma coisa para a qual ele não teve cuidados, na verdade . Um super professor... Com todas as possibilidades de uma vida... super tranqüila. Cortada, no momento do apogeu da vida dele, quer dizer, nos trinta e sete, trinta e oito anos. Onde começa a produzir. E sabendo dos outros também. Quer dizer, a pena muito de não ter solução para isso, de não ter tido informação suficiente para as pessoas se preservarem, apesar de todo o alarde que se fez da coisa. Que é muito a coisa das pessoas, ao mesmo tempo, fazendo alarde, não se tocarem. Deixarem, é com os outros, não é comigo... Em mim não... Acho que tem três reações. As duas que tive e uma terceira, que é a idéia do castigo.

Este mixer de medo da proximidade da doença e de pena de alguém, por estar contaminado, é estreitamente ligado a um entendimento da AIDS como um problema insolúvel. Em outras palavras, quando alguém está doente de AIDS, não poderá curar-se e fatalmente morrerá. O medo advém da dificuldade em assumir a postura de que a epidemia está no seio da comunidade. É uma tentativa de negar a doença como uma existência concreta, mas também é a aceitação de que ela já está próxima, pois é um amigo, um colega ou um parente que agora estão doentes. Em síntese, a AIDS está próxima e mata.

O terceiro pólo do conjunto de reações do entrevistado – a AIDS como castigo – é mais complexo. O pecado justifica a discriminação, pois a própria idéia de pecado pressupõe liberdade de escolha, se assim não fosse, a punição seria injusta. Na medida em que pecar, ou não pecar, é uma escolha e que quem peca burla leis divinas, o erro nesta escolha e, conseqüentemente, as punições daí advindas são socialmente aceitáveis.

Isto fica evidente no depoimento de outro entrevistado, quando relata que um simples boato ocorrido no prédio em que reside, noticiando que um dos moradores estava com AIDS, criou uma situação extremamente constrangedora. O morador, que supostamente estaria com AIDS, é usuário de drogas e a partir deste fato, que é de todos conhecido, estabeleceu-se a “verdade” de sua contaminação. Os outros moradores passaram a evitá-lo, tendo dificuldades, inclusive, para cruzar com ele no corredor do prédio, pois temiam a proximidade com a síndrome. *“Eles o evitavam como se, por estar caminhando no mesmo corredor, já se contaminassem”*. Este fato ocorreu recentemente, no segundo semestre de 1997. A doença vai fazendo parte, cada vez mais, do cotidiano das pessoas, vai ocupando os vários espaços sociais.

Outro relato, também de 1997, expõe este mesmo medo impondo a distância. Relatando o caso de um vizinho, um dos entrevistados afirma: *“Ele morreu velho. Acho que ele já tinha uns 70 anos. Era amigo de todos na rua, de frequentar a casa, e as pessoas ignoravam. Depois que souberam, teve gente que pediu para ele não aparecer mais em sua casa e nem passar em frente, na calçada”*.

Foi afastado das relações de vizinhança (antes *“frequentava todos os vizinhos”*) até que a doença se tornou pública, então foi ignorado, evitado e “obrigado” a se isolar. A discriminação faz com que muitos se voltem contra o doente, ignorando sua história e suas ações anteriores à doença, reduzindo o portador apenas à sua característica de

contaminado e, conseqüentemente, tornando-o alguém a quem se deve evitar.

Isto é produto da falta de informações efetivas sobre a AIDS, na medida em que estes elementos demonstram, no mínimo, ignorância sobre o tema, pois as relações sociais não são contagiosas e também porque afastar-se do doente não protege ninguém. É o tempo, o convívio que vai mostrando à comunidade que as pessoas, não tão promíscuas e nem tão pecadoras, vão aparecendo com a doença. Os cidadãos vão apreendendo que o tocar, o conversar, a relação social não contaminam. Um espaço de questionamento destas posturas aparece principalmente quando alguém mais próximo, alguém que se conhece melhor, aparece doente.

É o convívio com a própria síndrome que acaba por desmitificar a doença e seu portador, fazendo o papel que as instituições, governamentais ou não, deveriam fazer. Isto é bem demonstrado no relato a seguir, quando um dos entrevistados afirma que este problema já foi mais intenso e que, atualmente, registra uma melhora, pela própria convivência com os contaminados.

Creio que, se não fosse a disseminação, se não fosse o vizinho doente, o cunhado, o tio do primo do vizinho do não sei quem, que aí a informação roda, creio que as pessoas ainda teriam isto [mitos sobre a doença], porque acesso à informação não se tem. Quer dizer, como é uma pessoa com AIDS? Se você fosse pegar oficialmente, ou através de dados da imprensa, como é uma pessoa com AIDS? Ninguém sabe, porque isto não se expõe. Hoje não se expõe, antigamente muito menos.

Há que acrescentar, ainda, que ocorre com a AIDS, segundo vários informantes, o mesmo processo que ocorria com o câncer em nossa sociedade. Acrescentam que somente após ter algum doente próximo é que a realidade da doença é percebida, que o doente não é culpado por tê-la e que a relação não é geradora de contágio.

Ressalta-se, aqui, que todos as pessoas, cujos casos foram acima relatados, já faleceram. Isto pode ser plenamente justificado a partir do medo do isolamento social. Poucos se arriscam a se expor, dizendo-se portadores. Somente o fazem, às vezes até à própria família, quando estão em estágios terminais. Portanto, as pessoas acabam sabendo da situação dos soropositivos quando a doença já está em fase adiantada. Antes disso, é um movimento de proteção, de sobrevivência social, o segredo em torno do fato.

Porém, o fato AIDS também tem um componente de solidariedade. São ações isoladas de pessoas que assumem os cuidados ao doente solitário e/ou abandonado. São pessoas que se solidarizam com o portador, que não os discriminam, alimentando-os e cuidando. São sujeitos que, isoladamente, criam movimentos diferenciados na relação

sociedade/AIDS. *“Dependia das pessoas até para lhe comprar comida. . Foi uma mulher daquelas que tem bar, uma daqueles prostitutas. Vinha todo dia para cuidá-lo, para dar banho, para dar remédio. O pessoal comprava remédios para ele. Não tinha família aqui. Acho que a família nem sabe que ele morreu.”* Pessoas que, independente de profissão ou classe social, fazem com que o advento da síndrome seja menos desumano.

A proximidade da síndrome torna explícita as dificuldades em superar o medo da doença e do doente. Evitar o doente ainda é corrente, mas esta proximidade está gerando uma desmitificação no micro-espço das relações, possibilitando o repensar dos preconceitos propalados pela mass-mídia e uma maior humanização da doença.

A REPRESENTAÇÃO ORAL DA AIDS NA CIDADE

Para entender a AIDS na cidade de Itajaí, é necessário um debruçar-se sobre as práticas cotidianas e as lógicas de entendimento frente ao fenômeno. Estes elementos são proporcionados no levantamento dos relatos sobre a vida na cidade e nas análises efetuadas pelos informantes, em seus depoimentos.

O primeiro elemento que salta aos olhos, nestes depoimentos, é a discriminação aos soropositivos e aos que participam de grupos considerados de risco, ou que apresentam sinais identificados com a síndrome e/ou que supostamente a carregam. As principais ferramentas utilizadas para a boa prática discriminatória são, como é de se esperar, o afastamento do convívio social, os chistes, as chacotas e as fofocas sobre o discriminado. Estes três últimos elementos têm a função de, em última análise, levar ao primeiro, ou seja, os chistes, as chacotas e as fofocas levam, com frequência, também ao afastamento social, à “morte social”.

Um dos entrevistados, falando sobre possibilidades de modificações no trato da AIDS na cidade, expõe as dificuldades sociais, os comprometimentos em seus relacionamentos, advindas até da própria suposição de estar contaminado. *“Então, muita gente deixa, acredito eu, de ir [a locais específicos para a realização de exames pelo SUS e de atendimentos ambulatoriais aos infectados] para não ser identificado, para não comprometer familiares, para não comprometer os amigos, não ser separado do convívio. Pela desinformação que existe, quer queiramos ou não, muitos portadores de AIDS são*

separados do convívio social.” Se mostrar possivelmente “aidético” é comprometer-se. É comprometer, inclusive, amigos e familiares.

Há na cidade redes de controle informais sobre os “aidéticos”, gerando a socialização dos dados relativos aos possíveis portadores e dificultando, inclusive, a busca de orientações nos setores específicos para orientar sobre a doença. Isto acontece, possivelmente, pela própria necessidade de melhor entender o que se passa nesses espaços e de entender o que realmente é a doença.

Outro informante, que trata mais longamente do fato, revela mais nuances do problema.

Se você é visto conversando com um aidético, ou pseudo-aidético, os outros já suspeitam que você tem algum tipo de relação com ele e pode estar com ela também. As pessoas tem preconceito . e passam a transferir o preconceito para as pessoas que se relacionam com quem tem. Ter AIDS é uma desonra por si só. Quem se relaciona com quem é, com quem tem AIDS, pode ter. Então recebe o retorno do preconceito, da mesma forma. Daí o porque da solidariedade com o aidético ser tão pequena. É muito pequena. Porque as pessoas tem medo de serem vistas com aidéticos, porque pode dar a impressão de que sou solidário porque também tenho. Ela não se manifestou ainda, mas posso vir a ter, etc. e tal, que tenho relações perigosas nesse sentido, que vão colocar o grupo em risco ou coisa parecida. . A forma mais tranqüila de não ter contato é discriminando. Então, este é um aspecto. O outro aspecto, é de que você tendo contato com as pessoas sempre envolve algum tipo de afetividade. E as pessoas nunca conseguiram distinguir muito bem afetividade de sexualidade. E, imediatamente, suspeitam de que há algum tipo de relação... sexual, entre pessoas que se gostam, que mantêm uma relação de afetividade mais intensa ou coisa parecida. Então, se você é muito amigo de alguém que tem AIDS, as pessoas ficam de orelha em pé.

A solidariedade ao “doente” é dificultada pela pressão pública, pois esta identifica aqueles que convivem naturalmente, e respeitam, o suposto “aidético” como possíveis soropositivos que omitem a própria doença. Um relato de uma prática de bar expõe, em frases curtas e sistemáticas, este preconceito camuflado em “amizade”.

Aí começa a discriminação. Nós temos amigos que tem AIDS. Tu sabe que tem, eu sei que tenho. Mas em nosso círculo de amizades tem também aqueles que vem dizer ‘olha, cuidado, ela tem AIDS!’ . A gente sabe disso. Eu tenho uma amiga que tem AIDS. A gente sai, brinca e tudo. Ai, vem um outro e olha assim para ti: ‘tu estás te cuidando? Não toma no mesmo copo que ela!’ . Então, tem estas coisas. As pessoas mostram mesmo que tem discriminação.

A discriminação aparece no olhar e nas frases dirigidas a amigos de portadores. São pontuações que criam territórios de exclusão, que cotidianamente demarcam as fronteiras entre o aceitável e o discriminável, ao portador e a quem tenta viver naturalmente com estes. Lavar as mãos depois de tocar num soropositivo ou não beber no

mesmo copo, são falas recorrentes nos exemplos desta discriminação, que ocorre nos bastidores de quem se relaciona com os “marcados” como “aidéticos”. É o desconhecimento das formas de contaminação e, com ele, o medo se contaminar que possibilitam estas atitudes. Mas, acima de tudo, o que aparece no depoimento acima são os cortes pequenos, cirúrgicos porém sistemáticos, nas práticas mais básicas do relacionamento social: nos pequenos atos que demonstram a amizade, a afetividade, a confiança, o companheirismo...

Estas práticas micro-seccionais são eficientes formas de exclusão, pois impõem o encarceramento mais efetivo e mais definitivo: o decretado e mantido pelo próprio excluído, pelo próprio prisioneiro. “*Uma vez eu fui lá no posto de saúde e tinha uma mulher, afastada, que dizia para todo mundo que chegava ‘eu tenho AIDS, fiquem longe’.*”

Com relação às chacotas, uma cena em uma repartição pública pode bem revelar as dificuldades cotidianas de um indivíduo envolvido em uma das situações descritas.

Outra coisa que acontece lá, se relaciona às viúvas. Elas vão dar entrada no processo e, se for bonita, os atendentes ficam super ouriçados. ‘Ah! Uma menininha bonitinha’. E, aí, quando passa para a conferência, tem que conferir a causa da morte, tem que ver a causa mortis. E de repente, eu já vi isso, quando é um processo simples, eles fazem a conferência ainda com a pessoa ali. E faz aquele comentário em voz alta e em bom som. E a pessoa está ali. Imagine quando a gente não está, o que fazem, o que dizem.

O comentário alto e em bom som avisa aos companheiros que a viúva bonita teve um companheiro portador. O que, em síntese, quer dizer que não está disponível por ser “aidética” também.

A fofoca, por sua vez, aparentemente é a forma mais explícita de se falar da AIDS na cidade. “*Somente ao nível da fofoca. Só contando ‘Fulano tem!’, ‘Ciclano tem!’, ‘Beltrano também tem!’. ‘Ah, mas pegou porque é uma vagabunda!’ As conversas são nesse nível, e não sobre o que está realmente acontecendo, quais são as possibilidades... É só fofoca.*”

Também, o relato de uma cena em uma agência bancária corrobora concretamente com a citação acima.

Eu estava na fila do banco e uma mulher começou a conversar comigo. Ali, na fila do banco. Ela disse: ‘na fila desse banco aqui tem um cara que é portador do HIV. Eu sei, porque ele é amante da minha vizinha, que é portadora do HIV. O marido dela era caminhoneiro e era portador do vírus e passou para ela. Morreu o marido e ela ficou. Mas ela saiu, foi num bailão, conheceu um cara casado. Criou o vírus, passou para ele, porque não usou camisinha, e ele passou para a mulher. A mulher dele nem sabe ainda.’ Então... é difícil. É aquele círculo ali. E, de boca em boca, a coisa vai se espa-

lhando.

Estas formas de divulgar a identificação dos possíveis portadores do vírus, fazem com que os mesmos sejam vistos como diferentes negativos – como doentes ser estar doentes e como perigosos –, criando reações discriminatórias que dificultam a convivência social daqueles assim identificados. Estas reações estão intimamente ligadas ao preconceito sustentado inicialmente pelas teorias de que a AIDS era uma doença de homossexuais masculinos – a “peste gay” –, posteriormente à idéia de que era um problema dos “grupos de risco” e, finalmente, à noção de que se contamina quem tem “comportamentos de risco”. Estas formas de entender a síndrome, ou sua propagação, geram os comportamentos de caça aos “culpados”. “Culpados” estes que, via-de-regra, são aqueles que apresentam um comportamento social fora dos padrões pré-estabelecidos.

Inicialmente, os culpados eram os homossexuais, depois vieram os drogaditos, as pessoas com comportamentos sexuais promíscuos, etc. Um exemplo neste sentido é que, hoje, os ex-presidiários já começam a sofrer este tipo de discriminação: passam a ser discriminados porque um grande índice da população carcerária é constituída de soropositivos ao HIV. Passam a ser discriminados porque podem ser soropositivos. “*Porque AIDS e prisão é tudo a mesma coisa.*” Então as esposas de caminhoneiros, as esposas de ex-presidiários são entendidas como fazendo parte destes grupos.

A lista dos “culpados”, no caso de Itajaí, pode ser ampliada para os portuários em geral. Por dois motivos: a) a primeira cidade a ser publicamente designada, pela mídia, como “capital da AIDS” no país foi Santos, uma cidade portuária. A segunda é que Itajaí também tem porto. Logicamente, o fato de ter um porto, na compreensão da população, é pré-requisito para ter um índice elevado de AIDS; e b) os trabalhadores portuários, especialmente os marinheiros, são considerados promíscuos e descuidados. Portanto, são eles que “transportam” a AIDS para a cidade. É a responsabilização do “estrangeiro” pela disseminação.

O porto é o foco. Porque, na questão da AIDS, o porto de Itajaí é o principal culpado. O porto de Santos foi o primeiro que saiu na relação, foi o primeiro, no Brasil. Porque? Porto, zona portuária, é marinheiro, é estivador. É marinheiro, porque marinheiro viaja, fica aqui, fica quinze, vinte dias fora, no navio. Ai, quando vem, vem... seco para tirar o atraso. Ai encontra... vão no barzinho, pagam para ter relação...

Porém, como é possível notar acima, a discriminação tem um caráter de exclusão

social muito mais pelos comportamentos, pelas práticas, fora dos padrões sociais, fora dos padrões entendidos como corretos pela comunidade, do que propriamente pela sua soropositividade, independente se real ou suposta. Isto é claramente demonstrado pela fácil vinculação da síndrome a uma espécie de castigo dos céus: uma pena para punir os que caíram nas armadilhas da carne, um castigo para os pecadores da carne.

É a idéia do castigo. Acho que muitas pessoas acham que quem tem AIDS merece estar com AIDS, porque transgrediu. Quer dizer, eu acho que as pessoas tem muito esta coisa de que, quem pega, pega porque não é normal. Cai quase na coisa do castigo divino. Tipo assim: 'Também! Pudera, vivia com outro homem. Tinha que dar nisso!' De certa forma, as pessoas se livram de qualquer outro tipo de sentimento porque o cara sabia que estava correndo o risco e assumiu o risco, ou coisa parecida. E ficou com o castigo. E, mesmo quando não tem explicitamente o castigo divino, é algo como 'aprontou, levou'. . Principalmente, por exemplo, quando se trata de droga, isto fica mais forte. 'Ah! Sabia que a droga era ruim, mas vivia com droga. Também! Porque?!? Sabia que podia acontecer!'

No depoimento acima, fica clara a vinculação aos grupos ou comportamentos entendidos como de risco. As expressões “vivia com outro homem” e “vivia com droga” demonstram que os sujeitos, objetos destas frases, eram respectivamente um homossexual e um drogadito. Sujeitos que foram, convenientemente, punidos pelos seus “erros”. Esta vinculação fica mais clara no depoimento de outro informante.

Bom, que é que vou te dizer?... Na minha maneira de interpretar o que o pessoal comenta, reduziria ao seguinte: AIDS [escreve “AIDS” no papel à sua frente], droga [escreve “droga”], homossexualidade [escreve “homossexual”]. Mais nada. O pessoal, quando fala em AIDS, fala sutilmente aqui [cria uma seta entre as palavras AIDS e droga] ou aqui [cria outra seta entre AIDS e homossexual]. Droga ou homossexualismo. Então, boa parte do preconceito vem daqui e daqui [aponta para as palavras droga e homossexual, circulando-as com a caneta].

Neste sentido, uma inversão no processo de discriminação já pode ser sentida: o sujeito não é discriminado por ter AIDS, apesar de isto não raras vezes acontecer, mas porque a AIDS que ele carrega demonstra suas “culpas sociais”. Esta forma de culpabilizar as vítimas, de reduzir o problema da doença a grupos identificados pelas questões pessoais de conduta, fazem com que, conforme MEIRELLES, se tenha a “individualização da culpa” que “acaba explicando uma prática coletiva.” (in: VALLA & STOTZ, 1994, p.119). É uma das formas simplistas de se encarar problemas sociais, justificando-os de forma isolada. É dentro desta mesma lógica que:

Trata-se de acusar os pais de não motivar os seus filhos nos estudos para explicar um índice de fracasso escolar que frequentemente supera 50% dos alunos da 1ª série do 1º grau. Mas trata-se também de acusar o operário acidentado de não prestar atenção no

trabalho ou dos pais do filho desidratado de não oferecer os cuidados necessários à criança. Frequentemente, a culpabilização ganha contornos mais sofisticados, quando, por exemplo, são supervalorizados os problemas socioeconômicos da população, justificando assim os serviços precários. (MEIRELLES, in: VALLA & STOTZ, 1994, p.119).

A culpabilização as vítimas, também dificulta discussões e mobilizações sociais, pois simplifica e transforma os problemas ao singularizá-los, ao pô-los no nível do indivíduo, pessoal. É sob esta perspectiva que aparece a necessidade de se estar fisicamente bem, “saudável”. Somente assim não haverá o sofrimento da exclusão que esta culpabilização gera. *“Então, se a pessoa tem qualquer tipo de problema, emagreceu, perdeu cabelo, as pessoas imediatamente suspeitam que é AIDS. E fazem o quê? Se afastam e afastam os outros.”* Como a doença é principalmente identificada ao emagrecimento do indivíduo, esta ocorrência o inclui, a priori, no rol dos suspeitos de portar o HIV, até prova em contrário. Isto determina a necessidade de um certo cuidado com a aparência corporal, principalmente às pessoas que são enquadradas nas chamadas categorias de risco, para a boa convivência em uma cidade entendida como estando cheia de “aidéticos”.

Por outro lado, a mais simples alusão à possibilidade de alguém estar contaminado pode gerar reações enérgicas. Uma entrevistada, falando que os homens de suas relações não gostam de usar preservativo e discutindo a possibilidade da argumentação para que isto acontecesse, afirma, *“Na hora, na hora, dá um tapa na tua cara e vai embora: ‘por quem me tomas?’ será sua resposta. E ele te deixa, assim, naquela noite mesmo.”*

Outra informante, casada, diz que o marido *“pode sair, mas que deve se cuidar”*. Considera que, com a AIDS, os homens *“sossegaram mais”*. Porém, quanto ao preservativo, que ele não usa, *“eu até pensei, outro dia, em pedir para que ele usasse, pelo menos comigo. Mas achei que ficava chato. O que ele ia pensar? Podia ficar bravo, porque eu estaria desconfiando dele. Ai eu não fiz. A gente torce para que ele se cuide.”*

A mulher enfrenta o peso de uma cultura machista, que induz ao silêncio e à submissão. Deve optar entre o silenciar, colocando sua vida na mão do parceiro, e a possibilidade de ser rejeitada, como consequência da quebra do silêncio às tão aceitas mas pouco faladas relações extra-conjugais.⁴⁰

⁴⁰ Quanto ao uso de preservativos, os informantes afirmam que a sua categoria não usa, mas imaginam que alguma outra a utilize. Os jovens afirmam que seu grupo não usa, mas supõe que os mais velhos sim. Já os mais velhos dizem que eles não usam, mas que os mais novos devem usar. A maioria é cate-

Estes processos (de culpabilização, afastamento, silenciamento e rejeição) geraram na população um “não dito” sobre a síndrome, dificultando as formas de prevenção. Associado ao próprio sentimento de insegurança, devido à propagação da AIDS na cidade, outro processo de caráter defensivo surge: o ocultamento do fato.

Este ocultamento vem travestido de diversas formas. Uma delas é eminentemente discursiva, interna a uma lógica invertida, do tipo: “Eu não falo do que não existe. Portanto, não existe o que eu não falo”. Como se este ocultamento “magicamente” destruísse a doença. Como se, através da negação da existência da AIDS, ela se dissipasse ou se tornasse menos próxima do que vinha sendo até então. Buscando a eliminação do problema através da desresponsabilização, de cada um dos membros da sociedade, pela realidade posta. Uma lógica que afirma: “o que não existe não me atinge, então estou naturalmente protegido”. Por analogia, a AIDS deixa de ser real, “entendo-a como não existindo”. Isto justificará a não citação do nome da doença, porque, ao dizer AIDS, chama-se a própria atenção e a dos outros para a síndrome: a palavra AIDS designa somente a síndrome, as formas pejorativas nomeiam ocultando, desviando o foco da realidade e dirigindo-o para o ambíguo, para um mágico, para a distância “que não pode me tocar”, a distância segura.

Estas formas pejorativas de nomear a síndrome, dentro da lógica invertida, se dão pela não citação do nome do problema. São outros os nomes citados, são outros os termos usados, serão outros os problemas a serem enfrentados. Segundo um informante, *“no cotidiano se dá outros nomes, não se toca no assunto direto. Se usa ‘está carimbada’. Se usa muito hoje. Está ‘com o bicho’, está ‘bichada’. Pejorativo, mesmo.”*

Este modo de falar pejorativo, que funciona ao mesmo tempo para encobrir e para afastar o que está à frente, aparece também em outros relatos. *“É engraçado porque o bichinho ninguém quer ter. O que é isso! Eu achei que já tinha passado a coisa do bichinho da goiaba, mas vira e mexe eu ouço isso. Acho uma coisa tão idiota, mas... E de pessoas cultas, até.”* Ou, como no caso de um rapaz que disse a um dos entrevistados, *“sabe que eu estou preocupado, eu saí com uma menina, e me falaram que ela tinha o bichinho-da-goiaba.”*

Mas a lógica invertida também funciona de outra forma: pelo silêncio. É o não

górico ao afirmar que ninguém em seu meio usa preservativo e, quando usam, é somente até conhecer bem o parceiro, ou seja, até a relação se fixar.

falar sobre o assunto.

Eu acho, em primeiro lugar, que o grande problema reside justamente na falta de se falar sobre. E quando se fala sobre, se fala carregado de preconceito. Então, as pessoas que falam sobre o tema, geralmente, são as pessoas menos autorizadas a falar sobre, porque são as mais carregadas de preconceitos. Um preconceito com relação à sexualidade meeeesmo... das pessoas que montaram, na cabeça, um esquema em que a sexualidade é uma coisa restrita às quatro paredes de um quarto de um casal já casado, e que não deve sair daí sob hipótese nenhuma. O sexo até pode ter uma função de prazer, mas desde que dentro de uma relação estritamente conjugal. E de pessoas que vêem a questão do homossexualismo como doença, ou como mal, ou como coisa do demônio. A coisa da anormalidade mesmo, e não a coisa do diferente.

Este silêncio sobre a sexualidade e este silêncio sobre a síndrome, existentes na cidade, dificultam avanços nas práticas sociais referentes à doença. É este silêncio, que só é quebrado pela fofoca ou que deixa a AIDS inominável pelas formas pejorativas de se denominar a doença, que auxilia na manutenção de um modelo subjetivo e de uma estrutura social intactos e, portanto, arcaicos à situação existente. Porém, são formas existenciais seguras à maioria.

Ocultar-se o fenômeno para ocultar o arcaísmo de um modo de vida e, principalmente, para esconder suas próprias culpas e incompetência para lidar com um novo contexto, enquanto sociedade, e um imenso medo de uma situação ainda desconhecida. *“Em outros espaços, o que dava para perceber era medo, uma certa aversão medrosa. É o primeiro passo para criar um preconceito.”*

Esta é uma situação delicada para a população, pois se de um lado tenta ocultar, de outro ela sabe que *“está cheio, a cidade está cheia de AIDS. Casos para mais de metro. Escondidos. Segundo, a idéia de que a AIDS é um castigo e que mata.”* Ela sabe que, *“na realidade, falta se pensar a AIDS de uma forma diferente. Hoje se pensa a AIDS como alguma coisa que mata. É isto que se pensa aí fora. Apesar de que os teóricos ficam discutindo que não é, que não-sei-o-que, que os grupos de apoio não-sei-o-que, mas o que se pensa efetivamente aí fora é que a AIDS mata, que a AIDS é igual a morte.”*

A população associa fortemente a idéia da AIDS à morte e, assim, teme a doença. É claro que este temor, este medo, também gera imobilismo, mas os entrevistados afirmam que a grande responsável por esta situação é a própria Prefeitura Municipal, na medida em que *“o Prefeito negava que tinha AIDS aqui”*. Tecem comentários, ainda, sobre atos absurdos do Executivo, como a omissão de dados e a divulgação de informa-

ções distorcidas. Um dos argumentos que explicariam estas atitudes é que a divulgação dos dados prejudicaria o turismo da cidade: *“para não denegrir a imagem da cidade”*.

Isto também gera sentimentos de revolta, uma vez que, além de *“irresponsável”*, este ato é considerado um desrespeito para com a população. *“Tem que ter consciência, tem que assumir os dados, porque estão brincando com a vida das pessoas. Tem que pensar nas pessoas de fora também. Porque se você imprime esta imagem, as pessoas que vierem de fora não vão se cuidar também aqui”*.

Outro argumento é o de que *“a cultura da cidade é de extremo centralismo. Político, governamental e administrativo”*. O argumento se sustenta na forma como as instituições ligadas à AIDS na cidade se comportam: administrativamente centralizadas e isoladas. Um exemplo disso é a dificuldade de se conseguir dados para o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema. *“A pesquisa foi centralizada dentro da UNIVALI e foi fechada lá dentro. E meus amigos, que iam pesquisar AIDS, não conseguiam ter acesso a dados lá”*. Com relação à Prefeitura Municipal, *“boa parte do tempo, os dados da AIDS só eram do conhecimento dos secretários de saúde, do prefeito e da diretora do departamento que cuidava da questão epidemiológica da cidade, da secretaria. Então, eram três pessoas em linha. A diretora do departamento conhecia porque era ela que levantava os dados. Ela era subordinada ao secretário e o secretário ao prefeito. Só os três conheciam”*. E o hospital não poderia ser diferente.

Todo este empenho em evitar o enfrentamento da síndrome nos vários espectros institucionais auxiliou as compreensões que associam a AIDS ao estrangeiro e que, através dele, o fenômeno veio, e está permanentemente vindo, de fora do âmbito comunitário. O problema não está em seu seio, ou está somente como consequência. São os marceneiros, são as drogas, são os turistas, são os caminhoneiros, são *“as pessoas que vem se tratar na cidade porque a cidade tem o melhor tratamento”*, é sempre fora de si a causa do problema. Segundo um dos informantes, adolescente estudante do ginásio, *“a culpa é do porto, das pessoas que chegam, dos drogados.”*

Além disso, a população pensa a AIDS basicamente em termos de sexualidade. Na maioria absoluta dos relatos, as drogas são pouco citadas e a transfusão de sangue o é mais raramente ainda. À exceção de dois entrevistados, os informantes se detiveram, quase que na totalidade de cada depoimento, na discussão da sexualidade como forma de transmissão e como foco dos trabalhos de prevenção que conheciam.

Paradoxalmente, notou-se também dois outros fenômenos relacionados à síndrome: uma certa naturalidade por parte da população, em seu cotidiano, no trato com a AIDS e pessoas que se aproveitaram de todo este processo acima descrito para buscarem sua sobrevivência. Estes últimos são os mendigos, que passaram a solicitar esmolas justificando-se em sua soropositividade. *“Apareceu um pedinte, tem aparecido bastante. Tem aparecido bastante e até agora, no comecinho de janeiro, nós estávamos na esquina e apareceu um pedinte, geralmente por ali se conhece todo mundo. . Ai o dono do bar falou assim, ‘não, não, não tem problema. É um pedinte, novato, não faz mal a ninguém. Ele só pede a comidinha porque ele tem AIDS’ e fez um relato sobre ele.”*

Um outro morador que fica mais tempo em casa relata que: *“Ah, passa pelo menos uns 15 por dia. Ai eu vou selecionando. Ai eu vejo quando o cara chega, assim com uma carinha mais ou menos, assim, ou tá machucado, ai eu vou ajudar. Tem os fixos também . mas é o que mais tem. . Lá em casa é normal e, no caso da AIDS, é uma coisa que ninguém nega.”* Isto, na maioria das vezes, é feito para que o esmoler se retire o mais rápido possível: *“Tu queres se ver livre, porque queres ir embora, então é mais fácil dar do que questionar.”* Além destes três informantes, outros quatro citaram casos de pedintes que afirmam ter AIDS e que por isto estão esmolando.

A figura do esmoler contaminado é importante por dois motivos. O primeiro é a comprovação de que a síndrome é entendida, já naquele momento, como um “mal” ligado à população de baixa renda. O segundo motivo é que este entendimento, naquela figura, se confirma, reforçando aquela compreensão. Isto é, o pedinte demonstra, pela sua prática, que a comunidade associa a AIDS à baixa renda e, ao mesmo tempo, confirma para a comunidade que isto é verdadeiro. Assim, associada ao pedinte, a AIDS passa também a ser entendida como o fim da vida social, compreensão que ainda ocorre com frequência na cidade.

A comunidade tende a prestar auxílio a estes pedintes, reforçando a estratégia de usar a contaminação (ou suposta contaminação) como meio de conseguir recursos. Porém, aparentemente a comunidade auxilia, segundo os depoimentos de vários entrevistados, muito mais por medo ou para se livrar da abordagem do pedinte, do que por solidariedade àquele que sofre, pois no início da década de noventa ainda é muito forte o receio do contato com os portadores: o simples toque em um soropositivo poderia, no imaginário popular, proporcionar a contaminação. A ignorância com relação à AIDS

ainda é grande.

No caso da naturalização da AIDS, o depoimento de um dos informantes é esclarecedor. *“Eu diria que a AIDS já foi mais falada, na cidade, do que hoje. Hoje é uma espécie de... se tornou corriqueiro. Não é algo diferente, não precisa ser muito falado: daí, todo mundo sabe. Ela se naturalizou. Se naturalizou demais até. E acho que isto é um problema. É um problema porque as pessoas não se preocupam mais com a AIDS. Virou um problema porque as pessoas não se preocupam mais com isso.”* Corroborado por outro informante: *“despreocupados, sabe bem despreocupados: ‘AIDS não acontece comigo’.”*

Quanto às mudanças ocorridas no que se entende sobre a síndrome, do início até hoje, houve pouquíssimas mudanças na mentalidade da população itajaiense, segundo a maioria dos entrevistados. Apenas um dos informantes afirmou que houve mudanças, porém apenas em *“feudos esclarecidos”*.

Porém, o que se observa é que novos analisadores vão se incluindo nos falares da comunidade. Nos discursos, algumas modificações, ainda fortemente discriminatórias, foram embutidas. Junto à aceitação de que há muitos portadores na cidade – sem dúvida um avanço –, vieram formas mais elaboradas e sutis de afastamento, práticas micro-seccionais que criam e mantêm a distância, pontuando o preconceito e a discriminação. A distância ainda é escolhida como forma de enfrentar o problema, dificultando, inclusive, que a solidariedade aflore e que a amizade seja mantida. A tônica dos discursos ainda é a morte e o diferente, o “estrangeiro” que traz a doença que mata.

Vários vetores demonstram estas modificações sutis que a síndrome tem gerado. Um deles é a naturalização: a AIDS vai se tornando um problema comum, corriqueiro, e gradativamente vai ocupando os espaços cotidianos, junto a outros flagelos como a tuberculose. A notícia de que alguém está contaminado passa despercebido, pois já é fato aceito e que, pouco a pouco, vai se tornando comum. Tão comum que falar que alguém está doente vira fofoca, a grande prática do falar sobre a doença, que delata os doentes ou possíveis doentes, confirmando sua existência real e próxima. Mas o lugar que a doença ocupa também é o lugar do inominável, fazendo dela um mito que aparece principalmente nas expressões pejorativas.

Há uma aceitação, por parte da população, da grande incidência na cidade, mas escondidos. A própria delação pode ser derivada desta compreensão, na qual a comuni-

dade busca conhecer quem são e onde estão os contaminados, pois nota a existência de um processo de ocultamento do problema até que seja possível: as pessoas tendem a assumir a doença apenas quando não é mais possível negá-la.

Assim, gradativamente vão sendo ampliadas as “categorias de risco”. Passam a fazer parte destas categorias os presidiários, os caminhoneiros e os portuários, juntamente com suas esposas. Mas ainda se mantém uma forte associação com a idéia de promiscuidade e explicações, para o fenômeno, que culpam o “estrangeiro”.

A tendência de culpabilização é uma das formas do cidadão se excluir do problema, pois, mesmo com a ampliação das “categorias de risco”, estas não chegam ao cidadão. Através desta lógica ele se exime do risco e da responsabilidade.

A AIDS NA COMUNIDADE

O início desta história é semelhante ao de outras dezenas ou centenas de municípios brasileiros. As primeiras informações sobre a síndrome se referem a uma doença misteriosa, imprecisa e que rapidamente leva o doente à morte e como qualquer nova doença que mata, gera medo. Mas também, a doença estaria fortemente associada à sexualidade, sendo o homossexualismo masculino sua principal causa, então o medo será focado a esta categoria e conseqüentemente por analogia é dela que se deve afastar. Nisto Itajaí não se diferenciou do restante do país, que assumiu a AIDS, inicialmente, como uma doença exclusiva deste grupo e, como já faziam os norte-americanos, limitou a contaminação ao grupo de homossexuais.

A primeira tentativa genuína de entender a AIDS, na cidade, ocorre a partir de uma iniciativa da UNIVALI. É ela que promove o primeiro debate, em 1986, visando entender suas causas, seu desenvolvimento e suas possíveis conseqüências.

Com o debate, a universidade assume publicamente a existência da nova doença em Itajaí, algo que não havia sucedido até então, pois há AIDS, para a comunidade e os poderes constituídos, somente fora de seus limites. É também com este debate que a universidade assume um papel social frente à síndrome, na medida em que abriu a discussão sobre este tema. Porém, além de demonstrar a necessidade de se entender a AIDS, a universidade, acabou por reforçar a noção discriminatória que a síndrome teve desde o seu início, quando convida, entre os debatedores, um representante da Igreja Católica, tradi-

cionalmente conservadora frente a assuntos que se referem à sexualidade. A universidade acabou por reforçar a visão conservadora já existente na comunidade. Este elemento fica ainda mais explícito quando, a partir dos relatos da época efetuados pelos entrevistados, nota-se que o pároco foi a principal voz da mesa de debate.

Segundo os relatos, o sociólogo optou por discutir a carência educacional do país, tornando um tanto vaga sua reflexão sobre a AIDS. Esta atitude acabou por lançar mais luz à posição da Igreja. Ainda mais que os outros dois debatedores, um médico e uma enfermeira, optaram por discursos centrados na medicina, elaborando reflexões eminentemente técnicas. Sabe-se que este tipo de pronunciamento, de uma certa maneira, retira o sujeito da fala, tornando-a impessoal e, portanto, descompromissada, tanto com relação a quem fala quanto com relação a quem ouve.

Sem uma empatia com o discurso médico (ou técnico) e necessitando de uma concretude frente ao problema, o que o discurso do sociólogo não possibilitou, a plateia tendeu ao discurso do religioso.

Assim, o discurso do pároco, de cunho eminentemente conservador, foi o evento da noite. E a AIDS não vem à tona como um problema de saúde pública, e sim como um pecado, pois ela, que já se sabia ter outras formas de contaminação, teve seu meio de contágio ligado apenas à sexualidade “desviante” e, portanto, seus portadores associados à promiscuidade, ao abuso de relações plurais, associadas ao bissexualismo ou ao homossexualismo. Quando o esperado da universidade era um movimento de esclarecimento de mitos e a promoção de compreensões mais ligadas à prática científica, o que aparece é uma compreensão simplista, pouco mais que um senso comum bem argumentado, resumindo a questão ao controle do desejo sexual e propondo a monogamia e, em última instância, o celibato para solucionar o problema da AIDS.

Evidentemente, este conservadorismo das propostas, além de reforçar o caráter “misterioso” que a doença possuía à época, reduz a contaminação a um “castigo divino” devido aos pecados cometidos anteriormente pelos soropositivos. O problema da AIDS era o resultado da forma “errada”, liberal, promíscua, que estes haviam vivido sua sexualidade. Em outras palavras, a AIDS era consequência da imoralidade dos costumes. O problema da AIDS era um problema moral.

Esta compreensão moral do problema se ampliou também aos outros grupos que posteriormente surgiram como “grupos de risco”, como as mulheres (definidas como

prostitutas) e os usuários de drogas injetáveis. Auxiliou também na manutenção e, inclusive, no aumento do preconceito, tanto em relação à síndrome quanto em relação aos seus portadores, mantendo um distanciamento social, pois a restringiu a grupos já marginalizados pela comunidade.

Em suma, a AIDS já aparece no cotidiano da cidade associada à transgressão das normas, à quebra das regras. Ela é, para a comunidade, algo assustador, muito mais ligado aos desvios da carne, àquilo que não deve ser nem mencionado, ao obscuro, às práticas da noite, aos porões, aos prostíbulos, ao dissimulado, ao escondido... ao lembrado e imediatamente esquecido.

A AIDS, portanto, não é algo de que devem empenhar-se as autoridades, o serviço público ou mesmo a população. A AIDS não é um problema de saúde, é um problema de confessorário e/ou de polícia: ela é uma doença moral.

Esta visão preconceituosa e simplista tornou as soluções, num primeiro momento, também simplistas. Como viver apenas relações heterossexuais, em detrimento da bissexualidade ou da homossexualidade, para a resolução do problema. Ou uma monogamia a partir do casamento tradicional para muitos jovens solteiros ou mesmo para muitos que não mais acreditavam nesta prática⁴¹.

Além disso, uma cultura de extrema centralização de poder, e a conseqüente fidelidade ingênua da população nos vários espaços sociais, gerou um conjunto de atitudes sociais, de base individualista, em que as pessoas preferem delegar o poder e dele se queixar, se desresponsabilizando dos problemas. As contradições que porventura aparecem são sempre exceções à regra, pois no todo tudo vai muito bem. A AIDS encontra aí uma base que possibilita e incentiva seu crescimento, na medida em que a delegação de poder e o ocultamento dos problemas proporcionam formas para a comunidade continuar nesta ilusão, na ilusão de que tudo vai bem e que um dia alguém fará algo que ela própria não se habilita a fazer.

Associada à ética individualista, já incorporada pela população antes do evento da síndrome, a compreensão moral gerou um movimento de exclusão social bastante vigoroso. Este movimento se sustentava exatamente na atitude do não querer ver, não

⁴¹ Tanto que o casamento tradicional para muitos jovens solteiros foi a grande saída para "driblar" a síndrome, além de não sentir o peso do preconceito pelas questões de sua sexualidade, que poderia ser promíscua ou misteriosa demais, foi uma das saídas para continuar a viver a sexualidade dentro da nova conjuntura.

querer saber e não querer lembrar, acima citada. Era a discriminação em sua forma mais dura: a discriminação pela morte social.

Estes processos discriminatórios puderam ser verificados até mesmo entre os próprios grupos de homossexuais. Nesses grupos, outra solução simplista foi utilizada. Na medida em que a AIDS era um problema de promiscuidade, e ela foi reduzida a isto nesse espaço social, a soropositividade era a constatação (ou sinal) de uma vida sexual agitada, promíscua, e o recato a solução.

Assim, apesar de haver casos relatados desde 1985, a proximidade à doença não provocou, devido ao simplismo moralista dos discursos, mudanças significativas na compreensão da AIDS. Estas características dos discursos, aliadas à ignorância quanto às formas e desenvolvimento da doença, tornavam possível o enquadramento de qualquer portador a uma das explicações em pauta. A sexualidade de cada um, enquanto questão de foro íntimo e portanto desconhecida para os outros, possibilitava aventar qualquer causa a qualquer portador que aparecesse. Possibilitava qualquer explicação para o fato da soropositividade de outrém.

Evidentemente, todas estas lógicas, estas formas de compreender o problema, tiveram como consequência imediata comportamentos de não prevenção, pois a grande maioria da população não se incluía nestas categorias.

Com o correr do tempo, as notificações oficiais da cidade vão demonstrando que a AIDS vai perdendo espaço entre os homossexuais. Eles vão sendo, gradativamente, substituídos pelos usuários de drogas injetáveis que é apresentado para a comunidade inicialmente pela mídia estadual. É a imprensa a maior divulgadora da grande incidência da síndrome na cidade.

Quando a comunidade fala dos casos conhecidos é que fica visível o afastamento que ao doente é imposto. Com isto, os doentes evitam expor sua soropositividade, inclusive aos familiares. Misturado entre o medo da doença, a pena pelo doente e as explicações de culpa ou de castigo o doente vai vivendo isolado, vai vivendo uma morte social, que culmina, às vezes, na tentativa de suicídio

Com o aumento do número de contaminados, o cidadão nota que a incidência na cidade é alta e que isto é escondido pelas autoridades responsáveis. O medo inicial, gradativamente, vai se transformando em uma sensação de naturalidade frente à doença. Pela sua constância, do alarde inicial vai virando algo comum, sem muito interesse, con-

sequentemente sem muitos cuidados e, assim, não mobilizando a comunidade no seu combate.

O aumento de casos gera dois fenômenos diferentes e interligados. Se, por um lado, este crescimento trouxe consigo uma certa **naturalização** da doença, por outro trouxe uma atitude ambígua, ou confusa, da comunidade frente ao doente. A naturalização acontece devido ao fato de que a AIDS se aproxima das pessoas. O vizinho, o parente, o conhecido, de um momento para outro aparece, ou se mostra, contaminado. Esta proximidade dos casos, ao cidadão comum, torna a síndrome corriqueira, algo que merece pouco interesse.

Mas, sua característica de gerar preconceito a torna, ao mesmo tempo, elemento importante nos comentários sobre os outros: a popular fofoca. A atitude continua, porém, a de manter distância de qualquer coisa que se ligue à doença.

A despeito da existência dos pedintes que alegam a contaminação para esmolar, a soropositividade ao HIV ainda é muito camuflada. A comunidade, e não raro a própria família do doente, freqüentemente somente tem conhecimento do “mal” quando há óbito ou o paciente já está em fase terminal. A participação da comunidade é distanciada, muito mais ligada a comentários sobre falas e gestos do doente ou da família, sobre as dores e doenças associadas ao vírus, dos comportamentos de quem estava próximo, etc. Todos participam à distância, tudo ocorre de forma indireta, o parente conta para a amiga, que repassa ao conhecido, evitando sempre o contato direto. É como se fosse a novela das oito, que ninguém quer perder, mas que também não atinge diretamente: a AIDS é a doença do outro. Cria-se uma distância como se o outro fosse algo que não convivesse no mesmo mundo que a maioria e como se o outro nunca pudesse ser eu mesmo.

Quando o doente falece, há uma comoção generalizada por ele, que sofreu tanto, e pela família, que teve que suportar vê-lo sofrendo e ainda cuidá-lo nesta hora difícil. Mas, por outro lado, a família, se sofreu muito a perda, agora se livra de um peso, uma marca, pois o doente teve descanso e ela também agora o terá. Morte a morte o processo se repete. Os mesmos comentários sobre a doença. Alguns mais preconceituosos discutindo a vida pessoal do indivíduo, mas passando como um filme onde tudo parece ser tão distante. Quase ninguém se interessa em conhecer a doença, quais seus sintomas ou como tratá-la.

Há pouca exposição de dúvidas. É possível até falar sobre a AIDS, mas são rela-

tos descritivos, distantes, quase impessoais, tendo quase sempre uma conotação mais de fofoca do que a discussão para adquirir um conhecimento. Outra característica destas alusões à doença é a não utilização do nome. Ela aparece mais como “a maldita”, “o bichinho da goiaba” ou simplesmente por um silêncio (“fulano tem”, “falaram que ele está”, etc.). Há também a referência a uma marca no indivíduo: ele está “carimbado” ou “bichado”. A distância pretendida é tão grande que há uma eliminação até do nome da síndrome.

Na realidade, apesar de aparentar uma preocupação com a família e com o soropositivo, não se nota a criação de futuros possíveis, por parte da comunidade, ao doente. O que parece acontecer é efetivamente a divulgação de um veredicto de morte. Este veredicto acompanha outro: o da morte social. Se o paciente está à morte, nada mais há a fazer do que deixá-lo morrer. E deixá-lo morrer é, de fato, deixá-lo só.

V. A ATUAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL

A atuação da Prefeitura Municipal de Itajaí é, a seguir, relatada e analisada. Porém, o relato e a análise são efetuados somente no período iniciado em 1992, pois se sustentam basicamente nas informações contidas no Jornal Diário da Cidade⁴². Apesar de, oficialmente, a síndrome se instalar na cidade já em 1987, as ações da Prefeitura Municipal de Itajaí será descrita com base no DdC, fundado apenas no início de 1992. Porém, o estudo a partir das informações publicadas neste jornal mostrou-se extremamente relevante devido à pressão política que, no período, aumenta consideravelmente. Os índices sempre crescentes de contaminação da AIDS na cidade levaram o problema às páginas de jornais e revistas de circulação estadual e nacional, gerando na população uma preocupação maior com o problema e, em alguns extratos da comunidade, preocupações com relação a futuras complicações econômicas para a cidade, como uma possível diminuição do fluxo turístico por exemplo.

Para se compreender melhor a política local, primeiramente será efetuado um breve relato das forças políticas que movem a cidade. Facilmente, pode-se observar a repetição de nomes nas disputas eleitorais, tanto ao Executivo Municipal quanto à Assembleia Legislativa do Estado, o que demonstra um forte centralismo político na cidade.

Como o primeiro caso oficialmente notificado de AIDS, em Itajaí, ocorre em 1987, é a partir daquele ano que se inicia esta pequena história dos processos eletivos de Itajaí. Naquele ano, era Prefeito Municipal Arnaldo Schmidt Júnior (PMDB), que havia sido eleito em 1982 e teve sua gestão prorrogada, como todos os prefeitos do país daquele período, até 1988. Naquela eleição, ele concorreu com Volnei Morastoni (PT), que elege-se vereador em 1988 e em 1992. Também era candidato a prefeito, em 1982, Paulo Ternes (PDT), contra o qual Arnaldo Schmidt Júnior concorre novamente na eleição ao executivo municipal em 1992.

Em 1988, é eleito prefeito de Itajaí João Omar Macagnan (PMDB). Seu principal opositor era Frederico Olíndio de Souza, que já havia sido chefe do executivo municipal

⁴² O jornal foi fundado em 14/01/92.

na gestão 1973-77. João Omar Macagnan foi eleito com o apoio de Arnaldo Schmidt e durante seu mandato, por razões que não vieram a público, este apoio foi retirado. Ao final do mandato, sem espaço no PMDB, João Omar Macagnan migra para o PFL.

As eleições para a deputação estadual de 1990 vão colocar, mais uma vez, frente a frente Arnaldo Schmidt (eleito) e Volnei Morastoni (não eleito). Também concorre, e se elege, nesta eleição Noemi Cruz (PMDB).

Nas eleições municipais de 1992, concorrem ao cargo de prefeito Arnaldo Schmidt, Jandir Bellini (PDS) e Paulo Ternes (com o apoio do PT), elegendo-se o primeiro.

Em 1994, Jandir Bellini e Volnei Morastoni concorrem, e são eleitos, à deputação estadual. Nesta eleição, também concorrem, sem se eleger, Noemi Cruz e Nélvio Silva (PMDB), este último com apoio integral do então prefeito Arnaldo Schmidt e integrante de seu grupo de colaboradores e aliados.

Jandir Bellini e Volnei Morastoni voltam a disputar uma eleição em 1996. É a disputa para a sucessão de Arnaldo Schmidt. Bellini elege-se trazendo, como vice em sua chapa, João Omar Macagnan, ex-prefeito pelo PMDB e agora no PFL. Arnaldo Schmidt apoia João Roberto Schmidt (PMDB), seu primo e colaborador.

Nota-se, nesta breve história dos processos eletivos da cidade, que a síndrome aparece oficialmente, então, no final do primeiro mandato de Arnaldo Schmidt à frente do Executivo Municipal. Sucederam-lhe, no cargo, João Omar Macagnan e Jandir Bellini. Entre os mandatos destes, Arnaldo Schmidt cumpriu um segundo mandato. Nestes 10 anos de AIDS na cidade, apenas no último ano é que o PMDB não esteve no comando da política municipal relativa à síndrome.

Para se entender a atual sociedade de controle se faz necessário analisar os discursos que constroem os saberes de uma localidade. Discursos múltiplos, porém permeados por um cordão lógico que os unifica e os torna instrumentos de estratégias, de movimentos, em direção a fins propostos. A AIDS em Itajaí, será fortemente marcada pela política local e pelos discursos que sobre ela foram veiculados.

Apesar da primeira notificação de AIDS ter sido já em 1987, uma análise mais atenta à atuação da Prefeitura Municipal de Itajaí – PMI demonstra que, durante o ano de 1992, esta não é ainda tratada como um problema de saúde pública pelo executivo municipal. Nota-se, no levantamento das notícias daquele ano, no DdC, que não há um

posicionamento claro da PMI frente à síndrome.

Esta postura indica ao menos duas hipóteses possíveis para este fato: ou o executivo municipal daquele período não considerava a AIDS como um problema social a que devesse prestar mais atenção, ou tentava, como o governo do período subsequente, esconder o problema em função de interesses políticos. Há que se ressaltar que o ano de 1992 é ano eleitoral e último ano daquela gestão.

O jornal possibilita uma visão geral dos temas mais relevantes na cidade e, neste sentido, também esboça outras vozes emergentes na comunidade, além das já consolidadas. Se, com relação à AIDS, o DdC assume uma postura de denúncia sobre o que vem acontecendo, pressupõe-se que já há um movimento frente à síndrome.

Naquele ano, além de noticiar os fatos corriqueiros ligados à síndrome, o DdC, na coluna “Comentadas”, publica uma série de notas denunciando o descaso da prefeitura em relação ao aumento da incidência da AIDS na cidade e a falta de providências pelo poder público municipal.

A primeira destas notas, publicada na edição de 23/01/92 e intitulada “*Aidéticos*”, afirma que “*médicos e enfermeiras, de Itajai, iniciam movimentação visando chamar a atenção das autoridades da Saúde para o grave problema da AIDS neste município. Eles não se conformam que o assunto continue sendo tratado de maneira tão displicente e, a partir de agora, querem providências mais concretas e a definição de uma estratégia de ação para o enfrentamento do mal*”.⁴³ (na íntegra). Esta nota já demonstra uma pressão, por parte da comunidade, para que se tome providências com relação às questões referentes ao problema.

Outra nota, publicada em novembro, também exemplifica esta postura de denúncias assumida pelo jornal. A polêmica sobre a propagação da AIDS em Itajai, ganhou espaço nos jornais estaduais.

Um dos problemas da área de saúde em Itajai é justamente a omissão no que se refere ao controle da propagação da AIDS. [...] A crítica em relação à atitude omissa no controle da propagação da AIDS, em Itajai, não partiu somente dos médicos do ‘Marieta’, mas também da imprensa. Recentemente, o repórter de um grande jornal estadual com sucursal em Itajai, reclamou que para produzir uma matéria especial sobre a AIDS, teve de recorrer a Florianópolis, pois a Secretaria Municipal de Saúde de Itajai sonegou informações, principalmente ao que se refere a dados estatísticos sobre o HIV neste município. Tapar o sol com a peneira é a forma acintosa de se esquivar da

⁴³ DdC, 23/01/92, ed. 008, p. 02.

*responsabilidade.*⁴⁴

Apesar de questionar o sistema de saúde e expor o problema da síndrome, o jornal tende a eximir o prefeito e a culpar seus assessores. Segundo o DdC, o crescimento do número de casos de hanseníase e de AIDS (*“de forma assustadora”*), além das filas e do mau atendimento nos postos de saúde associados à rejeição aos médicos pela clientela, devido a *“indelicadezas e comportamento autoritário”*, demonstram a culpa do prefeito apenas por *“delegar poderes ao atual secretário e seus assessores”*. Pelo conteúdo da nota, o prefeito não conhece o que acontece na área de saúde do município, pois acredita nos *“relatórios fantasiosos de uma cúpula dirigente que se enclausurou nas modernas sofisticadas instalações da sede da secretaria.”*⁴⁵

O primeiro conjunto de ações, específico à doença, foi desenvolvido no dia mundial de combate à AIDS, primeiro de dezembro de 1992. As ações anteriores invariavelmente traziam a AIDS junto a outros males sobre os quais se desejava atingir, como o cólera, a hanseníase e outros. Neste evento a então Diretora do Departamento de Epidemiologia⁴⁶, anuncia uma pesquisa para definir, com clareza, o número de pessoas infectadas pelo vírus e, também, o quadro sócio-econômico e cultural predominante desta população. Isto seria uma forma de detectar *“os principais grupos de risco na cidade”*. Afirma ainda que há 800 casos registrados oficialmente, dos quais 170 com a doença já desenvolvida.

Segundo a Diretora, *“conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a projeção para o avanço da doença é de 100 pessoas para cada uma que desenvolveu a doença, e de 10 pessoas para cada uma que possui o vírus oficialmente notificados. Tal projeção apresentaria em Itajaí um total aproximado de 20 mil pessoas que possui o vírus, cerca de 17% da população”*.

Porém, ela explica ainda que a projeção da OMS não leva em consideração o fato de que, em Itajaí, 70% das pessoas infectadas pelo HIV são usuários de drogas. *“Não há estudos específicos de que 17% da população da cidade são usuários de drogas. Por isso acreditamos que o número de infectados na cidade é bem inferior aos 17%.”*⁴⁷

⁴⁴ DdC, 7/11/92, ed. 210, p.02.

⁴⁵ DdC, 7/04/92, ed. 060, p.02.

⁴⁶ A diretora é Ivone Lúcia Moreno, que apesar das várias trocas de secretário de saúde e uma de prefeito, se manteve no cargo de 1988 até o final de 1996.

⁴⁷ DdC, 1/12/92, ed. 226, p. 08.

Nota-se que a lógica exposta é um tanto estranha: se o número de pessoas infectadas que são, ao mesmo tempo, usuários de drogas injetáveis (e que não necessariamente, segundo a entrevista, infectaram-se nesta atividade) é proporcionalmente 70% dos casos conhecidos, porque a Diretora trabalha com o percentual de 17% da população total, e não com 70% destes 17% (ou 20 mil pessoas)? Além disso, a projeção da OMS se refere à relação entre casos conhecidos e casos desconhecidos especificamente de AIDS. Não é intenção da Organização, neste caso, trabalhar a relação entre casos conhecidos e desconhecidos de usuários de drogas injetáveis. Por outro lado, se a negativa da Diretora se refere aos modos de transmissão, perspectiva que a OMS não leva em conta, o fato de ter um índice elevado de pessoas infectadas através do uso de drogas injetáveis pode significar um índice relativo maior do que calcula a OMS, e não menor, como quer a Diretora.

Esta é a primeira vez que esta lógica invertida aparece. Porém, ela será recorrente no decorrer dos anos seguintes. É a primeira tentativa oficial de negar a AIDS como um problema relevante da vida da cidade.

Os dois maiores eventos relacionados à AIDS, nesse ano, não são vinculados à prefeitura. O primeiro deles, em março, é a inauguração de uma ala específica para tratamento de portadores do HIV, com 14 leitos apenas. O outro é a inauguração do Pró-Vida, um retiro para tratamento de UDIs com HIV. Este retiro tinha capacidade para 15 pacientes/semestre.

O Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN realiza, em dezembro, uma campanha contra o uso de drogas, nas rádios FM com atuação no município, usando frases como “*Droga é o começo do fim*” e “*Drogado hoje aidético amanhã*”, entre outras no mesmo teor. É notável, neste extrato, a forte ligação entre AIDS e drogas, entre drogas e o “fim” e, portanto, entre AIDS e o “fim”. Esta noção é claramente incentivada tanto pela PMI, quanto pelas outras instituições do município que se ocupam da AIDS e/ou das drogas. É também uma noção que perpassa o modo de pensar da comunidade em geral, fundamentalmente a partir de duas causas: a) o próprio incentivo a este modo de pensar por parte destas instituições; e b) o sentimento de distância que a comunidade tem com relação às drogas, o que possibilitaria uma distância confortável em relação à própria AIDS.

Isto é evidenciado quando se verifica a boa ocupação de espaço do COMEN,

desde 1992, no desenvolvimento de ações de combate à AIDS, mesmo que como objetivo secundário (já que seu objetivo central se refere à questão das drogas), e a total ausência, ao menos publicamente, do Conselho Municipal de Saúde – COMUSA nesta mesmo espaço. Nos seis anos de jornal estudado, não foi encontrada nenhuma menção do COMUSA ligado à síndrome. Isto reforça a hipótese de que a questão da AIDS não é entendida, por parte dos dirigentes do município, como uma questão relevante de saúde e, sim, como um problema de polícia.

É possível, ainda, a partir de uma reflexão sobre o significado da palavra “fim”, acima citada, entender que a AIDS, como as drogas, significa “morte”. Porém, não é apenas a morte física. Ela pode ser entendida também como “morte social”, ou marginalidade. Se por um lado a marginalidade é o ser deixado de lado, o ser posto à parte dos processos e relações sociais, como é o caso de boa parte das pessoas que desenvolveram a doença, por outro marginalidade pode ser identificada como ameaça à sociedade constituída. De um lado, é um caso de assistência social, de outro é caso de polícia.

Um fato bem exemplifica esta relação da AIDS com problemas policiais: em todo o decorrer daquele ano, 1992, e nos anos subsequentes, todas as notícias sobre pessoas soropositivas ao HIV ou com AIDS tinham por mote um crime. Eram suicídios, tentativas de suicídio, assaltos, denúncias de traficantes, etc. Apenas em 1996, no quinto ano de existência do jornal, este publica uma notícia sobre uma pessoa com AIDS, noticia seu óbito, valorizando positivamente o personagem central da reportagem. Este personagem era ator e diretor de teatro que volta à cidade, depois de passar muitos anos no Rio de Janeiro, em função da doença. Após sua morte, a Casa da Cultura do Município, juntamente ao pessoal ligado ao teatro da cidade, resolve homenageá-lo. O DdC noticia sua morte e esta homenagem, informando os leitores sobre sua vida e sua obra.

Ainda a ressaltar, sobre os acontecimentos relativos à AIDS em 1992, as duas polêmicas relatadas no DdC. A primeira delas se refere ao projeto, na Câmara Municipal, do vereador Mauro Machado⁴⁸. Este projeto propunha transformar o Hospital Santa

⁴⁸ Vereador do Partido da Frente Liberal, portanto partido de oposição ao Governo Municipal da época, Mauro Machado é médico e, segundo o DdC, afirma que há 261 doentes de AIDS na cidade, todos com sintomas da doença. Segundo ele, estes doentes “vivem em condições subumanas, não têm onde morar, não se alimentam convenientemente, são desempregados e não recebem qualquer espécie de tratamento.” O jornal completa a reportagem afirmando que “a questão da AIDS, em Itajaí, já virou caso de polícia” (5/05/92, ed.77, p.02). Vale ressaltar que o então prefeito municipal retorna ao Executivo Municipal, em 1996, como vice-prefeito, justamente pelo PFL, o partido do então vereador Mauro Machado.

Beatriz, que estava fechado e abandonado há anos, em um “*hospital de tratamento de pacientes de AIDS*”⁴⁹, *centralizando aí todas as ações em saúde pública ligadas à doença. O projeto é aprovado por unanimidade na Câmara, mas é vetado no Executivo em favor de outro projeto que visava a transformação da área em um “Hotel Classe ‘A’”*. A prefeitura, por este projeto, que já havia se transformado em lei, doa então o terreno de 15 mil m², situado em área nobre da cidade, a caminho da praia de Cabeçudas, por outro terreno de 101 mil m², em área distante do centro da cidade, no Bairro Promorar. Com a troca a prefeitura pretende urbanizar lotes para famílias carentes e criar um centro de recuperação para consumidores de drogas. “*O prefeito Itajaiense disse que o negócio favorece as classes de baixa renda da cidade, que poderão ganhar lotes urbanizados da Prefeitura, tão logo estejam prontos*”.⁵⁰ As obras do Hotel, que deveriam se iniciar em 10 meses, ficaram restritas ao projeto, à lei e ao contrato firmado. Quanto ao antigo hospital, se manterá fechado até o final desta pesquisa.

Outra polêmica foi a ocorrida entre o Secretário de Saúde do Município⁵¹ e o Diretor Clínico do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen. Esta acontece a partir de uma portaria, emitida pelo Secretário, proibindo a análise de sangue coletado pelo HMMKB, por parte do Laboratório da Secretaria Municipal de Saúde, para identificação do HIV. Esta proibição se sustentava na alegação de que o HMMKB recebia, do SUS, o valor referente ao custo total de internação, inclusive exames. Portanto, não se justificaria a realização de exames gratuitos ao Hospital, pois este já recebia uma verba pública para cobrir esta despesa.

Segundo o Secretário, o Hospital mantinha as pessoas oficialmente internadas, percebendo por isto do setor público, enquanto as fazia “*sair do hospital para, por sua própria conta realizar exames de esclarecimento diagnóstico, [...] comprar medicamentos e outros materiais para tratamento prescrito no ambiente hospitalar*” e, também, “*pagar ‘complementações’ de procedimentos anestésicos e cirúrgicos*”. Estes fatos, afirma o Secretário, são “*de amplo conhecimento da população e, além de ilegais, são também reprováveis em vista da condição de filantropia da entidade, o que lhe confere vantagens fiscais e a torna beneficiária de repasses governamentais para financiamento e custeio, sem que possa demonstrar qualquer ação filantrópica à comunidade usuá-*

⁴⁹ DdC. 27/05/92, ed. 93, p.03.

⁵⁰ DdC. 9/10/92, ed. 190, p.08.

⁵¹ Márcio Vieira Ângelo

ria.”⁵²

Por seu lado, o Diretor do HMMKB se defendia afirmando a impossibilidade do Hospital “*oferecer exames de ultra-sonografia, tomografia ou mesmo de AIDS*”, na medida em que não dispunha de aparelhagem para este fim. Mas, continuava ele, “*isto não quer dizer que a comunidade não tenha o direito de ser beneficiada com estes serviços. Ao contrário, é um direito assegurado pela Constituição Brasileira e um dever do Governo, seja Federal, Estadual ou Municipal.*”⁵³

O DdC fará críticas, em edição de 7-9 de novembro, ao Secretário, pois, se este tinha conhecimento de irregularidades no Hospital, como afirma em sua Nota Oficial, já deveria ter tomado as providências cabíveis. O hospital, em 17 de novembro, aparecerá se defendendo da acusação do mau atendimento aos pacientes com AIDS. E nisto se resume este evento.

Novamente, nenhum resultado concreto foi alcançado pela comunidade. A polêmica se esvaneceu e caiu no vazio das ações da Administração Municipal e do HMMKB.

A posse do novo Executivo Municipal, ocorrida no início de 1993, traz de volta o Sr. Arnaldo Schmidt Júnior⁵⁴ como prefeito e uma corrente do mesmo partido, o PMDB, diferente da que encerrava sua gestão, ao poder.

Uma das primeiras providências do novo Secretário Municipal de Saúde, Sr. Paulo Márcio Cruz, é convocar uma entrevista coletiva para contestar “*veementemente matéria publicada, por um jornal de circulação estadual, sobre o número de casos de AIDS em Itajaí. Segundo o jornal, que utilizou como fórmula de cálculo os índices adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a cidade conta com um total de 24.600 habitantes contaminados pelo vírus da AIDS (HIV), o que segundo Paulo Cruz é um dado equivocado e exagerado para a cidade*”.

Desta forma, em função das pressões que vinha sofrendo o novo Executivo, a intenção do Secretário é, aparentemente, novamente esvaziar a polêmica sobre o assunto. Para isto, ele se apoia em dois argumentos. O primeiro deles é que, segundo o Secretário, dos 166 casos confirmados na cidade, 90% são UDIs, e que, na medida em que

⁵² Nota oficial do Secretário Municipal de Saúde de Itajaí, datada de 29 outubro de 1992. Publicada pelo DdC em 30/10/92, ed. 204, p.07 (grifo no original).

⁵³ DdC, 2/11/92, ed. 213, p.03.

⁵⁴ Arnaldo Schmidt Júnior já havia sido prefeito do município na gestão imediatamente anterior aquela que encerrava o mandato, entre 1983 e 1988.

não há dados estatísticos sobre a disseminação do vírus entre estes usuários, é muito difícil estabelecer uma estimativa, mesmo que provisória, do número de habitantes contaminados. É o reaparecimento do velho argumento da lógica invertida, já utilizado no apagar das luzes da gestão anterior, no final de 1992, também em entrevista ao jornal, pela Diretora do Departamento Epidemiológico, afirmando a não validade do índice da OMS em função do número de casos UDIs existentes na cidade. Lógica já discutida acima.

O segundo argumento utilizado pelo Secretário faz alusão ao crescimento de 258% no índice de soropositivos, na cidade, de 1991 para 1992. Segundo ele, as pessoas poderiam já estar infectadas há vários anos pois costumam realizar o exame apenas quando apresentam os primeiros sintomas da doença. Isto inviabilizaria a utilização dos dados da OMS.

Não esclarece, porém, que os índices da OMS se sustentam em números de casos conhecidos de soropositivos (um conhecido para dez desconhecidos) e de pessoas que já desenvolveram a doença (um para cem). Se há um “adiamento” na realização do exame, por parte da população, e portanto uma certa “camuflagem” da realidade, os números apresentados pelo jornal certamente estariam equivocados. Porém, conteriam erro para menos e não para mais, como quer o Secretário.

Também afirma que não existe, e não seria possível a partir da situação existente, uma projeção sobre o número de portadores do HIV em Itajaí, a não ser que se demandassem pesquisas para sanar estas dúvidas. *“Para obtermos tal informação, seria necessário um trabalho de pesquisa intenso, principalmente entre os usuários de drogas, o que demandaria um tempo e um custo não disponível no momento.”*

O Secretário também informou que a Secretaria de Saúde do Município não iria distribuir preservativos ou seringas *“para os grupos de risco”*, pois o Poder Público não dispunha de recursos para patrocinar projetos desta ordem. *“Entretanto, assim que forem liberados os recursos, será iniciada uma campanha prevenindo os itajaienses e visitantes sobre a doença”*. Segundo o DdC, o Secretário reconheceu que a cidade realmente enfrentava problemas com a AIDS, *“mas os dados somente preocupam porque esta é uma das poucas cidades que mantém dados atualizados e controla a propagação da doença.”*⁵⁵

⁵⁵ DdC. 27-29/02 e 1/03, ed. 288, p. 10.

Nas palavras do Secretário também é possível notar o entendimento, ou a proposta para que se entenda, que a AIDS é um problema de “grupos de risco” apenas. A população em geral não está aí comprometida, pois ela somente deve conhecer o problema, se houver verbas para isso.

A preocupação com os turistas também se evidencia no discurso, elemento que é, aparentemente, forte fator na decisão de como se deveria tratar a síndrome na cidade. Pois o medo de diminuição do fluxo turístico, forte fator de renda do município, é evidente nos discursos e ações das autoridades em relação à AIDS.

Outro elemento que deve ser ressaltado, na entrevista do Secretário, é o início da construção de uma justificativa para o elevado número de casos registrados na cidade. Segundo ele, Itajaí se diferencia de outras cidades na medida em que tem um bom controle dos dados e da propagação da doença. Isto será muito utilizado nas futuras manifestações públicas da prefeitura sobre o assunto.

Em junho do mesmo ano o Secretário volta à imprensa. Denuncia, agora, uma campanha negativa, utilizando a questão da AIDS, contra a cidade. *“Existem, na opinião do secretário, determinados segmentos interessados em promover campanha negativa contra o município, valendo-se da estatística da AIDS. ‘Não somos irresponsáveis para não admitirmos que o problema da AIDS é grave. Mas a nossa Secretaria não mais divulgará estatísticas exclusivas de Itajaí, para evitar a manipulação de dados’, completou Cruz”*. Baseado neste argumento, envia correspondência à Secretaria Estadual de Saúde *“solicitando que quaisquer informações estatísticas sobre a AIDS, em Santa Catarina, sejam reveladas a nível de regiões e não de municípios”*. *Tenta negar a realidade com a emissão de decretos, pois, “com isto, Cruz pretende evitar que Itajaí continue sendo a segunda cidade no Brasil com maior incidência da doença, o que, segundo ele, não corresponde à realidade”*.

Argumenta, também, que são atendidos, na cidade, um grande número de portadores de HIV provenientes de cidades vizinhas. Isto, por si, já falsearia os dados existentes relativos à incidência da síndrome na cidade, pois o município, segundo ele, teria um eficiente sistema de notificações. Esta eficiência do controle epidemiológico é o que acaba por resultar na crescente notificação, que incluiria estes casos não pertencentes à comunidade itajaiense.⁵⁶

⁵⁶ DdC, 29/06/93, ed.372, p.03.

Aparentemente, 1993 é o ano da construção de um discurso efetivo de negação da AIDS em Itajaí. É o ano da construção de justificativas ao alto índice de incidência da doença na comunidade, negando a veracidade dos índices. No discurso de junho do Secretário, é possível notar mais dois elementos constitutivos desta construção. O primeiro deles se refere a questões políticas, postas como questões nacionais (ou de unidade contra um inimigo externo): “lutemos contra aqueles que querem nos destruir!” Neste elemento está incluso o primeiro argumento do Secretário: a campanha negativa para desmoralizar a cidade. A AIDS deixa de ser uma questão de saúde pública para ser reduzida a uma mera arma do “estrangeiro”, nosso “inimigo”, que busca nos atacar.

Não resta dúvida sobre a eficiência desta estratégia, pois já foi exaustivamente testada com sucesso pelas ditaduras fascistas. Na cidade, talvez tenha faltado um inimigo mais concreto. Talvez tenha faltado nomear o inimigo.

O segundo elemento deste discurso, de falseamento da realidade, é a justificativa dos altos índices pela eficiência do controle epidemiológico e do atendimento aos portadores provenientes de outras cidades. Sobre isto, esquece o Secretário de dar dados mais precisos, inclusive aqueles relativos às pessoas que, por não confiar no sigilo do sistema, como aparece nas locuções dos entrevistados desta pesquisa, se retiram da cidade para fazer seus exames. Ademais, a entrevista efetuada antes da coleta de sangue para o exame, por sinal bastante exaustiva em termos de dados do paciente, implica no preenchimento de uma espécie de cadastro.

Também é um ano caracterizado por uma certa abundância de notícias relatando negociações de convênios, relacionados à questão da AIDS, com o Ministério da Saúde, com a ONU e com o Banco Mundial. Porém, segundo as autoridades locais, estes convênios somente estão sendo negociados porque esta instituições reconhecem o “*eficiente trabalho, aqui desenvolvido, contra a disseminação desse mal, chamando inclusive a atenção das autoridade nacionais. [...] Deveremos ser inseridos no programa do Banco Mundial, não pela incidência de casos de AIDS em Itajaí, mas sim devido ao eficiente e exemplar trabalho de prevenção que estamos desenvolvendo.*”⁵⁷ Nas notícias sobre os possíveis convênios é reiteradamente afirmado que, apesar da cidade ser designada como a Capital Estadual da AIDS, naquele momento inicia-se o reconhecimento de, na

⁵⁷ Pronunciamento do vice-prefeito para o DdC de 3-5/07/93, ed.376, p.02 (com grifo no original).

verdade, ela é a “*Capital da Prevenção contra a AIDS*”.⁵⁸

Os “*excelentes trabalhos*” citados se referem ao Projeto Sentinela, para verificação da prevalência da AIDS em gestantes, e o Projeto COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico, que ainda não havia sido implantado. Interessante se observar que neste momento, marcadamente, um novo título para a cidade é criado: “*Capital da Prevenção*”. Mais uma etapa realizada na montagem do discurso da negação da realidade AIDS em Itajaí.

Outros três eventos, acontecidos durante o ano, proporcionam pistas para a compreensão da postura do Poder Público frente à AIDS. Em maio, uma reportagem do DdC sobre a divulgação, pela Secretaria de Saúde do Município, de um “*relatório sobre as trabalhos desenvolvidos pelo órgão nos primeiros três meses*”, aponta que “*a Saúde em conjunto com o setor de Educação, são apresentados como prioridades do governo Arnaldo Schmitt Júnior*”. Não há, na reportagem, nenhuma menção à AIDS ou a qualquer elemento a ela ligado.⁵⁹

Também em maio de 1993, a Câmara de Vereadores convida a comunidade para discutir o problema da AIDS no município e na micro-região.⁶⁰ Esta atividade, provavelmente, culminou na criação de uma lei municipal dirigida ao amparo a portadores do HIV, sancionada apenas em novembro do ano seguinte.⁶¹

Finalmente, em dezembro, a descontaminação de seringas é o grande enfoque do Dia Mundial de Combate à AIDS. Esta ênfase no processo de descontaminação de seringas se deve ao fato de que, segundo a então Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica, “80% dos portadores do HIV contrairam a doença através do uso de drogas injetáveis e que toda a campanha que transcorre hoje [em 01/12/1994] visa reduzir o avanço da doença, combatendo, principalmente, a transmissão via uso de seringas contaminadas”.⁶² O evento marca, portanto, de forma clara, a proposta de compreensão da AIDS novamente a partir de um “grupo de risco”, os UDIs.

Esta compreensão da AIDS em íntima ligação com “grupos de risco”, basicamente com UDIs, é mantida por todo o ano de 1994. Assim, em agosto, a prefeitura anuncia

⁵⁸ A intitulação de “*Capital da Prevenção*” também aparece no DdC de 1/06/93, 3-5/07/93 e 6/07/93.

⁵⁹ DdC, 12/05/93, ed. 338, p. 06.

⁶⁰ DdC, 22-24/05/93, ed. 346, p. 02; 25/05/93, ed. 347, p. 02.

⁶¹ DdC, 09/11/94, ed. 718, p. 02.

⁶² DdC, 01/12/94, ed. 453, p. 03.

a implantação de um programa de redução de danos, patrocinado do Ministério da Saúde, em Itajaí e Florianópolis, juntamente com Santos (SP), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e Campo Grande (MS). Nesta reportagem, a ênfase se localiza na noção de que, *“nas cidades portuárias, as contaminações pelo compartilhamento de seringas representam 70% dos casos registrados.”*⁶³ Ligado a este programa, o DdC noticia, em novembro, que está sendo desenvolvida uma pesquisa no município para identificar os comportamentos dos UDIs. O sistema de troca de seringas, objetivo central da pesquisa, não será mais mencionado até 1997, quando uma nova gestão do Executivo Municipal implanta efetivamente um programa de redução de danos.

Em setembro, o Seminário de Prevenção ao Uso de Drogas, promovido pelo COMEN, desencadeia um grande debate pois, em discurso proferido durante o seminário, a então Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica, Ivone Lúcia Moreno afirma que:

76% dos portadores do HIV contraíram o vírus através do emprego de drogas injetáveis” e que “90% das crianças infectadas são filhas de usuários”. Em uma síntese, ela afirma ainda que “o caminho da disseminação da síndrome acompanha a rota do tráfico. [...] No Brasil, a guerra contra as drogas, até agora, foi um fracasso absoluto”. Ela argumenta que, diante dessa situação, o melhor procedimento a ser adotado, na prevenção da AIDS, é orientar os viciados, para que eles ao menos utilizem tóxicos de maneira segura.

Aparentemente, a Diretora exime o Executivo Municipal de culpas, deslocando o problema da AIDS para o Judiciário, pois, segundo o DdC, ela afirma ainda que *“o tráfico envolve autoridades policiais, políticos, representantes dos governos e até do Poder Judiciário”*.⁶⁴

Porém, decorridos quatro meses do Seminário, em janeiro de 1995, a Diretora envia correspondência ao DdC negando parte da reportagem divulgada pelo jornal. Informa que *“em nenhum momento dessa palestra foram levantados ou abordados dados sobre o tráfico de drogas em Itajaí, principalmente por dois motivos: 1 – a falta de dados; 2- apesar de convidadas, não se fez presente no Seminário de Prevenção do uso de Drogas, nenhuma autoridade da Polícia Militar ou Civil de Itajaí...”* Também esclarece que a reportagem foi feita a partir da palestra e não com entrevista, o que segundo ela

⁶³ DdC. 5/08/94, ed. 563, p.02.

⁶⁴ DdC. 17-19/09/94, ed. 683, p. 12.

gerou sentido dúbio aos leitores.⁶⁵

Em dezembro, no Dia Mundial de Combate a AIDS, nova campanha de esclarecimento sobre a AIDS é realizada. Nos dados expostos, justificando o evento, percebe-se que, desde 1987, foram diagnosticados 358 casos no município, sendo 278 homens e 80 mulheres. Deste total, 58% são devido aos UDIs. Segundo a Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica, “*a migração para o município contribui significativamente no aumento dos pequenos traficantes, que por sua vez acabam ajudando na disseminação do vírus da AIDS.*”⁶⁶

Uma análise rápida dos dados divulgados, sobre o percentual da transmissão via uso compartilhado de drogas injetáveis, já demonstra que esta via não é mais o principal fator de transmissão em 1994. Isto pode ser verificado em uma comparação sobre os percentis divulgados em março (90%) e dezembro (80%) de 1993 e em setembro (76%) e dezembro (58%) de 1994. Se a quantidade de soropositivos que se infectaram por esta via de transmissão diminuíram proporcionalmente em relação à totalidade dos casos, logicamente o número de UDIs que se infectaram pelo HIV é menor que os que se infectaram por outras vias.

Porém, apesar de ser possível, como visto acima, facilmente chegar a esta conclusão a partir dos dados divulgados pela própria Secretaria da Saúde, a estratégia de sustentar que a disseminação da síndrome é devido aos UDIs é mantida. E a prefeitura mantém-se firme, enfatizando que a cidade não vive um problema sério com relação a AIDS. Mantém, sim, que isto é uma imagem criada, um produto do eficiente controle dos dados por ela realizado.

A AIDS continua sendo um caso de polícia. E o COMUSA – Conselho Municipal de Saúde não aparece em eventos ligados ao problema. Interessante, ainda, observar que a Diretora Municipal de Vigilância Epidemiológica afirma que “*o mais alarmante é que cerca de 20% dos 200 testes realizados por mês dá soropositivo*”. Mas, mesmo assim, a prefeitura não põe em prática o projeto de redução de danos, possivelmente por problemas legais, mas também não distribui preservativos, pois o problema se refere às drogas injetáveis, esquecendo que os UDIs também fazem sexo. Se é este o caso... Apesar de, mensalmente, se ter 40 novos casos.

⁶⁵ DdC, 10/01/95, ed. 762, p. 03.

⁶⁶ DdC, 1/12/94, ed. 734, p.11.

Outros eventos relacionados à AIDS marcaram o ano de 1994. Em janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde anuncia a criação de um novo programa de atendimento domiciliar aos doentes de AIDS. A efetiva implantação do programa, segundo o Secretário de Saúde, ainda dependia de verbas solicitadas ao Governo Federal para aquisição de equipamentos.⁶⁷ Não houve, no levantamento das edições do DdC posteriores à reportagem e nas entrevistas desta pesquisa, qualquer outra referência ao Programa de Internação Domiciliar.

Em novembro, o DdC divulga reportagem noticiando que o Prefeito Municipal sancionou Lei Municipal, aprovada pela Câmara de Vereadores, que “*determina penalidades a todo estabelecimento que adotar qualquer tipo de discriminação contra pessoas portadoras do vírus HIV [...] Até mesmo o alvará de funcionamento e localização poderá ser cassado em caso de confirmação de ato discriminatório.*” Na mesma reportagem, afirma-se que é em face ao “*amplo trabalho de diagnóstico e acompanhamento, devidamente notificados, que acabaram por criar a imagem de que Itajaí é a Segunda cidade do Brasil em incidência da doença*”.⁶⁸

Em primeiro de dezembro, o Secretário de Saúde anunciou que o COAS, antes já noticiado como uma realidade, deverá ser implantado ainda naquele ano. Também afirmou que estava em andamento negociação com o Ministério da Saúde para implantação do Hospital Dia.

No decorrer daquele ano, houve, ainda, substituição no cargo de Secretário da Saúde. Foi escolhido para o cargo o Sr. Márcio Antônio da Silveira, estudante de direito na UNIVALI, vereador licenciado e Secretário do Bem Estar Social do Município, que também responderá pela pasta de saúde. Esta é uma boa demonstração da importância dada à saúde pelo Executivo Municipal. A saúde é tão importante que esta situação se manterá assim, até que chegue o período de novas eleições, quando Márcio da Silveira se licencia para concorrer novamente a Câmara Municipal.

Em meio a tudo isto, o grande destaque do ano, na cidade, foi a reportagem da Revista Exame com um ranking das melhores cidades do país para investimentos. Itajaí, por este ranking, é a sexta melhor cidade do país para se abrir e fazer negócios. Isto significou meia página na edição de 20 outubro no DdC.⁶⁹ O Executivo Municipal, junto

⁶⁷ DdC. 14/01/94, ed.512, p.12.

⁶⁸ DdC. 9/11/94, ed. 718, p.12.

⁶⁹ DdC. 20/10/94, ed. 705, p.06.

ao Clube de Diretores Lojistas – CDL, passa a enfatizar que a cidade de Itajaí é positiva em muitos aspectos e que é um complô contra a Cidade o uso que se faz dos índices da AIDS.

Em 1995, em janeiro, o DdC publica edição cuja manchete de capa principal é “*AIDS – Um problema levado a sério em Itajaí*”. A reportagem de capa, tem como título “*AIDS: combate à doença passa pelo combate às drogas. A ação Municipal, por mais persistente que seja, não é suficiente para controlar o problema*”. Afirma que, pelos dados disponíveis, 76% das pessoas que contraíram o HIV, desde 1987, foram infectadas por seringas contaminadas no uso compartilhado de drogas injetáveis. A mesma reportagem expõe uma preocupação com o aumento do número de mulheres contaminadas na cidade e que, segundo a Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica, a maioria das infectadas não são usuária de drogas injetáveis. Interessante observar que aumenta o número de mulheres contaminadas, que não são UDIs, mas os dados estatísticos relativos aos UDIs, ao contrário do que se poderia esperar, volta aos índices de setembro do ano anterior, com um aumento de 18% em apenas um mês.

No Carnaval, apesar de ser um período importante para o trabalho de prevenção à AIDS, apenas o COMEN desenvolve campanha orientando “*os foliões sobre os perigos decorrentes do excesso de consumo de álcool, da utilização de drogas injetáveis e da prática do sexo sem preservativos*”⁷⁰. Porém, no mesmo dia, o Secretário de Saúde anuncia novamente o COAS, explicando que “*muitas pessoas tem vindo de outras cidades para obter tratamento especializados em Itajaí*”.⁷¹

O COAS, noticiado como funcionando em alguns momentos, como em julho de 1993, e anunciado sua futura implantação em outros, como em várias reportagens de 1994, só entra em vigor no dia 9 março de 1995. Esta prática expõe a estratégia de divulgação de ações, existentes ou inexistentes, referentes à AIDS, com uma certa regularidade, para criar na população a ilusão de que há realmente ações efetivas contra o problema. Isto tendia (ou tende?) a acalmar a população que, por crer que o poder público estava realmente tomando as providências necessárias, se tornava crédula e portanto co-fiante em seus governantes. Este sentimento rapidamente se dissipa quando aparece a necessidade de usar os serviços, fato amplamente explicitado nas entrevistas desta pes-

⁷⁰ DdC. 25-7/02/94, ed.794, p.03

⁷¹ DdC. 25-7/02/94, ed.794, p.14.

quisa.

Também em março, o CDL e a Prefeitura Municipal, colocam vários outddors ao longo das estradas de acesso, divulgando os atrativos da cidade porque *“a grande maioria dos turistas de todo o país que circulam pela região acabam encaminhando-se para outros municípios, sem entrar para conhecer Itajaí”*.⁷²

No início de abril, acontece o primeiro Dia Mundial da Saúde em que a Secretaria da Saúde inclui uma campanha contra a AIDS como parte da programação. Esta campanha, que é também promovida pelo Sindicato dos Motoristas da Região, se constitui da distribuição de preservativos e material educativo aos caminhoneiros que trafegam na BR 101, na altura do posto da Polícia Rodoviária Estadual localizado no município.

Em julho, a Coordenadora Nacional do Programa DST/AIDS do Ministério da Saúde, Lair de Macedo Guerra, visita a cidade para conhecer os programas desenvolvidos no combate à AIDS.⁷³ Em reportagem publicada pelo DdC é noticiado que a Coordenadora tinha o intuito de ouvir as justificativas do Governo Municipal em relação ao aumento da incidência na cidade. O prefeito, segundo o jornal, afirma que *“a situação geográfica privilegiada é benéfica à atração de investimentos, que a utilizam para facilitar o escoamento de seus produtos, mas ao mesmo tempo, e pelo mesmo motivo, atrai a atenção de traficantes de drogas. O maior índice de portadores de HIV no município é registrado junto aos usuários de drogas injetáveis, que se insinuam nas demais camadas sociais, provocando a proliferação da epidemia.”* É importante ressaltar que esta é a primeira manifestação do Prefeito sobre a questão da AIDS, desde que assumiu, no início de 1993, a Prefeitura Municipal.

A Coordenadora explicou que o Ministério está preocupado em face do *“crescimento do volume de infecções junto a mulheres gestantes, principalmente entre 15 e 19 anos. ‘Desta forma, acreditamos que a melhor forma de minimizar o desenvolvimento da AIDS é a prevenção desde a infância, com relação às formas de contágio’.*”

Em troca de investimentos federais, ela sugeriu ao prefeito a inclusão no currículo escolar, da rede municipal de ensino, matéria específica sobre o assunto, solicitando,

⁷² DdC, 8/3/95, ed. 803, p.06.

⁷³ É claro que isto vira manchete principal deste jornal: *“Coordenadora Nacional do DST/AIDS afirma que programa de controle da doença em Itajaí é um dos melhores do mundo: Lair Guerra esteve visitando na semana passada e assegurou que o Ministério da Saúde vai enviar recursos para reduzir o número de contaminados”*.

também, um aumento de recursos humanos dedicado exclusivamente aos programas de DST/AIDS. O prefeito afirmou que acataria as sugestões, mas que a falta de recursos provenientes do Governo Federal dificultava o “*pleno desenvolvimento dos programas relativos à AIDS*”.

Na mesma reportagem, o Secretário de Saúde afirmou que Guerra ficou “*maravilhada com a estrutura*” que a cidade oferece na área da saúde. Disse ainda que, “*no caso específico da prevenção e controle da AIDS, já somos considerados o melhor município no Estado no controle da doença e, com os novos investimentos, pretendemos servir de exemplo para o Brasil no tratamento do problema*”.⁷⁴ O secretário, sem o querer, deixa claro a deficiência existente no sistema público de atenção à saúde do município, basicamente quanto ao tratamento, pois os dados expostos por Guerra, no que se refere ao trabalho com mulheres grávidas, eram provenientes de uma pesquisa efetuada no segundo semestre de 1994.

Em síntese, a Coordenadora elogia o sistema de saúde do município e o COAS, mas nota a falta de pessoal para trabalhar especificamente com a AIDS e, portanto, a falta de trabalhos efetivos no tratamento aos contaminados e doentes. Este evento é fundamental para a compreensão do rearranjo do discurso do Executivo Municipal, ao necessitar de argumentos para se defender da acusação de displicência em relação à síndrome.

Esta acusação aparece quando a Revista Veja, do final de setembro, inclui uma reportagem sobre a AIDS na cidade, a designando como “*Capital Brasileira da AIDS*”. A partir daí se inicia um forte debate sobre a AIDS na cidade. Ele se amplia quando o DdC, em 10 de outubro, afirma que “*a cidade paga um preço alto por ter um dos melhores serviços de saúde do país*”⁷⁵, elogiando o excelente programa de prevenção e educação à síndrome. Na mesma nota, publica como frase da semana uma locução do Prefeito Arnaldo Schmitd Junior, publicada no Jornal de Santa Catarina de 08/10/95. A frase: “*Em uma semana morre mais gente de acidente de trânsito na BR 101 do que de AIDS no ano todo em Itajaí*”.⁷⁶

Frente à reportagem da Veja, o Prefeito envia nota à revista com o seguinte teor:

Cumpre-nos afirmar que o título de Capital Brasileira da AIDS não se justifica pelo

⁷⁴ DdC.18/07/95, ed. 892, p.05.

⁷⁵ DdC.10/10/95, ed. 951, p.13.

⁷⁶ DdC.10/10/95, ed. 951, p.13.

*número de pessoas infectadas. Somos, sim, a Capital Nacional da Prevenção, Notificação e Tratamento dessa doença. Notificamos todos os casos de AIDS ao Ministério da Saúde. providência nem sempre adotada por outros municípios brasileiros. O sistema de prevenção e tratamento realizado em Itajaí foi publicamente reconhecido pela coordenadora nacional do Programa DST/AIDS, doutora Lair Guerra de Macedo Rodrigues, que pretende trazer o Ministro da Saúde para conhecer o programa e adotar alguns dos nossos princípios em outros municípios brasileiros.*⁷⁷

Observe-se que o prefeito amplia os elogios de Lair Guerra para a questão do tratamento. Além disso, em novembro, o Secretário da Saúde expõe corretamente a que se deveu o elogio: ao COAS apenas. Quando justifica sua participação no Seminário de Gestão e Avaliação dos Serviços Assistenciais frente a AIDS, no Rio de Janeiro, ele afirma ter sido convidado como expositor porque *“a cidade apresenta um dos melhores serviços de DST/AIDS do país. O COAS possui o melhor sistema de trabalho, segundo avaliação do Ministério da Saúde.”*⁷⁸

Neste ano, apenas no dia primeiro de dezembro se tem outra campanha. Ela enfatiza a distribuição de preservativos, num total de 30 mil. Aqui já não há nenhuma menção à questão dos UDIs ou a índices de contaminação.⁷⁹

No início de 1996, um ano eleitoral, a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, que abrange os municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú, publica portaria sobre os cuidados referentes ao leite das mães consideradas em situação de risco em relação à AIDS, para que se desenvolva a amamentação sem risco.⁸⁰ Também em janeiro a Secretaria de Saúde divulga as metas para o ano que entra, destacando *“a ampliação e inovação do projeto de combate a AIDS, além de melhoria no atendimento e completa informatização da rede.”*⁸¹ Também é anunciada para este ano a implantação do sistema de ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica para Pacientes com AIDS, e o programa SAE – Serviço Ambulatorial Especializado⁸², além de palestras para proprietários e funcionários de farmácias. Estas implantações estavam condicionadas à entrada de verbas para sua implan-

⁷⁷ DdC. 11/10/95, ed. 952, p. 15.

⁷⁸ DdC. 29/11/95, ed. 982, p. 02. Em 16-18 de dezembro há outra nota sobre este seminário que enfatiza que, *“como Itajaí é o município onde se encontra um dos melhores serviços de DST/AIDS do Brasil, Márcio da Silveira foi convidado a participar do evento.”* (Ed. 995, p.15.)

⁷⁹ É interessante observar que a manchete principal deste dia, 23/11/95, é que haverá um programa ‘Você Decide’ na cidade: *“Rede Globo transmite o ‘Você Decide’ direto da Igreja Matriz de Itajaí. Este é o segundo deste programa que ocorre aqui. O primeiro, teve o tema referente a adoção ou não de uma criança portadora do vírus HIV, associando novamente Itajaí e AIDS em nível nacional.*

⁸⁰ DdC. 20-21/01/1996, ed. 1017, p. 06.

⁸¹ DdC. 26/01/96, ed. 1021, p.14.

⁸² Não é explicado a que se refere.

tação.

Na mesma edição do DdC aparece nota dando conta de que a Secretaria Municipal de Educação fará uma revisão do material escolar e incluirá “*assuntos como os cuidados no trânsito e a prevenção contra a AIDS.*” Expõe detalhadamente os motivos do enfoque no trânsito, porém não dá nenhum esclarecimento sobre como ou porque pretende trabalhar a questão da AIDS. Observa-se que é a primeira vez que a Secretaria de Educação segue a sugestão da Coordenadora Nacional do Programa DST/AIDS e que propõe algo referente especificamente a síndrome.

O Carnaval daquele ano é o primeiro em que a Secretaria de Saúde desenvolve campanha durante a festa. O enfoque básico se refere à distribuição de material informativo e preservativos. Assume campanha promovida pelo Ministério da Saúde com os slogans “*Carnaval bem transado*” e “*Neste Carnaval pule aqui dentro*”, reforçando o uso de preservativos.

Em abril, na Semana Municipal de Saúde, promovida pela Secretaria, foram montadas barracas para atendimento demonstrativos na principal rua da cidade. Estas barracas visam orientar e aplicar pequenos exames e procedimentos preventivos, com uma barraca do COAS para orientação sobre DST e AIDS.⁸³

Também em abril há nova troca de ocupante do cargo de Secretário da Saúde, assumindo o Sr. Amauri Moraes Santos⁸⁴, que também acumula as Secretarias da Saúde e Bem Estar Social, como seu antecessor. Em maio é anunciado que Itajaí faz parte do Projeto estadual de formação de multiplicadores em prevenção contra drogas, DSTs e AIDS.

Em julho o prefeito participa do programa, em rede estadual, ‘Bom Dia Santa Catarina’ na RBS TV, onde tecerá comentários sobre a questão da AIDS. O DdC noticia, antecipando a discussão sobre os programas adotados pela prefeitura sobre prevenção, controle e tratamento, e exemplificando com o COAS. A ênfase é no “*amplo atendimento prestado pela rede pública de Itajaí no que diz respeito à AIDS, que chegou a levar a cidade a receber o injusto título de Capital da Doença. Para Schmidt, tal afirmação chega a ser até mesmo mal intencionada já que, na verdade, Itajaí é a Capital da Prevenção da AIDS.*”

⁸³ DdC. 9/04/96, ed. 1070. p.14.

⁸⁴ Ex-coordenador da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Provavelmente por ser um ano eleitoral não há mais nenhuma menção ao problema da AIDS no seu decorrer. As notícias se restringe a elogios ao sistema de saúde, pelo recebimento da classificação de semi-plena pelo Ministério da Saúde⁸⁵, e um seminário de reciclagem que os técnicos da saúde participaram em setembro, enfocando a prevenção às drogas, à hanseníase, à tuberculose e à hepatite.

O primeiro de janeiro de 1997 encerra o período de quatorze anos em que a Prefeitura Municipal foi comandada pelo PMDB. Também se encerra o silêncio sobre a questão da AIDS. Naquele período, as ações públicas foram poucas, sempre justificadas pela falta de recursos e com as explicações vindo apenas em função de pressões estaduais e federais. O novo Prefeito do PPB, por ser oposição ao antigo, baseou parte de sua campanha no combate à AIDS.

Em 23 de janeiro já se vê pronunciamentos da Secretaria da Saúde assumindo que a atual administração implantará políticas voltadas ao controle da AIDS e das DSTs. Na mesma data é noticiada a visita de um consultor do Ministério da Saúde. Este informa que, segundo seus dados, *“Itajaí é a cidade brasileira com maior prevalência de casos de AIDS. [...] Comenta que 62% dos casos referem-se a consumidores de drogas injetáveis, o que coloca a cidade em primeiro lugar no ranking nacional de contaminação por esta via.”*⁸⁶ Com a visita são discutidos projetos para prevenção e tratamento da doença.

Em fevereiro, no Carnaval, a Secretaria da Saúde lança a campanha *“Sem AIDS na folia”*, na qual distribui 50 mil preservativos e grande quantidade de material informativo, além de fixar cartazes nos ônibus enfatizando a prevenção. Sorteia, nos clubes, camisetas com os dizeres: *“Não faça balão. Faça sexo seguro”* ou *“Não deixe a AIDS entrar na folia”*.⁸⁷ A novidade desta campanha, a fixação de cartazes no interior dos ônibus coletivos da cidade, a torna mais popular, no sentido de se engajar no cotidiano das pessoas e não se restringir aos foliões dos clubes ou das avenidas. É parte de uma mudança, gradativa, na racionalidade que embasa o trabalho com a AIDS na cidade. Mudança que chega com a nova equipe deste trabalho, nomeada pela nova gestão do

⁸⁵ O Ministério da Saúde classifica três categoria: *“incipiente, com poucos serviços; parcial, com alguma assistência; e semi-plena, que absorve toda a gerência dos serviços de saúde pública em seu território.”* DdC. 6-7/07/96, ed. 1141, p. 02.

⁸⁶ DdC. 23/01/97, ed. 1272, p. 10.

⁸⁷ DdC. 07/02/97, ed. 1282, p. 03.

Executivo Municipal.

Ainda em fevereiro, a Secretaria de Saúde lança um programa de prevenção às drogas nas escolas municipais e estaduais. Divulga, no lançamento do programa, o trabalho de formação de multiplicadores de prevenção que já vem sendo realizado em 18 escolas da cidade. Este trabalho é desenvolvido em parceria com o projeto estadual de formação de multiplicadores de prevenção e é meta da Secretaria sua ampliação para todos os estabelecimentos de ensino.

Em março, o DdC noticia a criação de um programa de atendimento para crianças portadoras do vírus HIV e doentes de AIDS, com o objetivo de concentrar num único local os procedimentos referentes a crianças portadoras do HIV num único ambulatório, agilizando assim os atendimentos clínicos e exames. O programa será desenvolvido prioritariamente no CRECEM- Centro de Referência da Saúde da Criança e da Mulher, porém manterá consultas e atendimentos na Policlínica do Bairro São Vicente, devido ao fato de já ter 20 pacientes notificados naquele bairro. “*No Crescem, aumenta a cada dia o número de casos de gestantes com HIV que podem amenizar o comprometimento dos filhos com tratamento adequado*”⁸⁸, afirma a nova coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS. A reportagem informa, também, que o programa distribuirá cestas básicas aos pacientes que necessitarem.

A Secretaria de Saúde também realizou, no final de julho de 1997, uma campanha educativa junto aos caminhoneiros, quanto ao perigo da AIDS e as formas de prevenção, no posto de Itajaí, junto à BR 101, da Polícia Rodoviária Federal. Na ocasião, foram distribuídos bonés, cartazes, adesivos, preservativos, camisetas e material educativo. É uma campanha de nível estadual, em todos os postos rodoviários federais de Santa Catarina, realizada juntamente com a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde.⁸⁹

Também no final de julho, notícia veiculada pelo Jornal Nacional, da Rede Globo de Televisão, aponta Itajaí novamente como a “*Campeão Nacional de Casos de AIDS*”. Segundo o DdC, a surpresa foi o fato de Balneário Camboriú, município que faz fronteira com Itajaí, estar em segundo lugar no ranking divulgado. O jornal questiona este fato, já que Balneário Camboriú nunca figurou nas primeiras colocações e, de repente, assumiu posição no topo da lista. A partir desta reflexão, questiona os critérios adotados para

⁸⁸ DdC. 06/03/97, ed.1299, p.02.

⁸⁹ DdC. 30/07/97, ed. 1394, p. 09.

a definição desta lista, colocando em dúvida o sistema de notificação dos outros municípios frente ao sistema utilizado em Itajaí e região. “Será que em São Paulo, onde existe até uma praça destinada à prostituição (onde são até comuns cenas de masturbação coletiva em local público), o número de portadores contaminados por via sexual é menor do que na nossa região?”. O final da nota, na mesma busca de argumentos para negar a realidade, pergunta se “não existem outros interesses escusos, como reduzir o movimento turístico da região para outros centros como Nordeste ou Centro Oeste? Ou será que não há movimento, muito velado, alegando que a região por aqui é perigosa para seus futuros empregados? A unanimidade é burra e, por isso, há que se ter cuidado ao avaliar-se este tipo de informação.”⁹⁰

O processo de construção do discurso para negar a realidade da AIDS, efetuado na gestão anterior, aparentemente fez adeptos. Aparentemente chegou onde queria.

No início de agosto, a Câmara de Vereadores do Município promove uma sessão com o objetivo de discutir o problema das drogas e a incidência do HIV na cidade e região. Foram convidadas, para esta reunião, autoridades da área de saúde, da área social, da área de segurança e de entidades assistenciais. Segundo nota publicada no DdC, relativa à sessão da Câmara, “a sociedade ainda entende a questão do combate às drogas como um caso de polícia/repressão e não do ponto de vista da educação/prevenção. É sintomático o fato de a Câmara de Vereadores representando a sociedade – no microcosmo Itajaense – não tenha convidado para esta reunião autoridades do setor educacional”.⁹¹

Ainda em agosto, e se estendendo até meados de setembro, algumas notas no DdC fazem referência à possibilidade da visita da atriz Sharon Stone, a Itajaí, para um jantar beneficente com o objetivo de arrecadar fundos para o tratamento de portadores do vírus HIV. Para o jornal, “se for confirmado, pelo menos uma vez, o infame e injusto título que Itajaí detém como ‘Capital Nacional da AIDS’ deve trazer um benefício para a cidade.”⁹²

Uma inovação no modelo de atuação, historicamente utilizado pelo Governo Municipal, aparece em outubro de 1997. Esta inovação é demonstrada na decisão, da Secretaria de Saúde, de implantar um projeto que garante atendimento ambulatorial mé-

⁹⁰ DdC. 01/08/97, ed. 1396, p.02.

⁹¹ Reportagem assinada por Gerd Klotz, no DdC ed. 1403, p.02.

⁹² DdC. 16/08/97, ed. 1413, p. 02.

dico e odontológico para os detentos do Presídio Municipal. Segundo o Secretário de Saúde, Sr. Sérgio Liberato, o projeto tem dois objetivos. O primeiro é “*a conscientização e a consequente diminuição no elevado número de casos de AIDS e tuberculose dentro do presídio*”. O segundo se refere especificamente a uma questão de segurança pública: “*evitar que eles [os detentos] tenham que se deslocar do presídio para serem atendidos nas unidades de saúde da cidade. ‘Há dois anos, tivemos um caso de fuga de dois detentos, o sequestro de um médico e a morte de um agente carcerário durante uma visita à Policlínica da Fazenda. Essa nova forma de trabalho irá evitar que se repitam casos desse tipo’, assegura o Secretário*”.⁹³

Os discursos, e o pensamento que os sustenta, são antigos e nada tem a ver com um efetivo controle da doença como um fato humano. Ainda trabalha com uma perspectiva de caso policial e não especificamente de saúde. Porém, há uma efetiva inovação, não nos discursos, mas na própria ação: até aquele momento, o Presídio era área de atuação da UNIVALI e outras instituições, ao menos relativamente à AIDS, por ali não se insinuavam. O trato da síndrome tinha, até esta implantação, a marca do isolacionismo de três instituições na cidade. A Secretaria da Saúde, cuidando das ações públicas, a UNIVALI, em trabalhos de pesquisa e treinamentos de pessoal no Porto, no Presídio e nas escolas, e o Hospital Marieta, exclusivamente no tratamento. Estas instituições, até aquele momento, trabalhavam isoladamente e o projeto do Presídio, mais do que o trabalho junto aos detentos, demonstra uma nova forma de interação entre a Secretaria de Saúde e a UNIVALI, cooperando no trato do problema na cidade.

Seguindo este mesmo padrão, o de trabalhar junto às outras instituições que trabalham com a AIDS na cidade, a Secretaria de Saúde, em dezembro, anuncia a inauguração, para março do ano seguinte (1998), do Hospital-Dia para portadores do HIV. O Hospital-Dia, um antigo projeto da Secretaria, deverá funcionar nas dependências do Hospital Marieta, junto ao Centro Oncológico (que também tem inauguração marcada para março).⁹⁴

⁹³ DdC. 07/10/97, ed. 1442, p. 03.

⁹⁴ DdC. 6-7/10/97, ed. 1485, p. 03.

A AIDS E O PODER PÚBLICO MUNICIPAL

Levantar elementos sócio-políticos relativos à AIDS é, por si mesmo, tarefa árdua, pois estes dois tipos de componentes se interligam em processos relativamente extensos, tanto temporalmente quanto espacialmente. Além disso, estas duas dimensões da vida – se é que se pode separar em duas – estão intimamente interligadas, se interdeterminando mutuamente e, com isto, muitas vezes se confundindo nos movimentos dos vários extratos sociais. Isto tende a dificultar uma visão distanciada do fenômeno, e portanto sua compreensão, por parte do analista. Analista este que também está inserido nestes movimentos, nestes emaranhados de relações, que ele próprio tenta entender.

Com relação a Itajaí, este emaranhado se torna um tanto agravado, na medida em que as características do município impõem reservas frente as informações que possam degradar, mesmo que de forma sutil, a imagem da cidade. Isto se deve ao fato de que as principais fontes de recursos da cidade provirem de relacionamentos com outros municípios, tornando a imagem um aspecto de grande importância econômica. Exemplo disso é o turismo, atividade a qual o município deve uma boa parcela de sua arrecadação.

Esta imagem, por seu lado, é eminentemente constituída de informações. Pois, se a imagem de objetos físicos se constitui fundamentalmente a partir da visão, a imagem dos objetos sociais, na medida em que não são visíveis, são construídas a partir de informações sobre suas características. A imagem de uma cidade leva, portanto, em consideração estes dois elementos, já que a cidade tem uma dimensão física – ruas, praças, edifícios, etc. – e uma dimensão social – as relações entre os cidadãos.

Este cuidado com a imagem foi característica marcante da Prefeitura Municipal, e dos próprios cidadãos, de Itajaí. Ele pode ser identificado tanto nas ruas da cidade – pelo cuidado com que a cidade é tratada –, quanto nas páginas dos jornais ou em conversas informais com os cidadãos – pela própria indignação com que se referem ao título de

“Capital da AIDS”, com que a cidade foi denominada pela Revista Veja.

Assim, torna-se difícil a aceitação de um problema como a AIDS, por parte da comunidade e, por outro lado, fica fácil a assunção de discursos distorcidos sobre o mesmo problema. Discursos como o de que a cidade não é a que tem maior incidência, e sim a que tem maior controle sobre os dados, a mais eficiente. Ou que é a cidade que tem o melhor tratamento e por isso recebe portadores provenientes de outras localidades. Estes discursos, construídos pelo Executivo Municipal, já foram acima relatados. Porém, nestes dez anos de AIDS em Itajai, eles somente passaram a ser necessários quando esta “mácula” à imagem da cidade ficou exposta.

De uma doença de homossexuais masculinos e promíscuos, com o correr do tempo, as notificações oficiais da cidade vão demonstrando que a AIDS vai perdendo espaço entre os homossexuais. Eles vão sendo, gradativamente, substituídos pelos usuários de drogas injetáveis.

Este grupo, os UDIs, não tem sexo nem sexualidade. Também não comporta gênero, não são homens nem mulheres, não são heterossexuais, homossexuais ou mesmo bissexuais. São apenas algo distante, abstrato, fluido: são apenas usuários de drogas injetáveis – “seja lá o que isto quer dizer”. São marginais também, são obscuros também, são dados aos desvios também. São, também, dissimulados, escusos, escondidos... Sem imagem, sem figura, ainda menos “visíveis” que os homossexuais, pois se os homossexuais, ao assumirem sua condição, enfrentariam apenas uma punição moral, os UDIs, além desta punição, teriam de prestar contas também à justiça, na medida em que as drogas são um caso de polícia. As práticas dos UDIs são, como era de se esperar, ainda mais escusas que a dos homossexuais.

Passando para o espaço deste grupo, a AIDS se torna ainda mais distante da comunidade, se torna ainda menos “visível”, se torna ainda mais obscura, misteriosa. Ela também se torna mais marginal, mais assustadora e mais ameaçadora com esta associação: a lei e a mídia mantêm um forte elo entre uso de drogas e marginalidade, entre o uso de drogas e pobreza, entre uso de drogas e violência, entre uso de drogas e guetos ou favelas.

Na prática, há uma certa razão nestas ligações, pelo menos no que concerne à falta de recursos e a droga injetável: usa a droga por via endovenosa quem não tem recursos para usá-la em maior quantidade, pois com esta forma de uso ela é potencializada.

Esta obscuridade social dos UDIs, esta dificuldade em identificá-los ou concretizá-los, é eficazmente utilizada pelo poder público municipal em sua ânsia de esconder o problema. Problema que não é entendido como um problema de saúde, mas sim como um problema administrativo. Além de ser de difícil resolução sem o uso de procedimentos não convencionais.

Considerando que em uma estrutura centralizada e conservadora este tipo de procedimento não pode ser utilizado, sob pena de quebrar com suas características básicas, os dados sobre a AIDS somente poderiam ser divulgados após um certo “polimento”. Tanto é que, durante a gestão municipal iniciada em 1993, o percentual de UDIs entre os infectados modificou-se bruscamente, para cima e para baixo, diversas vezes e em períodos de tempo relativamente curtos. E discursos foram construídos visando desviar o assunto para pontos do problema que não existiam ou que não eram relevantes, desfocando a visão da comunidade (ou dos eleitores). Em outras palavras, discursos foram criados visando a montagem de compreensões não coerentes com os fatos, transformando uma situação problemática em vantagens políticas. Um bom exemplo desta “transformação” é o discurso oficializado e insistentemente divulgado de que Itajaí não era a cidade com mais casos de AIDS no país, e sim a que tinha melhor controle dos dados.

Ressalta-se que estes “discursos de esquivia”, ao que parece, somente foram utilizados a partir de pressões externas ao âmbito do Executivo Municipal. A Prefeitura Municipal foi, no caso da AIDS, responsiva em suas ações. Não foram tomadas atitudes efetivas para o combate à epidemia, não se criaram programas eficazes para a melhoria da qualidade de vida do contaminado, não houve movimentos para melhorar a disseminação de conhecimentos sobre a síndrome e como tratá-la (aqui se inclui, também, o tratar com os soropositivos). Se ações deste tipo foram implementadas, o foram estritamente dentro de padrões tradicionais, que se sabe, pela experiência no trato com a doença que se tem no país, pouco fazem para minorar os estragos que a AIDS causa.

Além disto, também se ressalta que os dados e as críticas, aqui apresentados, são relativos às gestões anteriores à gestão atual da prefeitura. Com relação a gestão iniciada em 1997, aparentemente há uma maior intervenção no processo. Porém, pelo pouco tempo decorrido entre sua posse e o momento de coleta de dados desta pesquisa, não foi analisado aqui seu trabalho.

VI. TRABALHOS DESENVOLVIDOS NA CIDADE EM AIDS

Pela dificuldade em obter informações relativa aos trabalhos desenvolvidos na cidade, uma vez que o material socializado sobre este assunto é datado de 1997, além de ser parcializado é específico sobre a prefeitura local. Estes serão descritos aqui a partir dos relatos dos informantes e complementados com materiais informativos dos promotores que os possuem e das informações noticiadas no DdC. Os trabalhos serão relatados levando em consideração o conhecimento da comunidade sobre os mesmos e suas críticas e sugestões. Neste sentido é a fala dos informantes que moveu a descrição dos trabalhos aqui apresentados e que moveu pesquisas complementares para descrever de uma forma mais organizada as informações deles obtidas.

Os trabalhos desenvolvidos na cidade se dividem entre aqueles desenvolvidos pela **Prefeitura Municipal Municipal** – COAS, Ambulatório de DST/AIDS, Campanhas e Redução de Danos –, pelo **HMMKB** – Internações –, pela **UNIVALI** e pelas **ONGs** – Pró-VIDA e GHIV.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ

COAS

Este tópico visa descrever, relativamente o processo de exame para verificação de soropositividade ao HIV, como a população o compreende, de que maneira os envolvidos se comportam e as consequências, na população, da inter-relação destes comportamentos. Hoje é um dos procedimentos do COAS, que faz exames pelo SUS, mas aqui é relatado também outros procedimentos.

Apenas dois informantes afirmam que não fizeram o exame e não conhecem ninguém que fez o exame para identificação do HIV. Um destes, afirma categoricamente: *“ninguém, em meu meio, fala que fez o exame”*. Ou seja, mesmo que alguém daquele meio tenha se submetido ao exame, não fará referência ao fato. Motivos já expostos anteriormente, ser identificado como possível portador ou como alguém preocupado em sê-lo. E temer a discriminação e o isolamento comumente impostos àqueles identificados.

Todos os outros informantes afirmam ter tido este contato. Porém, o fato de ter tido este contato não necessariamente significa conhecer ou saber sobre o processo. 21% do conjunto total dos entrevistados conhecem pessoas que se submeteram ao exame, mas nada sabem sobre seu andamento. Esta situação ocorre, inclusive, entre profissionais de saúde. Como o relato de um médico, exposto a seguir. *“Que, como médico, tenho*

solicitado exames . não tenho nenhum relato, a não ser que, em algumas oportunidades, perceber . [as] pessoas não quererem, não aceitarem este acompanhamento. As vezes por receio de se submeterem aos exames, aos tratamentos, ou até por receio de ficarem mais estigmatizadas ainda. Uma coisa assim.”

Portanto, a grande maioria dos entrevistados conhecem ao menos partes do processo total deste exame. Porém, uma grande reclamação dos informantes se refere ao desconhecimento do processo de testagem como um todo. Não sabem como é feito, onde é feito e qual o procedimento para sua confirmação. *“Eu não tenho, eu não sei nada de como é que é feito o exame, aonde é feito o exame, como é que chega isso, se, provam. Se vai nome, se não vai nome, como é que eles fazem essa relação, eles colocam na tua ficha, o resultado negativo, ou positivo. Porque de repente tu descobre faz um exame em outro lugar e dá o oposto. E aí teu nome está ali. Até dizem que não é bem assim... Até dizer que não é bem assim, o teu nome já está sendo posto de lado.”*

A maioria dos relatos se estendem ao processo de exame feitos pelo sistema público de saúde, através do Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS. Originado de um projeto desenvolvido na França, e no Brasil implantado geralmente em cidades com mais de um milhão de habitantes, o COAS tem como objetivo central o serviço de diagnóstico do HIV e de orientação à população quanto ao risco de contaminação. Em Itajaí, o centro foi inaugurado em 08/03/1995 e localiza-se na área central da cidade, junto à Rua Hercílio Luz, a mais movimentada da cidade. O prédio que o abriga tem arquitetura e construção bastante antiga e, ali, já localizou-se o INAMPS. Neste prédio também funcionam os outros serviços em DST/AIDS do município como o ambulatório.

Segundo a então diretora do Departamento Vigilância Epidemiológica, da Secretaria Municipal da Saúde, Ivone Lúcia Moreno, em entrevista concedida ao jornal Diário da Cidade no dia da inauguração, *“Como é uma entidade que trabalha com a divulgação de informações, o acesso é aberto a todas as pessoas que quiserem obter informações detalhadas sobre como evitar a contaminação e quais os procedimentos adequados no caso de descobrir-se portador do vírus . Pessoas que tem contato com portadores e quiserem saber como proceder nestes casos também poderão recorrer a entidade.”*⁹⁵

O processo de testagem desenvolvido no COAS, segundo o depoimento de um

⁹⁵ DdC, 9/03/95, Ed. 803, p.06.

dos entrevistados, acontece genericamente da seguinte maneira: *“a pessoa a ser examinada; ao chegar, guarda sua vez conforme uma senha recebida logo na entrada. Chegada a sua vez, vai para uma entrevista de aconselhamento pré-teste e, após, faz a coleta do material para o exame. Liberada, pode se retirar, devendo retornar no dia marcado, em torno de quinze dias depois, para receber o resultado. O resultado é entregue na entrevista de aconselhamento pós-teste. As entrevistas são realizadas individualmente.”*

A entrevista inicial serve para explicar o que é o exame, *“que é um exame e que tens que fazer e com o portador, se for positivo, tem todo um tratamento e tal.”* Outro entrevistado, especialista em AIDS, afirma que a entrevista *“é feita individual, antes da coleta. Ela pode ter toda a conversa e não querer fazer o exame mais. Não, não tenho motivo para mim fazer, não vou fazer. Pronto e vai embora.”* Além disto, nesta entrevista serão levantados dados para uma melhor orientação sobre o melhor momento para se realizar o exame. *“A não ser que tenhas te exposto a uma virose, com o primeiro teste, que é Elisa, ele vai te dar anticorpos, daí vai haver até a dúvida, por isso tem que fazer os outros dois exames confirmatórios, que agora é lei. Então, no pré aconselhamento já se aconselha a não fazer. E se você, digamos assim, foi lá porque teve um comportamento de risco, em determinado momento, vai se vê ainda a data de fazer este teste. Se é já, ou se você vai ter que esperar aqueles sessenta dias da janela imunológica, para aí fazer o teste.”*

O sistema público utiliza o procedimentos de aconselhamento pré-teste para HIV que seria feito antes da coleta de sangue. Situação que deveria orientar o examinado, segundo KIFFER et all, (in: LIMA et all, 1996), sobre vários aspectos: relacionados ao teste, aos fatores de risco relacionados a maior exposição ao vírus, confidencialidade da entrevista, ensaio de resultado positivo, transmissão da infecção e discussão geral sobre promoção de saúde. Talvez por causa da forma em que são feitos estes aconselhamentos, os informantes que o utilizaram afirmam não mais se disporem, pois se sentem constrangidos pela obrigatoriedade de responder a muitas perguntas.

Aparentemente, estas muitas perguntas a serem respondidas também vem em função da busca de uma identidade oculta, que deve ser desvelada para merecer o aval para a testagem. Isto remete à idéia de que só se submete ao exame *“quem tem culpa no cartório”*. Culpa esta que deve ser exposta.

O que a pessoa queria me dizer é que eu não poderia fazer o exame. Em primeiro lugar porque eu trabalho na área da saúde, em segundo lugar porque eu sou casada com um homem e só transo com ele. Tipo assim, não poderia ter desvio no relacionamento. E eu fiquei assim, daqui a pouco ela não faz mais o exame e eu vou ter, sei lá, que meios para fazer o exame? A não ser particular. Eu vejo que se tem esse caminho, porque não mudar a maneira de conversar. Eu aqui não tenho vontade nenhuma de fazer. Acho que é um controle que todos deveriam fazer, mas aqui sem condições. Não sei se todos os lugares são assim. Esse método que eles usam deveria ser renovado. Deveria ter uma reforma aí. Não tem essa coisa, assim, eu falo o que eu quero. É muito ruim... A vida sexual, os parceiros, novos parceiros que tem... Não falam da questão do sangue, pelo menos para mim não falaram. Só do sexo. Se o teu marido transa com uma outra pessoa, isso eles perguntam e tu responde não, mas... Mas porque tu estás fazendo? É esse tipo de coisa. Porque que tu vieste aqui? Aí, não tem aquela questão de seres uma profissional, de trabalhares na área de saúde. Além de colocares que atendes pessoas portadoras, tu queres saber... Ora, daqui a seis meses, ou daqui a um ano, ou sei lá... Eu aqui, jamais! A não ser que já esteja em estado debilitado e precise fazer porque sou obrigada.

A reclamação principal deste informante, portanto, se refere ao tratamento oferecido pelo sistema ao seu usuário. As entrevistas, segundo ele, são constrangedoras.

Além disso, o sistema não tem flexibilidade para, por exemplo, trocar a funcionária, que já o havia entrevistado uma vez, mas insatisfatoriamente. Ele questiona ainda, em seu depoimento, a validade de tal entrevista, já que o fez de má vontade e pressionado.

Outros elementos que aparecem neste relato são o receio de que a funcionária negue-se a continuar o processo, caso em que o examinando se obrigaria a procurar o sistema privado de saúde, e a agressividade com que é tratado. *“É muito cansativo, é muito doloroso mesmo. Te deixa numa pressão tão grande que acabas te convencendo que és uma aidética.”* Isto vai contra a proposta do pré-teste que *“deve ser uma consulta realizada com tempo e confidencialidade, respeitando os limites do paciente. Deve ser realizada em um tom positivo, sem ser obrigatória.”* (KIFFER et al, in: LIMA, 1996, p.78, sem grifo no original).

Um especialista, afirma que o procedimento com as grávidas mudou devido às queixas por elas relatadas. *“Ela [grávida] não é uma prostituta. Vamos separar isto, porque existe isso mesmo. Não é uma usuária de droga, ou até é, mas a princípio ela não é. É uma senhora, dona de casa, comunzona e tal. Então a gente combinou que as psicólogas farão isto, para ela não se sentir agredida, porque havia um comentário no COAS que era perguntado assim: Usa drogas? Como é que trepa? Pela frente? Por traz? Era muito agressivo.”*

Com as grávidas, isto mudou: *“vão tratá-las de uma maneira mais carinhosa”* e

apenas por psicólogos. Provavelmente, a queixa das grávidas tiveram repercussão porque estas pacientes têm vários encontros com seus médicos, coisa que a maioria dos usuários do sistema não tem geralmente.

Com relação à entrevista de aconselhamento pós-teste que *“faz parte de um atendimento ao paciente voltado para a orientação frente ao resultado do exame anti-HIV. Os objetivos deste aconselhamento são: fornecer informações sobre a infecção pelo HIV/AIDS; esclarecer dúvidas existentes; orientar sobre as formas de prevenção; explicar sobre os comportamentos de risco, levantando as questões relativas ao sexo mais seguro.”* (KIFFER et al, in: LIMA et al, 1996, p.86) Apenas um dos informantes a descreveu. Este informante, ressalta-se, era um dos especialistas em AIDS e tem bem claro a perspectiva educativa destas entrevistas.

E depois que vem o resultado, ela faz uma outra conversa, porque o positivo é aquele drama. Tem gente que já está esperando. Imagina um menino, lá, cheio de pico. Ele já sabe. é só para tirar a dívida. Mas tem gente que não está esperando. Eu tive algumas pacientes que eu pedi, conversei, mas eu não esperava que desse positivo. Isso dá uma agonia na gente. É difícil, porque a pessoa chora, nega, fica puto, quer matar a gente, tudo isso. Então negam absolutamente: ‘não, não tenho nada’ e vão embora. Então o positivo é assim. E o negativo é muito importante para trabalhares aquela pessoa, para que ela não contamine. Para que ela use o preservativo. Para que use seringa individual, no caso de usuário de droga. Então é, é um trabalho, olha, muito rico. Tem que ser bem feito porque ele é muito rico.

Dos outros informantes que relatam os procedimentos do exame, nenhum soube informar sobre esta entrevista, apesar de já o terem realizado ou acompanhado pessoas que o fizeram.

Isto gerou, na cidade, o “mito da salinha”, pois, feito o exame, todos deveriam fazer a entrevista de aconselhamento pós-teste. Mas as queixas mais fortes aparecem porque é alegado que nem todos a fazem e, com isto, vários informantes afirmam que corre pela cidade que apenas quem é soropositivo é convidado a entrar novamente na sala. Aos negativos apenas é entregue o exame e são dispensados sem a segunda entrevista.

Esta diferença no trato com o examinando resultou depoimento como o que segue. *“Tem casos, o pessoal fala, tem casos de receber exame positivo e não ser positivo, tem disse-me-disse aí, um monte... e tem a história da salinha. Quem vai para a sala é porque é positivo. [...] Se mandar entrar ali, todo mundo já sabe que é positivo.”*

E ainda: “Agora esta parte nova, nunca fui no CODIN⁹⁶, [COAS], não tenho conhecimento de como é feito, não. Depois que ficou pronto, não. Mas ainda assim sei que mandam entrar naquela sala para pegar o resultado.... Não tem condições.” Procedimento que é, também, corroborado por outro relato sobre o exame de uma pessoa que, tendo feito a coleta de sangue no porto em 1997, vai receber o resultado.

Essa amiga minha fez no porto e, na hora de buscar o resultado no CODIN [COAS], eles chamam pela data de nascimento. Ela não ouviu quando a chamaram. Depois não achavam o exame dela e pediram para ela esperar numa sala. Ela disse que se apavorou: ‘me mandaram para a sala, estou com AIDS’. No final, brigou com eles por isto, por terem deixado ela ficar lá, desesperada e pensando que ia morrer, desnecessariamente.

Mas, parece que na entrega do resultado, só alguns tem a segunda entrevista e isto vem a confirmar o “mito da salinha”.

Para fazeres o exame, pegas a senha e aguarda. E aí, tu aguarda. Eu não fiz entrevista nenhuma depois, para receber o resultado. Eu não fiz entrevista nenhuma. Eu fui lá e tal, peguei o exame, abri e tá. Outra pessoa, que fez comigo, teve uma entrevista. O resultado era igual. Porque? Porque eu trabalho ali perto? Eu merecia o mesmo atendimento! Não é? Porque eu sou conhecida? E aí fiquei um pouco confusa, não fui chamada. ‘Tu não, tu não precisa.’ Porque? [...] É, eu fui pegar o exame e, aí, aquela... aquela ansiedade, aquela coisa bem apreensiva. Tu não sabe o que tem ali dentro. Tens um número, uma senha e tens um envelope fechado. Aí, a pessoa vai te chamar lá... O assistente social, o psicólogo, a enfermeira vai te chamar e vai pegar a tua ficha e vai abrir. E vai dizer tudo, todos os fatos e vai dizer deu positivo, deu negativo. O resultado nosso era igual e eu não tive essa entrevista. Sabe, a pessoa que foi comigo, ela ficou super apreensiva. Ela disse ‘bom, eu estou com o vírus’. E até meia hora depois ela ainda estava a mil.

Na medida em que, segundo o especialista em AIDS acima citado, esta segunda entrevista é muito importante para trabalhar e multiplicar a prevenção, também nos casos de resultado negativo, há uma grave falha no sistema, pois ele também deve se prestar a uma prática de educação para a saúde, e não somente para tratar os já contaminados.

Por outro lado, este mesmo sistema concorre para agravar, com o “mito da salinha”, as restrições quanto a se submeter ao exame, e, também, a mitificação, e consequente discriminação, da síndrome e de seus portadores.

Estas restrições são sustentadas, também, em outra queixa: a dúvida, da população, quanto ao **sigilo das informações** colhidas no serviço. Isto foi citado exaustivamente

⁹⁶ Centro de Orientação e Diagnóstico Municipal – Órgão responsável pelo diagnóstico, apoio e orientação com relação à tuberculose, hepatite, e outras doenças infecto-contagiosas. Antes de 1994, com a inauguração do COAS, era o CODIN também responsável pelos exames de AIDS na cidade.

te por vários entrevistados. Os depoimentos a seguir são esclarecedores.

Não, ética não tem. Eu acho que amizade é amizade. Eu não posso contar. Eu não pedi para ninguém me dizer nada, mas eu soube de vários casos. [Estas falando do teu trabalho?] Não, não a pessoa que me contou não trabalha comigo. Trabalha num setor de atendimento ao portador. E eu não preciso saber se fulano de tal é portador. Tipo assim, em lugares públicos, num bar onde eu estou bebendo, onde o fulano que está do lado é uma pessoa que não tem nada a ver, o nome vai saindo. Eu acho que tem que cuidar, que tem que se cuidar muito. Porque a pessoa, ela deposita confiança. Tem aquela carteirinha e eles te dizem: 'isso aqui é só teu, não vai ter outra pessoa com esse número, esse código é seu, fica tranquilo que ninguém vai ficar sabendo'. Mas são eles mesmo que falam. Agora, eu não posso te afirmar que isso é porque eu sou da área, ou se isso acontece com várias pessoas. Deixa eu concluir, isso foi dito para mim, para minha irmã e para uma outra pessoa. Em horários diferentes e em locais diferentes.

Alguns funcionários são identificados pelos informantes como socializadores dos dados que deveriam ser sigilosos.

Tenho uma amiga que trabalha ali dentro do CODIN [COAS], e a mulher, simplesmente, ela conta para um, para outro, tudo o que se passa ali dentro. Então, a gente sempre sabe quem tem, quem não tem, quem já foi de novo. Elas se encontram para ficar conversando, quem é que está, quem é que não está... Se o teste deu positivo... Tu achas que uma pessoa vai querer? Por isto, quando fiz, há um tempo atrás, fiz lá em Florianópolis, por isto.

Porém, outro divulgador de quem supostamente se submete ao exame ou é soropositivo, citado nos depoimentos, são os taxistas do ponto localizado em frente à porta do prédio do CODIM [COAS]. Eles parecem ser os controladores e divulgadores de quem frequenta aquele espaço, gerando mais preconceito ao portador e ao local de exame. “*Entrou lá, todo mundo sabe, são os taxistas que ficam ali no banco, sem ter o que fazer, que espalham.*”

Na busca de verificação desta hipótese, que aparece já nas primeiras entrevistas, pude constatar que algumas pessoas tinham esta análise clara e outras só percebem na hora que é questionado sobre o assunto, como é o caso dos depoimentos dos dois especialistas, relatados a seguir. O primeiro, responde que “*os taxistas são uns sacanas. Fulano contou que foi ali no CODIM [COAS] e eles o chamaram: 'não podes ir lá. Só entra lá quem tem AIDS'*”. O segundo, busca imediatamente uma justificativa para as quebras de sigilo exposta pelo entrevistador.

Então, não é o profissional que divulga. Muitas vezes é isso aí, ó. Sabe que eu entrei aí [no COAS]. Eu entrei e depois escuto o comentário ali mesmo. Imagina, não, parece tão séria, tão madura! [Risos] Era para mim que eles estavam falando. Parece tão séria e madura. Isso aí, ó... Eu não dou bola! Que eu não tenho nada a perder, eu estou

lá. estou trabalhando! Mas, quer dizer, o comentário existe.

Um enfrenta o problema de frente, enquanto que o outro, apesar de relatar mais um episódio destes senhores, os usa como os únicos divulgadores de quem faz os exames, defendendo seus colegas de profissão. São posturas completamente diferentes, mas não é negado que há uma rede informal de delação.

Outro elemento relatado refere-se à localização. Por ser localizado no centro da cidade, local de muito movimento, e por ter um bar e uma loja bem em frente, ajudam neste processo de delação dos usuários do sistema.

Esta quebra do sigilo gera sérias dificuldades para a vida social dos atingidos. Principalmente quando o resultado do exame foi positivo.

Começa a dificultar a relação entre as pessoas. Começa a dificultar e a pessoa começa, simplesmente, a não conseguir mais companheiros porque se espalhou é caixão, ninguém mais quer saber. Porque, às vezes, você tendo, mas sendo uma pessoa consciente, você pode arranjar um companheiro e contar 'a minha situação é esta, se quiser viver comigo...'. Assim, como eu conheço vários casos, de pessoas que um companheiro tem e o outro não tem, que isto foi dito. [...] Amanhã, ou depois, pode ocasionar também um outro problema, que é falta de espaço de trabalho [...] Esse é outro problema que pode ocasionar! E daqui a pouco pode ocasionar de a pessoa não ter um lugar para morar. Tem gente que não vai querer: 'eu não vou alugar para ele, porque ele é aidético, vai morrer e não vai me pagar'. 'Ah, não vou alugar o quarto da pensão porque vai estragar a minha pensão'.

Na pesquisa fica claro as diferenças de perspectiva entre a população e o especialista em AIDS na cidade, pois na tentativa de elucidar o processo foram levantados os seguintes dados com um dos especialistas. Sobre a realização das entrevistas de aconselhamento e a questão do sigilo nas informações coletadas:

Olha, eu não recomendo que faça exame em laboratório particular. Não que o resultado vai dar errado, dá certíssimo. Mas nunca que o exame de HIV pode ser dado para uma pessoa sem o pré e pós aconselhamento. E o laboratório particular não faz isso. Os serviços de saúde, que eu conheço, levam à risca as determinações do Ministério, com pré e pós aconselhamento. [...] Os serviços públicos que eu conheço, da minha região, eu não posso generalizar, não sei, estão funcionando. Com a devida, assim, preparação e... respeito profissional, com ética, em tudo. Sigilo... não se dá o resultado para uma pessoa que não seja o dono do exame, trabalha com senha, tem filme, tem uma conversa com um aconselhador, preparado. Eu vejo aqui em Itajaí, e Balneário que eu conheço bem o serviço, eu posso dizer que funcionam bem.

Questionado sobre as diferenças do olhar da população e do especialista, pelo fato de que as pessoas afirmam não se sentir à vontade para se submeter ao exame: “*Eu acho que à população, falta divulgação. Ela não sabe dos serviços existentes*”.

Parece que o constrangimento descrito durante a entrevista de aconselhamento pré-teste se deve, por parte do especialista, à compreensão de que só quem se expôs a riscos é que deve fazer o exame. *“Eu acho, eu acho, a minha visão profissional. Eu acho que é horrível pelo seguinte: quando você faz a pré-consulta, você já é preparado para receber o exame positivo ou negativo. Entendeu? Então a pessoa vai acabar sentindo muito porque, se ela foi fazer o teste, ela deve ter tido um comportamento de risco... senão ela não tem que fazer o teste.”*

Então se a pessoa não tem comportamento de risco, ou não se considera do grupo de risco, mas mesmo assim gostaria de se submeter ao exame, a lógica compreendida é que: *“Mas não tem porque fazer, se não se expôs a risco. Então o pré aconselhamento, veja bem, o pré aconselhamento vai te aconselhar a não fazer o teste. Se tu quer fazer porque tu quer fazer, por curiosidade, tá incomodando criatura!”*

Sabe-se que: *“em termos de saúde pública, não existe justificativa ética, científica ou legal para realização do exame anti-HIV de forma indiscriminada. Todavia, todas as pessoas devem ser conscientizadas e incentivadas em relação à necessidade de testagem precoce, com a intenção de aumentar a busca espontânea aos serviços de saúde especializados.”* (KIFFER et all, in: LIMA et all, 1996, p.77). Então as pessoas que tem interesse em serem examinadas deveriam ser incentivadas e orientadas numa perspectiva educativa à serem multiplicadores de prevenção, que instruiriam no seu meio mais dados sobre a síndrome.

Aqui aparece uma contradição, uma vez que a testagem é estimulada, com base na grande incidência da AIDS em Itajaí e que esta testagem tem um caráter educativo, o especialista afirma que o exame somente deve ser efetuado por *“quem tem comportamento de risco. Não é para fazer em massa. Ele tem valor, para você fazer, ver se tem, e fazer o controle e ficar saudável muito tempo. É para isso que você faz. Ou para ter certeza que, apesar de ter feito o que não devia, transar, não conseguiu ter AIDS, você adquiriu, digo, não adquiriu. Então, é para você se alertar... para não repetir aquele comportamento que pode te deixar vulnerável. É para isso o exame. Não tem outra finalidade.”*

Apesar de se sustentar no conceito de comportamento de risco, quando inquirido, através de exemplos, sobre este conceito e sendo demonstrado, então, que todos possivelmente passaram por situações em que seu comportamento era de risco, afirma:

A gente não pode nem dizer comportamento de risco, só pode dizer alguma vulnerabilidade. É o estado em que você está e que você se expõe a se tornar um portador. Claro, isso é a vulnerabilidade. Tem pessoas mais vulneráveis: um profissional do sexo, mesmo que use preservativo sempre, é mais vulnerável que eu, que tenho um único parceiro e acho que é fiel a mim, de corpo, pelo menos. [...] É isso é o que eu chamo de vulnerabilidade. Então, tem pessoas, como você colocou, e agora? Sei lá, e o meu namorado? Porque, então, caso, então, se ele acha que, por segurança, que ele deve fazer um exame de HIV, até antes de uma relação mais estável, é adequado. O aconselhador vai dizer, vamos fazer. Para que todo mundo fique tranquilo.

Isto demonstra o retorno ao conceito sob outra denominação, a situação de vulnerabilidade. Finalmente, põe toda a decisão de fazer ou não o exame nas mãos do funcionário do órgão que realiza os exames. Sujeita o examinando às decisões do examinador. Acumulando um poder de domínio, por parte do sistema de saúde, sobre a própria intimidade do cidadão.

Aqui fica claro que o papel do aconselhador, além de fazer as devidas orientações, é decidir se a pessoa deve ou não fazer o exame, independente da opinião do examinado. Talvez seja este o motivo do constrangimento e seja isto que justifique a postura, que muitos citam, de que é necessário mentir na entrevista, sob pena de não realizar o exame. Esta postura é utilizada, inclusive, por quem usa convênios de saúde. *“Minha irmã, que fez pela UNIMED, só conseguiu permissão porque inventou [para o médico] que o marido era usuário de drogas. É um absurdo! Para que, então, pagar um plano de saúde?”* O direito de escolha quanto a realização do exame não deveria estar sob a responsabilidade única do aconselhador, uma vez que, segundo Carlos Kiffer et al (in: LIMA et al, 1996) a mesma não deve ser obrigatória, porque senão perderia o espaço empático, de confiança e de respeito que é fundamental para o processo da entrevista.

O outro informante, que também nega-se a novamente passar pelo processo, designa outras razões para sua decisão. Aqui, o motivo é sua própria reação a um eventual resultado positivo no teste. Ele afirma: *“é como eu te digo, eu não faço mais o exame. Não faço porque tenho medo da minha reação. Tenho medo mesmo. É fácil falar quando você não está envolvido e é difícil quando você está envolvido. Então eu não faço para não saber, para não procurar sarna para me coçar. Mas eu procuro hoje, eu cuido, senão por mim mas pelos outros. . Eu jamais transo sem camisinha, jamais!”*

E continua, após ser inquirido dos motivos deste medo.

O que se passou desde o início da AIDS? A AIDS mata. A AIDS mata, mata. A pessoa vai fazer exame e morre junto. Com certeza morre, com certeza morre. Veja o caso do

007⁹⁷. Enquanto ele não sabia, ele estava bem. A partir do dia em que soube, ele começou a morrer. O 009 a mesma coisa, o 004 a mesma coisa. Então, as pessoas desde o dia em que sabem começam a morrer. Porque falta orientação para as pessoas. E não são pessoas ignorantes. Sabe, mas foi a impressão que se passou daquilo, foi posto na tua cabeça, porque tinha todo dia propaganda na televisão: AIDS mata, AIDS mata. AIDS maataaaa, acabou! Depois que descobriu, vou morrer! Vou morrer!

O despreparo com que algumas pessoas se defrontaram na recepção do resultado gerou, segundo um entrevistado, uma antecipação da morte. É colocado que muitos se deprimem tão enfaticamente que não reagem mais aceitando a morte, entendida como a única saída possível. As vezes, um primeiro resultado positivo, sem nem menos fazer um segundo, é entendido como uma sentença de morte. A forte associação da AIDS/Morte faz com que a sentença seja incontestada.

Dois outros entrevistados, que nunca se submeteram ao exame, também se referiram ao medo de um resultado positivo e de descobrir portador do HIV. A própria reação é o principal fator para esta recusa.

Eu morro de vontade de fazer. [...] Eu tenho um monte de vontade de fazer, tenho medo, pavor de fazer. Eu acho assim que se um dia eu tiver, se eu achar que eu estou bem, bem de saúde... Acho que, se eu estiver legal, eu faria porque eu teria como seguir: eu tenho pavor de fazer exame. Eu tenho um amigo que não fez porque acha que não tem, que nunca vai pegar. Eu tinha curiosidade de fazer mas deve ser um pane, deve ser horrível. Tinha que ser igual a foto 3x4, tinha que ser na hora. [...] O problema é como eu vou reagir se eu tiver. Eu não tenho estrutura, eu acho. É neste sentido.

Enquanto este primeiro não sabe expor claramente os motivos além da justificativa da falta de estrutura. O segundo relato, é interessante observar, também mostra o receio de si mesmo com relação ao resultado: expõe a culpa, a depressão, o choque e a tristeza, sentimentos claramente expostos para justificar a recusa em ser testado. –O receio em fazer o exame também é pela perspectiva de se deparar com seus próprios fantasmas, com seu próprio imaginário.

Eu não fiz meu exame ainda. Porque eu acho que é pior tu saber, constatar mesmo que tu sabes, que aí tua vida dá uma virada. [...] Aí, eu prefiro viver na ilusão. Não se preocupar com a coisa, viver na ilusão [...] É. A primeira culpa é em si. Até botares na tua cabeça que és a culpada maior, levamos um bom tempo... até botares, porque, aí, vais entrar em fase de depressão, tu vais entrar naquele... primeiro o estado de choque. Quando recebes o resultado, é como uma gravidez que tu não esperas. Então, a primeira coisa é assim: tu não querias, tu já não querias. Aí, depois, aí o exame, conta não conta, faço não faço, aquela coisa. [...] eu sou sincera contigo, não fiz ainda por-

⁹⁷ Todos os nomes de doentes de AIDS foram substituídos por números, possibilitando a identificação dos casos pelo leitor e respeitando a confiabilidade de que os fatos seriam relatados sem identificar a quem se referiam.

que receio mesmo... receio mesmo, assim, porque eu vou ficar mais triste ainda comigo.

Expõe, ainda, uma discriminação, em relação à síndrome e seu portador, existente em seu contexto social, pois em outros momentos da entrevista, refere o portador como o primeiro a se discriminar. A AIDS como é entendida puxa a culpa individual por ter se submetido a uma situação de risco.

Estes dados demonstram uma noção, ainda existente e com muita força, de que a AIDS é sinônimo de morte. As pessoas preferem não saber se estão ou não contaminados, mesmo que isto lhes trouxesse a possibilidade de tratamento e sobrevida, pois preferem, claramente, continuar “vivendo”, já que o simples saber de sua condição de soropositivo é entendido como estando a morte ou já morto. A mídia e a experiência de saber que pessoas depois da comunicação aos demais de sua soropositividade adoeceram rapidamente e morreram, auxiliou muito na construção de hipertextos, que sintetizam a AIDS com a morte de forma tão focal, aparecendo assim o medo de receber um mesmo diagnóstico.

Outro dos entrevistados, afirmando conhecer várias pessoas que se submeteram ao exame, relata que os examinandos se sentem “*muito mal, acho que dá vontade até de se matar. Muita gente fica desesperado.*” Este relato condiz com o relato seguinte, colhido de um profissional de saúde. “*quanto à constatação do HIV, realmente o paciente muda muito. Uns se tornam revoltados, outros ficam apáticos... Mas, mudam. Mudam bastante.... ‘Porque eu e não os outros?’*”

Então com relação ao resultado positivo do exame não apareceu uma positividade, ao nível de aumento de sobrevida, de busca de tratamento, de prevenção a infecções, apenas a negatividade.

Com relação aos exames através do sistema privado de saúde, são citados processos efetuados na cidade e em Curitiba. Em ambas as cidades os relatos demonstram a inexistência de entrevistas e orientações aos examinandos, antes ou depois do exame. Não há qualquer cuidado com as reações que porventura o paciente possa ter. “*Entrou como se fosse um exame qualquer, não entregou como se fosse um exame. Entregou como um exame qualquer... como um exame comum, não existe assim diferença.*”

Esta prática, a do não preparo para o resultado do exame, traz segundo os relatos problemas emocionais, caso o indivíduo não esteja bem estruturado ou não tenha sido

preparado por seu médico para receber este resultado. “*Meu cunhado fez o exame e recebeu o resultado, o primeiro resultado positivo, como se fosse exame de controle, como se ele já soubesse. Daí a pancada, porque ele o recebeu sem apoio nenhum.*”, ou “*e o 004 que fez no Laboratório XXXX e a moça achou que era confirmação: entregou a seco. Ele chegou em casa com o resultado positivo transtornado.*” Caso não esteja bem preparado, é provável que o examinado aceitará o que de mais forte aparece na sociedade: a morte como a única saída. Ressalta-se que este entendimento, de que o funcionário do laboratório entregou o exame “achando” que era confirmação ou controle, não tem sustentação. O funcionário entrega o resultado do exame desta maneira, porque isto faz parte do procedimento padrão dos laboratórios particulares.

Isto é enfatizado por outro informante:

Particular. particular não tem isso, vai no laboratório, faz e pronto. Porque eu fiz particular aqui. Eu tive uma vez que fazer lá [COAS], mas eu fiz aqui particular. Mas, no laboratório, também não tem ninguém para te dizer o resultado. Simplesmente entregam o resultado e acabou. É outra coisa perigosa, porque, se o indivíduo não tem estrutura, é capaz de se matar.. Tu não podes jamais fazer um exame sem antes passar por um psicólogo, para ele te dar uma estrutura, sem passar por uma assistente social. Para o assistente social saber qual é a tua realidade e também botar na cabeça das pessoas que não é assim, que não é, porque você pensa que vai morrer. A maioria das pessoas pensa assim: ‘eu tenho, então, vou morrer.’ E não é assim.

Talvez pelos fatos acima relatados, o procedimento de exame mais elogiado, dentre todos os depoimentos, é o realizado pelo sistema público de saúde em Florianópolis, mesmo tendo o informante se submetido ao exame nesta cidade já há algum tempo. Seu relato prioriza a descrição do processo, ressaltando a multidisciplinaridade e os conhecimentos a ele repassados, procurando estimulá-lo à vida e, ao mesmo tempo, tranquilizando-o quanto aos resultados.

Quando eu estive lá, passei pela enfermeira [...] Antes de fazer o exame já pegavam teus dados, tudo, já tirava temperatura... Sai dali e vais para uma assistente social. Ai, a assistente social colhe teus dados todos.[...] passa para o psicólogo e o psicólogo encaminha para a médica. Ai, a médica vai dizer para fazer todos os exames e encaminha para tirar o sangue. E naquela época, eu me lembro, eles explicavam: se caso o resultado der positivo, você não pode se desesperar. Ai tem mais outros exames que tem que fazer, os confirmatórios, o imuno e o Western-blot. Depois, se estes resultados derem positivos, ai é que nós vamos ver o que é, porque isto não significa que você vai morrer também. Pode ser, até, que os confirmatórios dêem positivo, mas isto não significa que vai morrer. Significa que tem o vírus, se não se desenvolver, pode viver até ficar velho. Foi assim que eles falaram. Tu sai de lá tranquilo. Mais ainda quando te dizem que há pessoas que já tem o vírus há não sei quantos anos. . Aqui não tem isto.

Por outro lado, alguns pontos positivos que devem ser ressaltado é o aumento no

número de testagens, realizadas pelo COAS em 1997, e a disposição da atual direção: “*e aumentou muito o número de exames coletados. Só para teres idéia, no ano de 1996 se fazia 200 exames/ mês. Sabe quantos exames/mês se fez em 1997? 1200. Tinha aqui kits para dois anos e já acabou. Tivemos que comprar mais. Legal. Eu achei muito bom. É fantástico!*”

Outro ponto é que em 1997 foi implantado como rotina nos exames de pré-natal que toda grávida faça exame anti-HIV, e com isto já se tem a diminuição da transmissão vertical, de mãe para filho, pois é feito o acompanhamento da gestante no CRESCEM – Centro de Referência da Saúde da Criança e da Mulher.

Ambulatório DST/AIDS

Outro trabalho bastante citado pelos informantes, apesar de designado frequentemente como COAS ou CODIM, é o realizado por este ambulatório subordinado à Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí. O serviço tem como objetivo, segundo documentos da própria Secretaria, “*receber e dar atendimento médico e de enfermagem aos pacientes positivados*”, sendo sua clientela, portanto, os “*portadores de HIV e doentes de AIDS da micro-região*”.

Iniciado em 1990, era localizado no prédio do antigo PAM, atual Policlínica Central. Em 1995, transferiu-se para o prédio do antigo INAMPS, pois, com a inauguração do COAS, os serviços em DST/AIDS foram centralizados em um único local.

Apesar de ser o terceiro mais citado pelos informantes, não é possível afirmar que este trabalho seja conhecido da população em geral, pois notou-se nos depoimentos uma confusão tanto de função quanto relativa ao próprio nome do serviço. O nome “Ambulatório” não apareceu nenhuma vez nas entrevistas, e as pessoas se referiam a ele como CODIM ou COAS. Esta confusão aparenta ser decorrente, além do desconhecimento do serviço, da localização do serviço no mesmo prédio em que funciona o COAS e o CODIM. Designam todos os serviços ali localizados genérica e alternadamente como COAS e, principalmente, CODIM.

A estrutura do prédio é elogiada quanto à estética por vários entrevistados. Segundo estes, tem uma bela arquitetura, com um espaço agradável e uma bela decoração.

Porém, gera dificuldades aos pacientes já em estado avançado da doença.

Absurdos como ali no centro, onde funciona o COAS. Veja só, funciona lá no andar de cima, onde o acesso das pessoas com dificuldade, local que não tem um elevador ou que não tem uma rampa, que não tem... que tem pessoas já dependentes de cadeiras de rodas, tudo, ou com outras dificuldades. E, aí, mais enfeitaram... Fizeram lá um local muito bonito, de cortinas, móveis bonitos, sofás, decoração, mas faltando conteúdo, faltando condições materiais de trabalho, e até de um trabalho em equipe mesmo.

Quanto à equipe, há restrições, por parte dos entrevistados, ao atendimento ali efetuado. Especificamente em relação ao realizado pela equipe médica, um dos informantes afirma que há diferenças entre o atendimento pelo sistema e aquele realizado nos consultórios particulares dos médicos. “*Certamente tem como eu te digo, no consultório dele, ele me tateava [à procura de gânglios]. Porque, quando o 007 ia no CODIN, ele não botava a mão no 007. Porque eu ia particular e o 007 ia no CODIN.*”

A espera por uma consulta também é motivo de reclamações por parte dos informantes, se referindo ao período de férias do médico responsável “*Tinha de esperar, às vezes, dez dias por uma consulta [...] Tem de ser para ontem o atendimento. Então, se a pessoa dispõe de recursos para ser atendido por um particular, tudo bem. [...] Mas, enfim, se fosse uma infecção mais grave ele morria em dez dias.*” Este informante propõe, como possível melhoria, um aumento de integrantes da equipe médica.

A deficiência no atendimento também é relatada como problemas relativos à orientação no uso dos medicamentos. Um dos entrevistados exemplifica com um caso conhecido, que o doente, batia no liquidificador com leite os vários remédios receitados e tomava. “*Vários comprimidos, um para cada coisa. O cara esta com uma caixa desse tamanho para dor, para dor de cabeça para dormir. Um monte de remédio [...] É tanto, é tanto que enche um copo. Ai o que ele faz? Ele bate no liquidificador e toma um copo desse tamanho de remédio.*”

Quanto à distribuição de medicamentos, que não é função do ambulatório, algumas reclamações são levantadas. Uma destas se refere à distância entre o ambulatório e a farmácia, localizada na Policlínica Central a 100m de distância, além da falta de medicamentos e a centralização de sua distribuição a um só funcionário. O depoimento a seguir aglutina e exemplifica estas três reclamações.

Ao ponto de, como já te contei, ele chegar um dia lá, desesperado, e dizer ‘mas eu preciso disso, vocês tem que dar um jeito nisso, porque eu vou fazer um escândalo aqui dentro’. Ai sempre encontravam lá uma caixinha perdida, outra caixinha ‘ah, eu tenho esta caixinha que era para outro paciente, mas então eu vou te dar e aí, quando

chegar mais, eu guardo para o outro paciente'. Será que é verdade isso? Ou quando ele chegava lá e simplesmente não tinha funcionário para fornecer o medicamento. 'O fulano não veio hoje e é com ele'. Era só ele que podia fornecer aquele medicamento. Então, se o cara não viesse trabalhar, a pessoa não podia pegar o medicamento? O sujeito já está caindo pelas tabelas, o coitado já não tem forças para andar, ainda tem que ir até lá se arrastando. Quando chega lá, ou o funcionário não está, ou não tem o medicamento, e ninguém faz nada para ir atrás do medicamento.

Estas reclamações chegam ao ponto de um informante garantir: *"Se eu ficasse doente em Itajaí, eu não ficaria. Porque, pelo que existe aí, esta falta do atendimento, falta de apoio que existe em Itajaí. Deus me livre se a pessoa precisar de um AZT. Não tem! Vai morrer porque não tem. Ou qualquer outro medicamento. Às vezes tem que esperar dois dias. Em dois dias a pessoa morreu. Se é uma infecção muito forte, morreu. Se espalha acabou."*

Algumas sugestões são aventadas para que este serviço dê melhor assistência ao usuário, principalmente ao usuário já com comprometimentos devidos à síndrome. *"Poderia ter tranquilamente um funcionário, até por uma questão de boa vontade, ou uma assistente social que fizesse isso. Não, o senhor vai para casa que nos vamos levar o medicamento para o senhor. Não sairia caro, para o município, ter uma assistente social para fazer isso, não é."* Outra sugestão é transferir o setor responsável pela área, da farmácia da Policlínica Central, para o próprio prédio onde se localiza o ambulatório.

Em relação à equipe de enfermagem, a avaliação é ambígua, pois mesmo afirmando que o atendimento tem deficiências, reforça a boa vontade e a maneira carinhosa de tratar os pacientes. *"Num final de semana, foi telefonado para uma das mulheres que trabalham no CODIN e ela foi lá, na casa dele, aplicou soro e tudo. Depois a gente continuou cuidando dele. As moças do CODIN sempre iam lá no final de semana, para ver como ele estava, como não estava."* A equipe de enfermagem é reconhecida como um modelo de como deve ser atendido o portador, com dedicação e respeito.

Campanhas informativas promovidas pelo poder público

As campanhas informativas visando esclarecer a população sobre as características da AIDS, e as formas de evitar a contaminação, já são parte da atuação do Ministério da Saúde desde a década passada, quando a síndrome passou a ser encarada como um sério problema de saúde pública. Estas campanhas sempre tiveram como peças fundamentais as distribuições de preservativos, a confecção e distribuição de folders e carta-

zes e as propagandas via mídia. Além disso, algumas outras formas foram eventualmente utilizadas. Como exemplo, podem ser citados os out-doors ou a marcha de dois ciclistas que rodam o país em suas bicicletas sob o lema “*pedalando contra a AIDS*”.

Ano a ano, as fórmulas foram repetidas, principalmente durante os períodos em torno do Carnaval e do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS (1º de dezembro).

Destas campanhas, esperava-se, têm até um caráter paradigmático em relação às campanhas promovidas pelos poderes públicos de estados e municípios, pois têm maior alcance e mais recursos. Porém, pelo acentuado âmbito de alcance, se distanciam da população e acabam por ter um grau de impacto menor. A eficácia acaba por diminuir em favor do aumento da amplitude.

Assim, as ações informativas dos estados e, principalmente, municípios tenderiam a ser mais impactantes à população, tenderiam a ter maior força nas modificações comportamentais da população. O que, em última análise, é o seu objetivo. Três elementos integrariam a base deste pressuposto: **a)** maior homogeneidade, em termos de hábitos e compreensão da realidade, da população-alvo; **b)** maior conhecimento desta população por parte das pessoas que planejam as campanhas; e **c)** maior facilidade de acesso em seu cotidiano.

Isto possibilitaria que o processo informativo fosse mais sistemático e criativo. Mais sistemático no sentido de ter uma continuidade temporal, e não aparecer de tempos em tempos como acontece nas campanhas do Ministério da Saúde. Também deveria ser mais criativo, buscando adaptar-se ao cotidiano e ao modo de pensar da população a ser atingida.

Porém, não é o que se nota sobre as campanhas fomentadas pela Prefeitura Municipal de Itajaí, que têm acontecido anualmente nos períodos de Carnaval e em torno do Dia Mundial de Saúde (06 de abril) e do Dia Mundial de Luta contra a AIDS (01 de dezembro).

Dentre estes três períodos do ano, o relativo ao **Dia Mundial de Luta contra a AIDS**, é o que apresenta, na cidade de Itajaí, mais sistematicamente atividades informativas e preventivas à síndrome. Em todos os anos, desde sua fundação, o DdC noticia movimentações em torno do primeiro de dezembro.

A primeira matéria, em 1992, sobre o assunto trazia as atividades planejadas, pela Secretaria Municipal de Saúde, para o primeiro de dezembro. Segundo o jornal, os pos-

tos de saúde e as policlínicas estavam se preparando para proferir palestras, distribuir materiais informativos, distribuir preservativos e, ainda, *“ministrar aulas curtas aos alunos de escolas públicas municipais e estaduais e particulares”*⁹⁸

Durante todo o 1º de dezembro daquele ano, inclusive à noite, diversas atividades foram programadas a partir do tema *“AIDS - Compromisso com a comunidade”*. Foram promovidos debates, apresentação de danças, apresentação de grupos folclóricos da região, distribuição de preservativos, exposição de filmes e palestras sobre o tema. Ao final da tarde, 18 horas, uma marcha silenciosa pela Rua Hercílio Luz e, logo após, um culto ecumênico. À noite, a apresentação do filme *“Faces da AIDS”* e um show musical que, segundo o DdC daquele dia, *“deverão atrair a atenção do público jovem para o evento”*.

A então Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde, coordenadora das atividades, *“anunciou, ainda, a realização de uma pesquisa que irá definir com clareza o número de pessoas infectadas com o vírus HIV e qual o quadro sócio-econômico em que o vírus apresenta maior incidência na cidade”*. Esta pesquisa seria iniciada naquele dia e constaria de *“um trabalho de coleta de sangue na Rua Hercílio Luz, que servirá para a confecção de um levantamento para detectar os portadores do vírus, estabelecendo também o nível sócio-econômico e cultural em que a síndrome apresenta maior propagação. ‘Desta forma, saberemos quais são os grupos de risco na cidade’, acentuou a diretora”*⁹⁹

Uma avaliação das atividades, no dia seguinte ao evento salienta a pouca participação da comunidade. *“Poucas pessoas participaram ativamente, ontem, das atividades alusivas ao Dia Mundial de Luta contra a AIDS”*, salienta o jornal. Conforme o depoimento, transcrito na reportagem, da coordenadora do evento, *“muitas pessoas passaram pelo local e olharam a movimentação, chegando a receber folhetos informativos sobre a doença. Contudo, foram poucas as pessoas que realmente pararam e acompanharam o desenvolvimento dos trabalhos.”* O movimento foi mais expressivo durante o show da noite, composto principalmente pelos jovens. *“Apesar disso, a coleta de sangue para a pesquisa de verificação do número de pessoas contaminadas em Itajai foi bem sucedida”*.¹⁰⁰

⁹⁸ DdC. 22/11/92, ed.221, p.03.

⁹⁹ DdC. 01/12/92, ed.226, p.08.

¹⁰⁰ DdC de 02/12/92. ed.227, p.10.

Note-se que o dia primeiro de dezembro de 1992 foi uma terça-feira e as atividades, em sua grande maioria, foram desenvolvidas em horário de trabalho, sendo estranho definir a pesquisa como bem sucedida. Além de grande parte da população ter medo da síndrome o que dificultaria uma boa coleta, pois provavelmente as pessoas teriam dificuldade em parar na rua mais movimentada da cidade para responder questionários e se submeter à coleta de material para exame (sangue), assumindo publicamente a possibilidade de ser portador.

Em 1993, o tema da campanha relativa ao Dia Mundial de Luta contra a AIDS era “*Previna-se do vírus, não das pessoas*”. A Secretaria de Saúde de Itajai preparou as atividades a partir dos postos de saúde, com a distribuição de “*panfletos com informações gerais sobre a doença e como evitá-la, [...] apresentação de vídeos produzidos pelo Ministério da Saúde e palestras com explicações gerais sobre o vírus HIV*”.

Também aparecia uma preocupação com a contaminação através do uso coletivo de drogas injetáveis, pois a campanha daquele ano, segundo o DdC de 01/12/93, visava “*reduzir o avanço da doença, combatendo, principalmente, a transmissão via uso de seringas contaminadas. [...] Como há dificuldades em eliminar o uso de drogas, a Secretaria da Saúde está difundindo técnicas de descontaminação de seringas pelo sistema 2x2x2.*”¹⁰¹

Além disto, a Secretaria preparou um folder, relativo ao Dia Mundial de Luta contra a AIDS, com informações básicas sobre a síndrome, anexando-o ao DdC do primeiro de dezembro daquele ano.

O dia primeiro de dezembro de 1994, uma quinta-feira, foi marcado, segundo o DdC, com uma intensificação, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, do trabalho de orientação sobre o contágio do HIV. Para isto, seus técnicos desenvolveram “*serviços de conscientização junto às escolas da rede pública*” e distribuíam “*panfletos sobre a prevenção da AIDS*”. Além disso, voltou a estratégia das barracas na área central da cidade, utilizada em 1992, para “*orientação individual ou em grupo*”¹⁰² à população e a realização do exame para detecção do HIV. Então, a realização do exame público, estratégia reutilizada e logicamente com poucos resultados, não tem mais o caráter de pesquisa.

¹⁰¹ Este sistema consistia em encher a seringa com água pura por duas vezes, depois duas vezes com água sanitária e novamente duas vezes com água pura (ed.482, p.03).

¹⁰² DdC, 01/12/94, ed.734, p.12.

A novidade na campanha do Dia Mundial de Luta contra a AIDS de 1995 é “a participação de 21 adolescentes da Rede Municipal de Ensino, devidamente treinados para prestar orientação às pessoas interessadas em DSTs, especialmente a AIDS.” Durante todo o dia, um posto de atendimento foi montado na Rua Hercílio Luz, servindo de base para a distribuição de material informativo, orientação e coleta de sangue para exames. Também aconteceu o trabalho nos postos de saúde e policlinicas, já tradicional, e o trabalho dos técnicos da Secretaria de Saúde, que “distribuíram material educativo e camisinhas em bancos, empresas comerciais e industriais, sindicatos e no Porto de Itajaí.”¹⁰³ Segundo a então diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica, durante o dia foram distribuídas, no município, mais de trinta mil preservativos. A campanha apesar de se restringir a um dia apenas, vai em busca da comunidade.

Nos anos de 1996 e 1997, apesar de publicar matérias sobre o Dia Mundial de Luta contra a AIDS, o DdC não noticia atividades referentes a esta data por parte do poder público municipal. As matérias de primeiro de dezembro se referem a atividades por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Navegantes, de atividades do Lions de Balneário Camboriú, etc.

Durante o período de **Carnaval**, não existem atividades informativas sobre a AIDS até 1995, quando aparece a primeira referência no DdC. No canto da página, uma nota de coluna simples, 13x11 cm, noticia a decisão do Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN de realizar um trabalho, durante os quatro dias de carnaval, no sentido de “orientar os foliões sobre os perigos decorrentes do excesso de consumo de álcool, da utilização de drogas injetáveis e da prática do sexo sem preservativos”. Pois, “de acordo com o Conselho, a essência do Carnaval é participar de uma festa de entretenimento e lazer e não deixar que passados os dias das folias de Momo, resultado negativos venham à tona causados pelos excessos.”¹⁰⁴

Já no Carnaval de 1996, a Secretária da Saúde, visando a distribuição de material informativo, busca a parceria de clubes, boates e outras organizações que realizariam bailes de carnaval. Segundo o DdC de 14/02/96, o Departamento de Epidemiologia avisava, aos dirigentes destas entidades, que o material poderia ser retirado na própria Secretaria. “Além dos impressos convencionais, estão sendo distribuídos leques e ventaro-

¹⁰³ DdC. 02-04/12/95, ed.985, p.03.

¹⁰⁴ DdC. 25-27/02/95, ed.794, p.03.

las, com explicações impressas, além de preservativos”.¹⁰⁵

Segundo o então coordenador da 7ª Regional de Saúde, Itajaí estava “distribuindo cerca de 60 mil camisinhas” e havia confeccionado “material de excelente qualidade e de alto poder de impacto.” Toda a campanha estava baseada no alerta à população sobre os perigos do contágio da AIDS e, principalmente, “em conscientizar que o uso da camisinha é fundamental, pois além de evitar as DSTs é um meio de não contrair o HIV”.¹⁰⁶

A reativação da estratégia das barracas na área central da cidade marcou o Carnaval de 1997. Foi montada uma barraca na Av. Marcos Konder para a distribuição de materiais informativos, ventarolas e preservativos. A Secretaria de Saúde tinha disponível, para este fim, “cerca de 50 mil camisinhas”. O material estava disponível também nos clubes que iriam realizar baile carnavalescos.

O Departamento de Vigilância Epidemiológica estaria atuando na distribuição de material informativo junto a bares e restaurantes. Foram afixados cartazes nos ônibus urbanos e as agências bancárias colocaram, em suas dependências, folders à disposição da clientela, além da exposição dos cartazes.

Outra atividade se referia aos sorteios, durante os bailes, de camisetas “disseminando mensagens enfocando as formas de contágio da Aids e o métodos para evitá-la”, como “Não faça balão. Faça sexo seguro. Não deixe a Aids entrar na folia”¹⁰⁷. Estes sorteios eram realizados pela própria Secretaria, pelos clubes e entidades carnavalescas.

Relativo ao *Dia Mundial de Saúde*, dois programas foram realizados, um em 1995 e outro em 1996.

Em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o Sindicato dos Motoristas de Itajaí, distribuiu material educativo e preservativos, na BR-101, aos motoristas de caminhão. Segundo o então secretário de saúde, o trabalho tinha a “finalidade de educar os motoristas sobre prevenção da AIDS, esclarecendo os meios de contágios e os procedimentos preventivos”. Durante todo o dia sete de abril daquele ano, técnicos da Secretaria e diretores do Sindicato permaneceram no Posto da Polícia Rodoviária

¹⁰⁵ Ed. 1035, p.12.

¹⁰⁶ DdC, 16/02/96, ed.1037, p.03.

¹⁰⁷ DdC, 07/02/97, ed.1282, p.03).

*“para conversar, informar, os caminhoneiros e distribuir o ‘kit educativo.’”*¹⁰⁸

Esta atividade se repetiu em 1997, com parceria da Secretaria de Saúde e a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde. Porém, a atividade do ano de 97 não se referia ao Dia Mundial de Saúde e sim, supõe-se, ao Dia do Motorista (25/7), já que as atividades foram realizadas no dia 30 de julho daquele ano.

A campanha educativa não foi realizada, em 1995, apenas em Itajaí, pois, segundo o DdC de 30/07/97, seria realizada em todos os postos da Polícia Rodoviária de Santa Catarina, a partir de esforços conjugados entre as Coordenadorias Regionais e as Secretarias de cada município. Deduz-se, portanto, que esta campanha foi efetivamente promovida pelo poder público estadual, que buscou parceria junto às prefeituras dos municípios de Santa Catarina.

Outra programação, relativa ao Dia Mundial de Saúde, foi a realização da Semana Municipal de Saúde. Esta Semana, que aconteceu no período de 09 a 12 de abril de 1996, pretendia *“apresentar à comunidade as diversas ações desenvolvidas na rede municipal de saúde, com a divulgação de temas educativos e preventivos da saúde e do trabalho desenvolvido pelos técnicos da Secretaria”*. A proposta incluía a instalação de diversas barracas, cada uma com uma especialidade, *“para orientação e aplicação demonstrativa de pequenos exames e procedimento preventivos na área de saúde”*. Entre estas barracas, havia uma pertencente ao COAS, com *“orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS”*. A programação incluía, ainda, apresentações teatrais sobre os meios preventivos em saúde.¹⁰⁹

Na edição de 16/04/96, o DdC parabeniza a Secretaria de Saúde pela qualidade do material informativo por ela elaborado. *“O folder ‘Teste para AIDS’ explica e desmistifica os diversos tipos de testes existentes, incentivando grupos de risco à realização do mesmo [...] contém, inclusive, endereços dos principais centros de saúde do município onde é realizado”*.¹¹⁰

Durante a Semana Municipal de Saúde, conforme matéria de avaliação, *“os profissionais da Rede Municipal de Saúde prestaram atendimento a cerca de quatro mil pessoas”*. *Especificamente ao caso das DSTs e AIDS, segundo o então secretário, foram prestadas orientações visando a prevenção, “distribuídos cerca de cinco mil pre-*

¹⁰⁸ DdC, 06/04/95, ed. 824, p.12.

¹⁰⁹ Segundo o DdC de 09/04/96, ed.1070, p.14.

¹¹⁰ Ed. 1075, p. 05.

servativos e foi duplicado o número de teste de HIV realizados no município". A matéria teve chamada de capa com a seguinte manchete: "*Semana da Saúde apresentou resultados altamente positivos*".¹¹¹

Outra campanha de conscientização foi realizada na cidade em 1993. Visando a diminuição do consumo de drogas, o Conselho Municipal de Entorpecentes promoveu, junto às escolas, um concurso de frases e redações. O concurso abrangia os alunos matriculados entre o pré-escolar e o segundo grau, classificados conforme o nível escolar. Apesar de visar especificamente o problema do consumo de drogas, o concurso atingia a problemática da AIDS. Pois, nos trabalhos que os alunos elaborariam, para concorrer, deviam constar "*os malefícios que as drogas causam à saúde, bem como a relação existente entre Entorpecentes e a AIDS*".¹¹²

O mesmo concurso, chama então de Concurso de Frases e Redações Anti-Drogas, foi realizado também em 1995. Também atingindo os alunos do pré-escolar ao segundo grau, o concurso de 95 visava mais diretamente a AIDS que o anterior. O então presidente do COMEN ressaltava, que o trabalho devia "*apresentar uma orientação clara e precisa sobre as relações Drogas X AIDS, especialmente no município de Itajaí*".¹¹³

Com relação às entrevistas efetuadas, cinquenta e sete por cento dos informantes afirmaram conhecer pelo menos uma das campanhas de conscientização à prevenção da AIDS na cidade. A característica central dos depoimentos destes informantes é a centralização sobre a distribuição de preservativos. A maior parte deles fala apenas sobre isto e os que citam outras atividades o fazem rápida e superficialmente.

Os depoimentos sobre a distribuição de preservativos vem, todos, com críticas à forma como são efetuados. Alguns extratos das entrevistas, a seguir relatados, são esclarecedores.

Mas ocorre que o Dia Nacional da AIDS é feito um carnaval. Distribui camisinhas para deus e o mundo, mais parecia confete na rua, porque se encontrava até jogado no chão. Mas isso não adianta. Sair distribuindo, na rua, camisinhas para as pessoas. Só simplesmente distribuindo camisinhas, sem um maior esclarecimento, sem abordar as pessoas na rua, explicar o que está ocorrendo. De fato, não adianta isso. Você só jogar camisinha na mão das pessoas para uma chegar lá na esquina, encher e fazer balãozinho, chegar lá e jogar no lixo. Sabe, não adianta. Há que se tomar uma consciência maior e aproveitar melhor este dinheiro que vem para cá.

¹¹¹ DdC, 20-21/04/96, ed.1079, p.03.

¹¹² DdC, 02/07/93, ed.375, p.03.

¹¹³ DdC, 08/06/95, ed.865, p.05.

Também é exposto como uma folclore, que desperdiça material, sem cumprir a função que se propõe de socializar e desmistificar o uso do preservativo.

A distribuição de camisinhas eu acho que virou folclore... muito mais do que outra coisa. Porque quem realmente usa, não espera que seja distribuído gratuitamente, vai e compra. Que, aliás, estas camisinhas que são distribuídas não são usada para o que são distribuídas. Essa é minha avaliação. Que vira muito mais folclore, virou muito mais festa do que qualquer outra coisa. No carnaval do ano passado distribuíram uma montoeira, não sei para que.

O que se nota claramente nestes depoimentos é a falta de critérios na distribuição dos preservativos junto a uma concentração, num curto período de tempo, da quantidade posta à disposição da população. Estes elementos combinados, além de frequentemente acontecerem em momentos de festa (como no Carnaval), acabam por fazer as campanhas assumirem, ao visarem a popularização do uso do condon, ares folclóricos. Dificultando sobremaneira futuros empreendimentos neste sentido.

Nos depoimentos também aparecem sugestões sobre este procedimento. Não esperam os informantes que a distribuição de preservativos seja simplesmente suspensa pelos motivos arrolados. O que esperam é, principalmente, critérios mais efetivos nesta atividade.

Depende de como for feita... onde for feita a distribuição de camisinhas. Eu estou falando de uma distribuição de camisinhas na casa da pessoa, no bairro da pessoa, no ambiente dela. Explicando porque... Não jogando camisinha para o lado num desfile de carnaval. Que vai virar festa, vai virar objeto de chacota ou coisa parecida. Quer dizer, não é distribuir a camisinha. Distribuir a camisinha com alguma coisa, com um sentido, com uma explicação, com alguma razão... no espaço apropriado.

O que se espera, portanto, é esta mesma distribuição. Nos momentos, nos espaços, nas quantidades e de formas adequadas às pessoas que as receberão, não eventualmente, porque as práticas de prevenção devem ser vividas cotidianamente.

Programa de redução de danos

O programa de redução de danos aos usuários de drogas injetáveis foi inicialmente idealizado pelo próprio Ministério da Saúde e consiste na troca de seringas descartáveis já utilizadas por novas, mediante um pacto de não agressão policial. Já em 1994, é noticiado a implantação de um projeto piloto em seis cidades litorâneas do Brasil, entre elas as catarinenses Itajaí e Florianópolis.

De acordo com o jornal:

Os viciados em drogas injetáveis das cidades de Itajaí e Florianópolis vão receber, gratuitamente, neste ano, seringas e agulhas descartáveis, como forma de reduzir a disseminação do vírus da AIDS. [...] No Brasil, serão desenvolvidos projetos pilotos programados para as cidades campeãs em contaminação da AIDS por seringa. [...] Segundo o Ministério da Saúde, os usuários de tóxicos formam o grupo de risco mais importante no contexto de disseminação do Vírus da AIDS no país. Nas cidades portuárias, as contaminações pelo compartilhamento de seringas representam 70 % dos casos registrados.

Porém, na mesma matéria, o jornal ressaltava que o programa somente poderia ser levado a cabo se o Governo Federal se dispusesse a modificar a legislação referente às drogas, pois no país é considerado “*crime de tráfico o auxílio a dependentes de drogas*”.¹¹⁴

Sob o título “*Distribuição de seringas polemiza seminário sobre uso de drogas*”, o DdC de 17-19/09/94 traz matéria sobre o III Seminário Municipal sobre Drogas, promovido pelo COMEN na terceira semana de setembro de 1994. Neste período, o programa de redução de danos ainda não passava de um projeto. Nem mesmo se iniciara o projeto piloto anunciado pelo Ministério.

A então coordenadora do Programa DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde, em palestra proferida na ocasião, expunha a principal justificativa ao programa. “*Particularmente sou contra, mas a droga existe e as pessoas estão morrendo por causa dela. Agora mais ainda com a AIDS. Não se pode baixar decreto para que se pare de usar tóxicos. Temos que fazer alguma coisa. O oferecimento controlado de seringas é a oportunidade que se dá ao viciado para não morrer de AIDS e se recuperar.*”

Também o presidente do COMEN, pastor Lênio Chaves Cabral, expôs seu ponto de vista sobre o assunto. Afirmando, inicialmente, que a cada dia dois novos casos de AIDS eram registrados na cidade, passa a falar sobre o programa de redução de danos. “*Não tenho certeza de que a estratégia dará certo, mas é preciso tentar. Em países mais desenvolvidos, o programa tem contribuído para diminuir a contaminação.*”

A então diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde afirmou que, até aquele momento, 76% dos indivíduos que haviam contraído o vírus eram usuários de drogas injetáveis e que 90% das crianças infectadas eram filhos de usuários. Afirmava, ainda, que “*o caminho de disseminação da síndrome*

¹¹⁴ DdC. 05/08/94, ed.653, p.02.

acompanha a rota do tráfico” e “que o tráfico envolve autoridades policiais, políticos, representantes dos governos e até do Poder Judiciário. ‘Por isso é muito difícil combater o uso. No Brasil, a guerra contra as drogas, até agora, foi um fracasso absoluto.’ . diante dessa situação, o melhor procedimento a ser adotado na prevenção da AIDS é orientar os viciados, para que eles ao menos utilizem tóxicos de maneira segura.”¹¹⁵

Em novembro é afirmado que a Secretaria Municipal de Saúde vem realizando, em parceria com o Ministério da Saúde, pesquisa “*para identificar os comportamentos dos usuários de drogas injetáveis na cidade*”. Conforme a nota do jornal, o levantamento, que já vinha sendo realizado desde agosto daquele ano, serviria de base para o planejamento de “*um sistema de troca de seringas usadas por novas, como forma de controlar a disseminação da AIDS*”.¹¹⁶

O assunto, ao menos no que se refere às notícias do jornal, ficou esquecido até o Carnaval de 1995, quando, ao comentar sobre a distribuição de preservativos, a coluna Opinião trouxe novamente à baila o assunto da troca de seringas. Diz a nota:

*O Carnaval já perdeu muito da sua característica de brincadeira saudável por assumir o perfil de uma festa de orgia, no seu mais amplo sentido. Pelo menos desta forma que os brasileiros foram ‘brindados’ com a propaganda de conscientização do combate à AIDS e ao uso de drogas injetáveis. De um lado acintosa, cara e agressiva a campanha do Governo Federal sobre o uso de ‘camisinha’, produto que ele mesmo fornece gratuitamente. De outro, Municípios e Estados distribuindo seringas descartáveis aos viciados em cocaína. Afinal, parece ambígua a posição oficial, nos três níveis de Poder – municipal, estadual e federal. Promovem ações, respaldadas em recursos do já tão explorado contribuinte, com o objetivo de PREVENIR e acabar INCENTIVANDO. Assim: você pode ‘transar à vontade, mas desde que use camisinha’. Ou então cocaína é proibida, mas não tem problemas o seu uso, ‘desde que você injete em seringa descartável’. E não precisa comprar, nem uma nem outra. Não seria surpresa se, em breve, como forma de combater os narcotraficantes, o Governo ‘distribuir’ maconha, crack, cocaína, haxixe e heroína, dentre outras drogas menos votadas, aos interessados. Claro, de graça, também. [...] É inegável que a doença deve ser enfrentada com maturidade e sensatez, sem macular a nossa mais popular festa: o Carnaval. E nem, contraditoriamente, incentivar algo que, muito corretamente, se deve combater.*¹¹⁷

Nota-se, nos depoimentos acima, as dificuldades pessoais para aceitar o programa. Na realidade, o que parece transparecer nas falas dos depoentes é exatamente uma noção semelhante a que embasa a legislação: é tráfico, é crime, é pernicioso ajudar um

¹¹⁵ Em 10/01/95, quase quatro meses após, o DdC publicou uma nota assinada pela diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica desmentindo parte do que foi veiculado pelo jornal. Segundo a diretora, apesar de ter se pronunciado sobre o problema do tráfico de drogas, “em nenhum momento desse palestra foram levantados ou abordados dados sobre o tráfico de drogas em Itajaí” (ed.762, p.03).

¹¹⁶ DdC. 04/11/94, ed.715, p.03.

¹¹⁷ DdC. 01/03/95, ed.798, p.02.

drogadito a se drogar. Como na legislação, nos depoimentos aparece a rigidez: é pernicioso este auxílio, mesmo que seja para prevenir a contaminação do próprio usuário, mesmo que seja para diminuir o alastramento da síndrome.

Estes valores, que formam a base desta lógica e que estão disseminados pela sociedade, foram o sustentáculo de uma resistência ao programa que durou até 1997, ano em que o programa foi efetivamente implantado.

Um bom exemplo deste processo está na coluna de Gerd Klotz. Segundo ele, a Câmara de Vereadores de Itajaí, na quarta-feira anterior, havia promovido uma reunião com autoridades das áreas de saúde, de segurança e social, além de entidades assistenciais:

Para discutir o problema das drogas e, por tabela, a incidência do vírus HIV no município e região. As autoridades presentes fizeram pronunciamentos e deram informações importantes. Destaco, porém, algumas palavras do médico psiquiatra e presidente do Conselho Municipal de Combate às Drogas, Davi Urias Vidigal: [...] 'Precisamos sair da noção de um NÃO informativo para um SIM educativo'. A Sociedade ainda entende a questão do combate às drogas como um caso de polícia/repressão e não do ponto de vista da educação/prevenção. É sintomático o fato de a Câmara de Vereadores, representando a sociedade – no microcosmo Itajaiense – não tenha convidado para esta reunião autoridades do setor educacional.¹¹⁸

Na edição do dia seguinte, foi publicado uma matéria com o deputado estadual Volnei Morastoni, do PT de Itajaí, que defendia “a distribuição gratuita de seringas a usuários de drogas injetáveis como fórmula para minimizar o índice de contágio por esse meio”. Segundo o deputado, o programa de redução de danos seria uma alternativa, pois, “enquanto estes usuários não se convencem e não decidem parar de usar drogas, pelo menos não se infectam pelo HIV”.¹¹⁹

Este raciocínio levou o deputado, conforme o DdC de 25/11/97, a apresentar um projeto de lei, na Assembléia Legislativa do Estado, “estabelecendo medidas de prevenção, tratamento e combate às drogas, além de campanhas educativas sobre transmissão da AIDS”, pois “a crescente popularização e pauperização do consumo de drogas, com a conseqüente elevação de casos de AIDS, mostra que também existe, na raiz desta realidade, um agravamento das condições de vida, e dos problemas econômicos e sociais, de parcelas cada vez maiores da nossa população.” No projeto havia uma preocupação com a implantação de um Programa Estadual de Redução de Danos. O projeto previa a dis-

¹¹⁸ DdC. 12/08/97, ed.1403, p.02

¹¹⁹ DdC. 13/08/97, ed.1404, p.03.

tribuição de seringas aos usuários de drogas, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, “com garantia de anonimato aos que se utilizarem do serviço”.¹²⁰

Em Itajaí, o Programa de Redução de Danos, promovido pela Secretaria de Saúde em convênio com o Ministério da Saúde, iniciou em meados de 1997. Não observou-se, em entrevista com a coordenadora do Programa DST/AIDS de Itajaí, qualquer vinculação aos projetos de implantação dos procedimentos de redução de danos noticiados nos anos de 1994 e 1995, acima citados.

Isto ocorre, possivelmente, devido à transição política no poder público municipal em 01/01/97. Após quatorze anos à frente do poder executivo municipal, o PMDB foi derrotado nas eleições do segundo semestre de 1996, por uma pequena margem de votos, para uma frente composta predominantemente pelo PPB, PFL e PDT.

A transição foi tão traumática que até hoje há sérias dificuldades em encontrar documentação relativa ao mandato anterior, quanto mais a continuação de projetos e programas planejados à época.

Segundo a coordenadora, ao assumir a função, no início de 1997, encontrou os diversos problemas no trato com a AIDS na cidade. Um destes problemas se referia à AIDS como consequência do uso de drogas injetáveis que, segundo dados da própria Secretaria e do Ministério da Saúde, compõe o maior índice de transmissão na cidade.

Como a contenção do uso de drogas não é da alçada da Secretaria, além de ser de difícil resolução, a equipe do Programa de DST/AIDS decidiu buscar alternativas à solução do problema da transmissão via seringa contaminada. Uma destas alternativas, já aventadas pelo próprio Ministério da Saúde e, também, por órgãos de saúde do Rio Grande do Sul e da Bahia, era o Programa de Redução de Danos.

Após uma análise das condições existentes na cidade (comportamentos dos usuários, formas de uso, condições sócio-econômicas, estruturas existentes possíveis de serem utilizadas, etc.), foi elaborado um projeto, com base nos projetos já prontos do Rio Grande do Sul e da Bahia, e encaminhado para avaliação do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado para financiamento e, na época em que foi realizada esta pesquisa, parte da verba já havia sido liberada.

Concomitante à aprovação do projeto pelo Ministério da Saúde, ele foi encaminhado à justiça para análise quanto à sua legalidade. Depois de audiência com um juiz e

¹²⁰ Ed.1477. p.03.

um promotor, o projeto obteve uma liminar da Corregedoria de Justiça do Estado a favor da “troca de seringas”.

A partir destas duas aprovações, da Justiça e do Ministério, iniciaram-se dois processos: a montagem da estrutura do programa e a discussão com a sociedade. Neste segundo item, uma série de convites de entidades para pronunciamentos, como a Câmara de Vereadores, e meios de comunicação, como a RBS que convidou os responsáveis pelo Programa para uma mesa redonda ao vivo, facilitou a socialização do debate.

Para a estruturação do Programa de Redução de Danos, foram recrutados ex-usuários de drogas, pois conhecem a linguagem, os procedimentos e a forma de pensar dos usuários, obtendo, com isto, maiores possibilidades de entender e se fazer entendido no processo de aconselhamento. Dois destes ex-usuários, contratados como monitores, fazendo a troca de seringas e a parte de aconselhamento e, um *“fica peruando pela cidade, catando as pessoas, os usuários de drogas”*. Além destes, há duas auxiliares de enfermagem que ficam nas unidades de saúde, como base do trabalho. Uma delas, à época desta pesquisa, deveria *“sair do posto para ir trabalhar à noite, nos mocós também”*. Na coordenação do Programa estão dois Profissionais de saúde mais especializados: um enfermeiro e um psicólogo.

O Programa, segundo a coordenadora, está em franco desenvolvimento.

Porém, dos quatorze entrevistados desta pesquisa, apenas quatro citaram-no como um trabalho desenvolvido na cidade. Os depoimentos destes quatro informantes foram amplamente divergentes. Um citou o Programa elogiando a Secretaria, pois considera que ele foi implantado com sucesso e que deveria haver mais ações deste tipo na cidade. Entende que *“é a mudança de mentalidade no trato com a AIDS, e com as drogas, que pode ajudar a conter estes problemas”*.

Outro informante, afirmando também conhecer o Programa e sabendo que já estava implantado, tem sérias dúvidas quanto à sua eficácia. *“Eu conheço este trabalho da troca de seringa, que eles fazem através da Secretaria de Saúde. Sei lá, não é uma coisa muito proveitosa”*. Sem entrar nos méritos do Programa, o terceiro informante entende que ele será implantado num futuro próximo. Ou seja, apesar de conhecer suas bases, desconhece sua efetiva implantação.

E o último dos entrevistados que afirmaram conhecer o Programa também não sabe de sua implantação, porém acha que ele já deve ter sido implantado. Este informan-

te o considera relevante no trato do problema da AIDS na cidade. *“Este é programa polêmico, questionável. Mas que considero uma iniciativa importante, da Secretaria, para estabelecer esta aproximação, este trabalho, com os usuários de drogas injetáveis, já que eles são um componente considerável na lida com os casos de AIDS.”*

A redução de Danos é necessária no combate a doença, além de evitar outras, como a hepatite e várias DSTs, inclusive, não aumentando o número de UDIs e nem da incidência. São vários os pontos já divulgados como positivos desta técnica na diminuição da síndrome.¹²¹

¹²¹ Para maiores informações ler: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. & MARQUES, L. F.. **Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

HOSPITAL E MATERNIDADE

MARIETA KONDER BORNHAUSEN

Entre os trabalhos citados de assistência a portadores e prevenção da AIDS em Itajai, o de internação desenvolvido na ala de isolamento especial aos portadores do HIV positivo, do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB¹²², é o mais conhecido dos informantes entrevistados nesta pesquisa.

Esta ala, chamada DIC-1, presta assistência específica a pacientes sorpositivos ao HIV. Foi construída a partir da reforma das alas A e B, originando também o DIC-2, destinada a outras doenças infecto-contagiosas, com verbas originárias de convênios com o Ministério da Saúde. Foram inauguradas em 19/03/92, com a presença do então Governador do Estado Wilson Kleinubing, o Vice-Governador Antonio Carlos Konder Reis e do Secretário de Estado da Saúde João Ghizzo Filho.

Segundo o jornal Diário da Cidade de 18/09/92, *“esta ala [DIC-1] faz parte do setor de isolamento e conta com sete quartos com banheiros privativos, dois leitos cada e todos os equipamentos necessários para a realização do tratamento. Uma equipe de*

¹²² O HMMKB é um hospital estadual, delegado à administração do Instituto Das Pequenas Missionárias. É o único hospital que atende adultos na cidade e possui 350 leitos para atendimentos gerais. Além dele, há o Hospital Menino Jesus, único com atendimento infantil, com 124 leitos. (PMI/GAPLAM/maio/97)

profissionais nas diversas áreas foi especialmente treinada para cuidar dessa ala, onde os pacientes são agora internados pelo Inamps”(p.03). Esta estrutura não havia se modificado três anos depois da inauguração, conforme o Jornal da ACII – Associação Comercial de Itajaí – de maio/95. Na página 11, ele relata que:

*Contando com um total de 14 leitos, o setor [...] dispõe de uma estrutura relativamente satisfatória para atender a demanda de internações. Lá, os pacientes recebem medicamentos e todo o cuidado necessário para superar as doenças causadas pela deficiência imunológica, bem como, o tratamento para todos os estágios da AIDS. Sob a chefia da enfermeira-padrão Raquel Maurer Herber, trabalham no Dique I (sic!), duas auxiliares de enfermagem, cinco atendentes e uma psicóloga, além do médico hematologista e pneumologista Volmen Pereira, chefe do Banco de Sangue do Hospital Marieta.*¹²³

Dos nove informantes que citam este trabalho, dois apenas sabem de sua existência, porém não têm outras informações. Um deles afirma que *“existe, no Hospital Marieta, uma ala que se dedica ao tratamento dos aidéticos. Eu conheço, mas não sei como funciona. Não tenho informação nenhuma.”* O outro diz apenas *“não, não conheço, parece que no centro, no Marieta tem.”* Ou seja, não tem nem certeza de sua existência.

Outro grupo (dois informantes) afirma o trabalho do hospital como existente, que há realmente internação para doentes de AIDS. Porém, também afirmam não conhecerem seu funcionamento, mostrando os comentários a respeito difundidos na comunidade.

No primeiro relato, aparece a internação como característica de quem já está no último estágio da doença, o hospital tem uma conotação de ante-sala da morte. *“Eu só conheço o do hospital mesmo. Que já internam no último estágio, assim.”* A internação assume o papel de um atestado público de que a morte esta próxima.

Também depõe sobre a exposição dos portadores que ali vão para se tratar, referindo-se aos funcionários do próprio hospital como divulgadores. *“Tem um ou outro que trabalha lá dentro, e os médicos, conversa com um conversa com outro, vai, volta e meia, tu sabes. [...] Aí não tem como não saber”.*

Outra referência é a discriminação, a falta de respeito com o paciente, e a falta de medicação. E fecha sua exposição falando sobre a falta de cuidado com o sangue e a dificuldade de conhecer o espaço ou fazer visitas.

Mas é uma discriminação enorme, que a gente conhece. [...] depois, também, os cuidados lá dentro. De que adianta fazem coquetel, mandam buscar, não dão nada, fica

¹²³ O número de leitos não se alteraram em 3 anos, mesmo com o aumento de casos notificados. A previsão do aumento de leitos, é associada a inauguração de um hospital dia.

tudo guardado. É... segurança maior que eu acho, acho que eles não tem aquele respeito pelo aidético. [...] Mas uma transfusão de sangue... mas o próprio hospital, tu vê que o próprio hospital não se cuida. [...] É difícil de entrar porque? Porque são ordens deles lá. A própria direção do hospital já dá. A própria cúpula do hospital já dá.” Inclusive cita o caso de uma pessoa que se utilizava de sua profissão na área de saúde para poder visitar diariamente um paciente.¹²⁴

O outro informante relata, também, a falta de atenção ao paciente e de medicamentos e, ainda, um novo dado: a dificuldade da maioria dos médicos em acompanhar pacientes, muitas vezes seus há anos, quando os mesmos necessitam de internação. Isto ocorre independente da área, em função dos monopólios de especialistas em seus campos de especialidade.

O que eu tenho, então, é outro tipo de informação, que pode ser similar, de casos internados no Hospital Marieta que eram muito abandonados, tratados sem a devida atenção, faltando medicamentos [...] relegados a segundo plano. Existem relatos neste sentido no setor do Hospital Marieta de internações... de AIDS. Na ala, lá, que interna os aidéticos. No setor de doenças infecto-contagiosas relativo à AIDS. Que especificamente trata de AIDS. [...] infelizmente, eu não tenho convivido dentro do hospital. Tem alguns meandros lá que eu nem conheço diretamente como são. [...] Eu acho que aqui, também, de repente... é um dos feudos que tem ali, o Marieta é cheio de feudos. Cheios de feudos, assim... os andares, as especialidades [...] Que, basicamente, pelo que me consta, o Volmen [Pereira]¹²⁵, não só que ele tenha o monopólio. Não sei se ele é o único profissional interessado, se ninguém mais tem interesse ou se entra por conta dos monopólios do Marieta.

Os problemas no atendimento a pacientes internados no DIC-1 foram, inclusive, matéria no Jornal de Santa Catarina de 10/11/92, não pesquisado neste estudo, em matéria intitulada “*Pacientes com AIDS reclamam do atendimento*”, mas que tiveram desmentido no Diário da Cidade de 17/11/92, com o teor relatado a seguir. Em carta entregue em mãos à Diretora Geral do Hospital, cuja cópia foi encaminhada também à imprensa, um paciente escreve “*por intermédio desta gostaria de manifestar meu profundo agradecimento à equipe técnica do DIC-1 (isolamento) do Hospital Marieta Konder Bornhausen pelo nível de atendimento dispensado a minha pessoa, quando do meu internamento nesse setor durante quase dois meses.*”

Um terceiro grupo de informantes, que citaram o trabalho efetuado no HMMKB, é composto pela sua maioria. Estes demonstram um conhecimento maior do trabalho, inclusive denominando-o de DIC ou DIC-1, como o fazem os técnicos do próprio hospi-

¹²⁴ As visitas ocorrem duas vezes por semana, com uma hora cada uma

¹²⁵ É um médico infectologista responsável na cidade, desde o início da epidemia, pelos pacientes doentes de AIDS. Por muito tempo foi o único especialista neste setor em Itajaí.

tal. Todos falam com conhecimento de causa: conhecem o local, as instalações e o tratamento, principalmente por terem acompanhado pessoas que já estiveram lá internadas.

Um dos primeiros elementos a aparecer, se refere a uma possível falta de higiene no local. *“No hospital, no dia que fui, eu só sei que tinha falta de higiene porque um dia que fui lá visitar, tinha um monte de algodão sujo no chão que eu recolhi e joguei fora.”*

Apesar de ter sido aventado em apenas um depoimento, esta deficiência é aqui referida, pois também foi exposta em notícias publicadas no Jornal Diário da Cidade, como por exemplo a nota constante na edição de 11/06/97. Apesar de se referir especificamente à clínica 2, de pneumologia, é esclarecedora.

Negligência médica, carência de auxílio a doentes internados e falta de higienização de banheiros são algumas das denúncias feitas contra a direção e equipe médica do hospital Marieta Konder Bornhausen, em Itajaí, por um paciente que permaneceu internado por três dias na clínica 2, setor de pneumologia, através do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] afirma ter sido colocado para fora do hospital por policiais militares sem a alta médica, após algumas discussões com enfermeiras e supervisores do centro médico quando ele reivindicava seus direitos.¹²⁶

Não é necessário mencionar que houve outras confirmações e desmentidos, considerando que o HMMKB é o maior hospital da região e o único da cidade na assistência à adultos.

Com relação à falta de medicamentos, as queixas ainda são vagas, tanto em termos de acerto na prescrição quanto à própria existência do mesmo em estoque e sua falta.

Porque o 007, para conseguir que o médico fosse receitando os outros remédios, o cara já morrendo, com quarenta e três de imunologia, estava morrendo, com quarenta e três de imunologia, e o cara só tava deixando ele tomar o AZT. Quando eles viram que ele estava com quarenta e três foi ... foi uma briga para começar a tomar aquela pilula grande, que eu não me lembro o nome. Não era ddl, era anterior a esse, ainda DdC. ddl, sei lá. Era uma pilula enorme, parecia um Melhoral efervescente. Tinha que quebrar para poder tomar. É assim que eu te digo: não sei se existe alguma coisa por detrás disso. Que se sabe, que se tem informações, é que o governo manda medicamentos. Mas eles não dão para as pessoas. Receitam e não fornecem. Quando receitam ainda não tem para fornecer. Ai paira a dúvida se realmente não tem medicamento ou se eles dão fim. Onde é que vai parar esse medicamento.

A reclamação, acima exposta, se refere, além de uma possível falta de medicamentos, ao conservadorismo, ao tradicionalismo, à falta de inovação nas metodologias e

¹²⁶ DdC, ed. 1360, p.12.

técnicas utilizadas no tratamento. A referência ao AZT é feita com base no fato de ser este medicamento o mais tradicional na terapia de combate à AIDS.

Também há alusões, nos depoimentos, ao estado emocional dos pacientes, centralizando fundamentalmente em suas relações sociais enquanto internos. *“As pessoas lá ficam abandonadas porque eu cansei de ouvir da mulher da limpeza que com o 004 era diferente. Era o único caso que a família estava ali o tempo todo, que ligavam sempre para saber como estava, que não abandonaram. Era só com ele.”*

Estas afirmativas, que inicialmente repõem toda a responsabilidade na família do interno, quando confrontadas com os depoimentos que mencionam as dificuldades existentes para as visitas aos pacientes, demonstram também responsabilidade acerca desta solidão ao hospital. Isto tem sua gravidade acentuada quando é de domínio público o alto grau de interferência do estado emocional no estado imunológico dos indivíduos.

Não há nem o estímulo a um relacionamento social entre internos, talvez *“porque ali no DIC não existe essa interpessoalidade, essa relação entre eles, os pacientes. Fica cada um no seu quarto, muitos deles já virados para os cantos, para que ninguém se reconheça. Ocorre muito disso. Quantas vezes a gente vai ali e as pessoas lá no canto encolhidos para ninguém ver o rosto. É que eles não querem que vejam. Eu pessoalmente não gostaria de ser internado ali.”*

Por outro lado, a própria discriminação, existente na comunidade, não permite grandes avanços, não permite liberalidades, neste espaço, pois *“Existem pessoas que só vão por curiosidade para ver quem está lá. Existem muitas pessoas que vão só para ver quem está lá! É, tem gente que se tu diz tenho um amigo internado lá. Eles vão só para descobrir quem são os outros que estão internados lá, porque mau paravam no quarto, ficavam ali nos corredores a olhar quem estava lá, quem não estava. Que interessa isto! Só porque era curiosidade. [...] É verdade por incrível que pareça.”*

Nem todas as alusões ao trabalho, porém, se fixam em deficiências. Há, entre elas, algumas agradáveis lembranças, principalmente em relação ao pessoal de enfermagem que lá atua. *“Olha, quanto às pessoas que trabalham lá, eu acho que elas se esforçam o máximo que podem. Eu quero crer que não haja falhas na área médica, enquanto elas. Enquanto pessoas, eu acho elas formidáveis, tanto do DIC como do CODIN. Existem ali muitas pessoas honestas e que fazem um trabalho bom.”*

E, também:

Por isto eu te digo enquanto há boa vontade destas mocinhas do DIC que ganham duzentos e poucos reais por mês, para trabalhar ali. E há muita boa vontade delas em tratar bem das pessoas como elas tratam ali. Porque para ganhar o que ganham não era nem para tratar tão bem assim, era para trabalhar sempre insatisfeitas, mas elas ainda tem esse espírito humanitário. Ainda se sensibilizam pelo sofrimento das pessoas e ainda fazem o trabalho dentro do possível porque talvez nem de certo especialização nisso eles tem.

Ressalta-se que estes depoimentos não são de informantes diferentes dos que apontaram falhas no atendimento do hospital. Os mesmos informantes apontam as falhas por eles percebidas, mas também apontam esta como uma das grandes virtudes do trabalho.

Mas sempre há, nos depoimentos, afirmações como:

Se hoje eu fizesse exame e desse que eu tenho AIDS eu não ia ficar em Itajaí. [...] Eu não ficaria porque não confio mais em ninguém aqui. [...] De jeito maneira colocaria a minha vida na mão dele. Ou eu ficaria em casa e morreria de uma vez, mas na mão deles eu não botaria. Para eu não sofrer tudo o que eu te digo que as pessoas sofrem aqui em Itajaí. Espalhando-se a situação, porque fatalmente ia se espalhar por Itajaí inteiro. Isso ia ser que nem um rastilho. Sabe porque? As pessoas não guardam segredos. Aqui não existe ética entre os profissionais que estão trabalhando com isto com raras exceções.

Finalmente, os depoimentos mostram a insegurança da população em se submeter ao trabalho efetuado pelo HMMKB. Deixam claro, também, uma mitificação desta ala do hospital, seja pelo próprio desconhecimento do espaço e de uma clareza de como é, seja pelas noções particulares de como deveria ser o tratamento.

Como sugestão para melhoria dos serviços, apareceram nos depoimentos a ampliação da equipe com a aquisição de enfermeiras de alto padrão, psicólogos e médicos, além da ampliação do número de leitos, pois entendem ser insuficiente quatorze leitos¹²⁷ para uma cidade como Itajaí e com o nível de incidência existente. Também reforçam a criação do hospital-dia.

¹²⁷ Como não houve mais nenhuma notícia referente a ampliação da ala de isolamento para doentes de AIDS e verificando-se que o HMMKB utiliza-se de marketing para que a população não pressione para a revogação da transferência deste hospital estadual a terceiros, entende-se que não houve alteração deste número.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI¹²⁸

A UNIVALI é, atualmente, a maior instituição catarinense de ensino fora da capital. Tem sua sede em Itajaí, com outros campi distribuídos em sete cidades fora da sede.

Tendo ultrapassado já a barreira dos quinze mil alunos e se estabelecido como referência na área educacional na Micro-Região da Foz do Rio Itajaí-Açú, a UNIVALI é referência na cidade também com relação à AIDS.

Esta menção acontece a partir da criação, na instituição, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem – NUPEM, em 1995. Este núcleo inicia a pesquisa em AIDS já na época de sua instalação. Porém o núcleo vem a se extinguir com pouco tempo de existência.

Fruto desta tentativa, instala-se o Centro de Treinamento de Recursos Humanos em DST/HIV/AIDS – CETRHU, em 1996, que coordena todo o trabalho em relação à síndrome na universidade, excessão feita aos trabalhos esporádicos que acontecem nas diversas faculdades, principalmente às ligadas à área de saúde, frequente na forma de trabalhos de conclusão de curso. Porém, apesar de todo este processo de modificações de um núcleo de pesquisas para um centro de treinamento, já no início de 1996 a UNIVALI tornou-se, com aval do Ministério da Saúde, “*referência nacional de treinamento em recursos humanos para lidar com doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e AIDS*”.¹²⁹

Assim, o CETRHU, conforme o Jornal da Consciência Social¹³⁰, editado pelo

¹²⁸ Esta descrição utilizou-se muito da pesquisa em jornal devido ao fato de que os informantes terem pouco conhecimento deste trabalho e, também, pelo pouco material disponível sobre o assunto.

¹²⁹ DdC. ed.1034, de 13/02/96, p.06.

¹³⁰ Não datado.

próprio centro, “*tem como objetivo conscientizar, orientar, sensibilizar e minimizar o problema de DST/DROGAS e HIV/AIDS de Itajaí e região.*”

Segundo o Informativo do CETRHU:

*Visando participar da proposta de descentralização de atividades e treinamentos em DST/AIDS promovidos pelo Ministério da Saúde, a UNIVALI procura engajar-se na campanha iniciando um programa de intervenção comportamental em DROGAS, DST/HIV/AIDS com os acadêmicos da UNIVALI bem como nos colégios da rede básica de ensino de Itajaí e região. Depois de se transformar em Centro de Referência para treinamentos de profissionais de saúde e educação em DST/AIDS, a UNIVALI busca a cada dia contribuir com a sociedade na qual está inserida, estendendo seus serviços à região, estado e demais unidades federativas do país, através dos treinamentos cuidadosamente planejados, contribuindo para minimização da problemática da AIDS em nossa região.*¹³¹

De acordo, ainda, com o mesmo informativo, por ser Itajaí um município portuário, pesqueiro, turístico, universitário e em desenvolvimento industrial, às margens da BR 101 e próximo de um aeroporto, em Navegantes, a população flutuante seria elevada. Isto geraria um alto índice de problemas, inclusive o uso de drogas injetáveis.

Diante deste quadro e da propagação pela mídia nacional de seu elevado índice de portadores do vírus HIV em Itajaí, a UNIVALI engaja-se na campanha de minimização viabilizando, através deste projeto, salas, profissionais e estagiários que procuram, junto com as diversas Organizações Não Governamentais e a Prefeitura de nossa cidade, atacar o problema existente através de cursos, treinamentos, seminários, para informar, treinar, multiplicar pessoas na prevenção da DST/AIDS.

O centro atua com treinamento em prevenção e, moderadamente, em pesquisa, basicamente, em levantamento de dados sobre a situação da AIDS na cidade. Suas áreas de atuação, conforme seu informativo, se referem a trabalhos com “*professores e alunos da rede pública e particular da região; alunos universitários; equipe multiprofissional de saúde; juízes, advogados, promotores e policiais; população em geral, priorizando a área portuária e carcerária.*”

Com relação aos “*professores e alunos da rede pública e particular da região*”, o CETRHU, segundo o jornal Diário da Cidade, promoveu curso, em fevereiro de 1997, “*dirigido aos profissionais atuantes no CAU [Colégio de Aplicação da UNIVALI], que estão estudando formas de integrar o conteúdo às disciplinas que lecionam. . Dispostos a consolidar o programa, os 80 professores do CAU discutem novas estratégias de trabalho. Para eles, a abordagem diária da questão DST/AIDS, diretamente vinculada ao*

¹³¹ Também sem data.

uso de drogas e à sexualidade, é mais um desafio a vencer”¹³² De acordo, ainda, com a mesma matéria, os alunos receberiam, diariamente, informações sobre drogas, sexo e DST/AIDS inseridas no próprio conteúdo programático.

Outro momento desta atuação parece ser o trabalho realizado, em parceria com o Programa Nacional DST/AIDS, com jovens de 10 a 19 anos de cinco escolas particulares da cidade, incluindo-se o CAU. Em matéria divulgada pelo jornal Diário da Cidade, as coordenadoras do programa afirma os objetivos do trabalho.

*O objetivo principal é oportunizar ações preventivas no sentido da percepção dos riscos das DST/AIDS e do uso de drogas. . A proposta metodológica consiste no treinamento e capacitação de recursos humanos para serem agente multiplicadores em prevenção de DST/AIDS e consumo de drogas dentro dos colégios. Os estudantes recebem orientações e debatem temas polêmicos como família, auto-estima, sexualidade, cidadania, redução de riscos e sexo seguro.*¹³³

Segundo a Coordenadora do CETRHU, “os trabalhos nas escolas estão intensificados. É política do município. É isso o trabalho de prevenção. Nós temos trabalhos para escolas públicas e um projeto do Ministério só para escolas particulares.”

Apenas um dos entrevistados cita especificamente um dos trabalhos elencados acima. Este informante, aluno do CAU, fala sobre o desenvolver das atividades lá realizadas.

Eles [professores] já discutiram sobre AIDS na sala. [...] Todas as professoras fizeram um curso sobre AIDS para depois passar para os alunos. [...] Eles falam os modos de prevenir com a camisinha, eles explicam como a AIDS reage no corpo, que é uma doença venérea... também discutem que passa através da transfusão de sangue. [...] Eles trabalham com a AIDS, com a droga, em tudo, no geral. Eles trabalham diferente porque o modo de pensar é diferente.

E, inquirido sobre como se prevenir contra a contaminação via sangue, continua: “se te drogares, não debes usar a mesma seringa que os outros. Se for fazer uma transfusão, tens que ter certeza de aquele sangue não tem AIDS, tem que fazer um exame.”

Outro informante, especialista em AIDS na cidade, tece comentários sobre o trabalho desenvolvido nas escolas particulares. “Nas privadas, [...] escreveram o mesmo projeto daqui na verdade, e estão fazendo em três escolas privadas, com uma receptividade fantástica. Nas escolas que quiserem, nada de impor. As que quiseram entrar no

¹³² DdC. ed.1302, p.03.

¹³³ DdC. ed.1430, p.04.

projeto...” Em nenhum momento este trabalho é citado como sendo desenvolvido pelo CETRHU, ou mesmo pela UNIVALI. O mais próximo disto está na matéria publicada pelo jornal, quando, ao se referir às suas coordenadoras, adjetiva “*professores de Enfermagem da UNIVALI*”.

Também relacionado a estes serviços, porém ainda sem ligá-los ao CETRHU, ou à UNIVALI, outro informante faz referência. Porém, falando de deveres de casa escolar de duas de suas sobrinhas, relaciona-os somente com o Dia Mundial de Combate à AIDS e não há um trabalho continuado por parte das escolas, duas escolas particulares.

Apesar de não ter sido citado pelos informantes entrevistados nesta pesquisa, há referências, em meados de 1997, de trabalhos de prevenção dirigidos aos alunos das escolas públicas de Itajaí¹³⁴.

Quanto à área “alunos universitários”, o CETRHU tem trabalhado especificamente na “*intervenção educacional a calouros da UNIVALI*”¹³⁵. Há referências sobre o trabalho já em 1995, segundo o Ministério da Saúde (1997, p.50). Com relação aos alunos veteranos (matriculados a partir do segundo semestre), e principalmente com os professores, o centro aparentemente tem dificuldades, de acordo com as palavras de sua coordenadora.

Aqui na UNIVALI, nós temos um [programa] específico só para atender o CAU e nossos calouros. Não tenho respaldo suficiente. Ano passado inclusive sugeri na reunião de professores da universidade, e dos diretores, para falar do nosso trabalho, o que não aconteceu porque acharam que era perda de tempo ceder uma hora e meia de aula para você falar de AIDS. E saía da sala de aula, em vez de participar e trabalhar com o aluno, porque ele se julgava excluído do assunto, quando a política é que você faça a prevenção da AIDS utilizando qualquer disciplina, sem mexer no currículo.

O trabalho com os calouros é restrito a palestras proferidas aos calouros e mesmo com pouco apoio dos professores é muito elogiado por um informante, único, além dos especialistas em AIDS que o citou

Eu, até hoje, vi uma pessoa falando sobre AIDS com tranquilidade, com clareza, com objetividade. Sem fazer rodeios. Deu para perceber que era uma pessoa que estava desprovida de preconceito. É uma menina que entrou em minha sala, [...] está fazendo parte de um projeto de prevenção à AIDS e falou sobre a questão da transmissão da AIDS via relação sexual com uma naturalidade impressionante. E foi a única vez que

¹³⁴ LIZ, Ivone de & MAESTRI, Rúbia Natasha. Comparativo de duas metodologias diferenciadas, para educação de alunos da 2ª série do 2º grau, em DST/AIDS, de colégios públicos da rede estadual do município de Itajaí/SC. Monografia de conclusão de curso, Faculdade de Enfermagem da UNIVALI, maio/1997.

¹³⁵ Conforme Informativo do CETRHU, sem data.

eu vi. também. [...] Na verdade, na UNIVALI tem este trabalho que o pessoal passou nas salas e que eu achei muito interessante. Um pouco de pedagogia do cagaço, dizendo números, mas principalmente alertando que a melhor forma de tratar a AIDS, por enquanto, é a prevenção e ensinando como fazer isso sem, pelo menos na questão da sexualidade, sem muito preconceito. Considerei, muito interessante.

Outro ponto trabalhado pelo centro, citado apenas pelos dois informantes especialistas desta pesquisa, se refere aos treinamentos com “*equipes multiprofissionais de saúde*”.

A prevenção continua sendo o desafio prioritário dos agentes de saúde, na luta contra a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Segundo os profissionais uma das armas mais importantes é a informação e a educação. Em setembro, a Univali, capacitou 55 pessoas que atuam nas áreas de saúde e educação para difundir metodologias de trabalho preventivo. [...] o programa de capacitação será repetido no período de 10 a 14 deste mês, beneficiando mais 50 profissionais da região.¹³⁶

De 1994 até nossos dias, várias notas se sucedem, no DdC, sobre este tipo de treinamento, como a publicada na ed. 1034, de 13 de fevereiro de 1996, logo após a notícia de que a UNIVALI se tornara referência nacional em treinamento de recursos humanos em DST/AIDS, afirmando que “*a universidade começou ontem, segunda-feira, os dois primeiros cursos de um extenso programa de treinamento [...] O primeiro curso da série é denominado Treinamento Teórico e Prático em DST/AIDS para cirurgiões dentistas [...] O segundo curso é o de Desenho de Estudos Epidemiológicos na Investigação da AIDS*” (p.06).

Em relação às populações específicas, o CETRHU desenvolve projetos junto às populações carcerária e da área portuária. Nesta última, conveniado ao Ministério da Saúde e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, o projeto em andamento objetiva o levantamento dos índices de soropositividade ao HIV entre os integrantes desta população, constituída essencialmente por caminhoneiros, estivadores e profissionais do sexo.

Este trabalho nasce do projeto individual de uma pesquisadora da UNIVALI, atualmente coordenadora do CETRHU, que, inconformada com o fato de que Itajaí não fazia levantamento de seus próprios dados de incidência, iniciou a pesquisa na área portuária.

Uma coisa que me incomodou muito, e por isso eu lutei tanto para chegar aqui, é que quando eu fiz mestrado, eu participei de muitos simpósios, encontros. E, aí, eu ouvia

¹³⁶ DdC. 5/10/94, ed.695, p.02.

que... Santos, na época, era a maior cidade, com a maior incidência, e faz isso e faz aquilo e tal. E Itajai, por analogia, devia ser assim. Isso me incomodava. Como é que a gente não tinha dados? Nossos? Como é que vinha um pessoal de Santos, preenchia umas folhinhas aqui, o pessoal mandava de volta e levava para Santos analisar Itajai? Isto é inconcebível. Com uma universidade aqui dentro! E a gente foi à luta. [...] Nós temos no porto, onde a gente faz prevenção. O projeto do porto foi inicialmente uma pesquisa. A gente testou, para HIV, várias populações. Caminhoneiros, estivadores e profissionais do sexo, ali da região. Os nossos índices são superiores a Santos, embora a amostra que a gente tem é muito menor [que] a deles. Como é um estudo qualitativo, se refere à amostra divulgada.

Desta forma, o trabalho consiste em testagem dos indivíduos desta população em seu próprio espaço, pois todos os procedimentos do processo de testagem são efetuadas no local de trabalho destes indivíduos. Também são realizados, ali, ações para prevenir a contaminação, como afixação de cartazes e distribuição de folders sobre o tema, distribuição de preservativos e a própria realização das entrevistas de aconselhamento, que têm caráter preventivo.

Além disto, a coordenadora do CETRHU afirma que há, também, uma característica qualitativa na pesquisa desenvolvida, pois o levantamento inclui elementos como hábitos de vida e sexuais dos indivíduos, sua área de trânsito (na medida em que, pela própria profissão, há uma constante movimentação espacial), etc.

Há, ainda, um mapeamento das casas de prostituição da área portuária. Segundo relatório do Ministério da Saúde¹³⁷.

Foi feito um cadastro das casas de prostituição, que não atingiu, contudo, a prostituição de rua. Hoje existe abertura para palestras nas casas de prostituição. Os preservativos para as profissionais do sexo são distribuídos pelo CTA¹³⁸ (COAS), que fornece uma carteirinha de identificação na qual é escrita a data e a quantidade de preservativos fornecida. A quantidade é também controlada por um relatório de distribuição. O bom número de moças contactadas que têm visitado o CTA para procurar preservativo e fazer o teste é considerado um indicador do sucesso do trabalho de intervenção comportamental, embora o fato que 'uma boa parte não usa com o parceiro fixo' é visto como uma indicação que 'nem todas as moças estão conscientizadas da importância do uso do preservativo'. Não foi relatado nenhum trabalho com travestis ou michês.¹³⁹

Este mapeamento que deverá abrir novas frentes para futuros trabalhos, também é citado por dois informantes, um falando do trabalho de maneira abrangente aludindo a

¹³⁷ Controle da AIDS e DST no Brasil: Avaliação da execução do programa numa amostra dos programas estaduais e municipais nas cinco regiões do país. Programa Nacional de DST / AIDS – Secretaria de Assistência à Saúde – Ministério da Saúde.

¹³⁸ Centros de Testagem Anônima, conforme relatório de avaliação acima citado, p.3.

¹³⁹ Ministério da Saúde, 1997, p.49.

falhas existentes, porém sem se deter: “a UNIVALI [...] desenvolve um trabalho com prostituição. Tem uma certa dificuldade porque, não sei se é a abordagem que não está boa, ou o que é, mas tem uma certa dificuldade.” O outro informante já aponta para um problema específico: o distanciamento entre os pesquisadores e seus sujeitos. “Ali na beira do cais, naqueles bares, também houve um trabalho. Elas faziam pesquisas. Tinha, até, uma enfermeira, amiga minha, que fazia parte dessa pesquisa. Mas pelo fato de irem todas formais. Como eram enfermeiras iam com jaleco, com adesivo do SUS e do CODIN. Então, havia aquele choque.” Pelo distanciamento imposto pela marcação de ser um profissional da saúde, é relatado que a dona do bar ou os próprios clientes evitavam as pesquisadoras para não serem associados a pesquisa. É sugerido que os pesquisadores priorizem a discrição na coleta de dados.

Quanto a treinamentos formais específicos à população da área portuária, os dados levantados somente referem este procedimento em relação a profissionais do sexo:

Prevenção e treinamento para combate ao desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis para profissionais que exercem a atividade sexual como trabalho. Este é o objetivo do programa que está sendo desenvolvido pelo Centro de Recursos Humanos (CETRHU) da Univali, junto às profissionais do sexo que trabalham em Itajaí. O treinamento objetiva formar grupo multiplicador de informações relacionadas com sexo seguro, e tem como ministrante a presidente do Sindicato das Prostitutas do Ceará, Rosarina Sampaio. De acordo com a coordenadora do CETRHU, a discriminação é um dos principais problemas quando o assunto diz respeito a doenças sexualmente transmissíveis junto às prostitutas. Segundo ela, poucas são as casas que dão treinamento ao se pessoal. Em Itajaí, existem 17 casas de prostituição somente na orla marítima. ‘As profissionais do sexo ficam em média de duas semanas a seis meses nas casas. pois os donos gostam da rotatividade na medida em que atrai mais clientes’, explica.¹⁴⁰

Porém, outros dados demonstram a existência de orientações sobre o tema para outros profissionais ligados ao porto. Ao falar do trabalho efetuado no porto, há várias referências a uma profissional de enfermagem, ligado a prefeitura, como sendo a grande responsável pelo trabalho desenvolvido. “Ela [XY], aqui em Itajaí, trabalhou no porto, muitas palestras. Então, tinha um programa de visitação de escolas, de empresas, junto ao próprio porto. Eu acho que isto foi feito pela Secretaria Municipal, muito mais por uma iniciativa dela, de vontade dela, de colher sangue no porto, junto aos trabalhadores do porto para poder, neste processo de coleta de sangue, já fazer um trabalho de orientação, de divulgação.”

¹⁴⁰ DdC, 10/07/97, ed. 1379, p.03.

No depoimento acima aparece um trabalho de prevenção e orientação aos trabalhadores ligados ao porto, além dos profissionais do sexo. Porém, o trabalho não é identificado com a UNIVALI. Pelo contrário, é ligado especificamente a uma pessoa e à Secretaria da Saúde. Esta pessoa também é citada por outro informante como sendo a base deste trabalho. *“E tem o trabalho do porto, que tinha assim um tete-a-tete, que a XY era a peça fundamental nesse trabalho [...] O trabalho, sim, era a XY. Na verdade, era uma pesquisa da UNIVALI, mas a Secretaria de Saúde cedia a XY para fazer o trabalho.”*

Esta dificuldade de identificar claramente a instituição que está por trás do trabalho, aparece em 60% dos informantes que o citaram. Apenas os dois especialistas identificam-no com a UNIVALI, com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Ministério da Saúde. Dos outros três informantes, dois ligam apenas à Secretaria de Saúde e um à UNIVALI. Isto demonstra a distância existente entre os espaços decisórios relativos ao trabalho e à população em geral, a centralização nas decisões sobre as definições e os rumos que o atendimento tomará. Pois, se as pessoas não sabem onde estão centradas as decisões, não é possível reclamar do atendimento ou sugerir modificações, base de toda democracia.

O distanciamento entre a população e os promotores do trabalho, e a consequente centralização decisória, é facilmente verificável no depoimento a seguir.

Era um trabalho de cima para baixo. Foi feita a pesquisa, era bem o objetivo a pesquisa, claro que tinha também o outro objetivo, o de educar, de prevenir e tal, mas eu acho que primeiro era o da pesquisa. Mas de cima para baixo. Ninguém tinha conversado, porque a UNIVALI não conversou com as pessoas: ‘você quer que faça ou não quer?’ Uma estagiária de psicologia começou a perceber que os caras estavam de saco cheio já, do que estava rolando, que eles estavam de saco cheio, aí a secretaria ‘para, para tudo’. Foram marcadas, então, reuniões com os trabalhadores, os sindicatos e a administração do porto, pelo pessoal da secretaria de saúde, e a conclusão de duas reuniões que houveram porque foi duas reuniões era de que eles iriam fazer propostas de encaminhamentos. Apenas duas pessoas, da administração do porto, enviaram sugestões. Na verdade, a grande questão deles não é AIDS, deles não é. Não é DST, não é doença, é condições de trabalho, é normas regulamentares, é isso. É isso que eles querem, eles não querem saber das outras coisas. Isso tudo ficou tão evidente.

A forma hierarquizada e centralizadora que foi desenvolvida a pesquisa, fez com que houvesse uma rejeição ao trabalho, não criando multiplicadores de prevenção como deveria ser o enfoque de práticas em saúde. A rejeição exposta no relato a cima, mostra que o trabalho não conseguiu atingir um enfoque educativo como é o esperado nas ações

referentes a AIDS.

Este distanciamento também gera a dificuldade de entender o trabalho desenvolvido. Em um dos depoimentos, fica evidente tanto o autoritarismo implícito no processo de testagem quanto a dificuldade de compreender com se dá esse processo. *“Todo mundo tem de fazer exame lá. Todo mundo, mas ela deve escolher pela cara. Porque quando eu vou para o porto eu me arrumo. Nunca me pediram para fazer.”* Este depoente, reclama por não ter sido convidado a fazer o exame, na verdade expõe uma não compreensão do trabalho ali desenvolvido. A não socialização do projeto de pesquisa com a população alvo, fez com que houvessem reclamações sobre a importância do estudo e um desinteresse gradativo na participação da mesma.

A partir de 1998, segundo depoimento da coordenadora do CETRHU, parte do financiamento do projeto já é custeado pela Administração do Porto. Também há um ambulatório no próprio terreno do porto.

E. em consequência deste trabalho ter dado certo, e a gente tem estatística de outras doenças. Por exemplo, portuário tem muita hipertensão, a gente conseguiu fazer um ambulatório no porto, nós temos dois enfermeiros, pagos pelo porto, e dois bolsistas, um da Psicologia e outro da Enfermagem, num trabalho preventivo. Só a nossa dificuldade é que nós estamos fora dos postos de saúde. A gente está só dentro do porto. É pago pelo porto. Quando era pago pelo Ministério, a gente atendia fora também. Então é uma limitação.

Junto à população carcerária, a atuação da UNIVALI começa em 1995, a partir de um projeto inicialmente desenvolvido por um aluno da Faculdade de Direito, integrante do NUPEM. O objetivo, à época, era *“reduzir o risco da transmissão de AIDS e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) entre a população carcerária, seus parceiros e os funcionários do sistema prisional”*. Também objetivava *“identificar as estruturas físicas e administrativas do presídio, obter um perfil sócio-econômico do preso, diagnosticar hábitos dos detentos quanto ao sexo e ao uso de drogas injetáveis e verificar o grau de conhecimento dos presos sobre DST/AIDS”*.¹⁴¹

Ainda segundo o DdC, este trabalho deveria resultar em subsídios à elaboração de um programa de prevenção continuada ao sistema carcerário, articulado entre UNIVALI e Secretaria de Estado de Segurança Pública.

Já em agosto do mesmo ano, o Informativo da ProPPEX¹⁴² mencionava uma arti-

¹⁴¹ DdC. 18/05/95, ed.850, p.16.

¹⁴² ProPPEX -Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão da UNIVALI, nº02, p.1..

culação entre as duas instituições. Noticiava o informativo:

Nos presídios, a prevenção é essencial em função das precárias instalações e da falta de condições higiênicas a que estão submetidos os presos, além do que, não há controle sobre o uso de drogas e da atividade sexual. Outro problema é o fato de não existir nenhuma lei proibindo que numa mesma cela convivam portadores do HIV e pessoas não infectadas. Essa situação fez com que a UNIVALI iniciasse uma articulação com a Secretaria da Justiça do Estado e entidades que trabalham com o sistema prisional para a instituição de uma lei nesse sentido.

Nota-se, portanto, uma certa inversão de valores, na medida em que o fundamento da prevenção, aqui, é o isolamento dos portadores. Ao contrário do que pregam as organizações que trabalham nesta área, que buscam exatamente a integração dos indivíduos soropositivos nos grupos sociais como forma de melhorar a sua qualidade de vida e da troca de experiências com vista à prevenção.

A lei que proibisse a convivência, em uma mesma cela, entre prisioneiros soropositivos e soronegativos não saiu do papel (ou das intenções). Ao contrário, em matéria de 17/10/1996, o DdC afirma que *“mesmo existindo forte preconceito quanto à doença, os detentos soropositivos convivem normalmente com os outros internos do presídio. A separação não é permitida por lei e é desaconselhada pela Organização Mundial de Saúde - OMS. A segregação dos presos portadores do vírus HIV é considerada prejudicial à saúde do doente, e pode atrapalhar no tratamento da patologia”*.

Esta mesma matéria, intitulada *Três mortes foram registradas dentro do “Cadeião” em 1996*, faz um balanço do estabelecimento penal da cidade. Detendo-se na morte de um prisioneiro que *“estava sozinho em um cubículo porque tinha AIDS e tuberculose”*, o jornal informa que a *“casa penal foi projetada para comportar 120 detentos e hoje abriga 189 internos”*. Destes, 60 são soropositivos ao HIV, ou 32% do total.

Além disto, a superlotação obriga muitos detentos a dormir em colchões diretamente sobre o piso, problema que tende a se agravar em épocas de chuva ou frio, já que o prédio que abriga o cárcere fica na encosta de um morro e, com isto, torna-se bastante úmido. *“A administração do estabelecimento penal informou que um interno, que é formado em medicina, presta o atendimento básico aos soropositivos e também é responsável pela aplicação dos medicamentos. Quando o caso é considerado mais grave, o interno é encaminhado ao Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS”*.¹⁴³

Um ano após, outra reportagem veio informar sobre a situação dos prisioneiros

¹⁴³ DdC, ed. 1214, p. 12.

soropositivos da Cadeia Pública de Itajaí. Segundo DdC, em 07/10/97 foi inaugurado, no interior do presídio, um ambulatório médico. Além de noticiar que a cerimônia de inauguração contou com a presença do prefeito municipal, do vice-prefeito e do secretário municipal de saúde, “*além de outras personalidades*”, o jornal expõe os motivos que levaram a UNIVALI e a Prefeitura Municipal a estabelecerem parceria para sua criação¹⁴⁴. “*Um dos motivos que levaram as autoridades a firmarem os convênios, é a incidência de casos de AIDS e tuberculose entre os presidiários. Outro fator de grande importância é a questão da segurança. Há dois anos, dois detentos fugiram da cadeia ao serem conduzidos à Policlínica do bairro fazenda. Na ocasião, um médico acabou seqüestrado e um carcereiro foi morto.*”

Assim, ainda de acordo com o jornal¹⁴⁵, a partir daquele momento os detentos não mais necessitariam se afastar para receber atendimento de saúde, pois, diariamente, o presídio passou a receber “*a visita de um enfermeiro, uma estagiária e dois acadêmicos de psicologia*” para o atendimento emergencial aos presos. Um médico estaria à disposição dos detentos e um dentista cuidaria dos casos mais graves, enquanto não fosse posto em prática o convênio entre a Prefeitura e a Secretaria Estadual da Justiça para que houvesse um dentista à disposição da casa penal.

Além dos procedimentos acima descritos, o CETRHU também atua em orientações aos detentos na parte de prevenção e faz as entrevistas de aconselhamento pré e pós-testagem.

Quanto ao conhecimento, por parte da população, deste projeto, apenas três informantes citaram-no em seus depoimentos: os dois especialistas e outro que afirmou que “*o que eu vi foi uma materiazinha. Que eles [a UNIVALI] fizeram um trabalho junto aos policiais e aos presos.*”

A partir destes projetos o CETRHU desenvolveu materiais informativos para populações específicas, como o personagem de histórias em quadrinhos “Zeca Misinha”, criado para os detentos e para os trabalhadores ligados ao porto.

Com relação à UNIVALI, observa-se a distância que existe entre a comunidade e a universidade, pois cinco informantes, dos quatorze entrevistados, não conhecem trabalho por ela desenvolvido em Itajaí. “*Eu resido aqui, não conheço nenhum trabalho da*

¹⁴⁴ Ao que parece, este ambulatório é resultado do trabalho do CETRHU para a população carcerária, projeto que o *Informativo da ProPPEX* de Abril/96 designa como PROJETO PREVINA.

¹⁴⁵ DdC, 08/10/97, ed. 1443, p. 12.

UNIVALI com relação a AIDS. São muito fechados.” Outro informante, inquirido sobre trabalhos desenvolvidos pela universidade, responde simplesmente, “*nada, nunca ouvi falar*”. Este desconhecimento, diminui o aproveitamento que a população poderia ter dos mesmos e dificulta a aproximação para buscar junto a mesma outros projetos que fossem necessários.

O distanciamento é tamanho, que uma das propostas, de um informante que afirma nada conhecer do trabalho da universidade, chega a propor ações que já estão sendo implementadas há vários anos.

Porque não desenvolvem projetos se nós temos uma universidade que está botando aí, no mercado de trabalho, quantos profissionais por ano? A cada seis meses, o que forma de psicólogos! Porque não faz um trabalho com estes estagiários também? Sabe que está todo mundo socado naquela clínica, não tem ninguém trabalhando fora. Porque não coloca essa gente? Talvez não sejam ótimos profissionais, mas te garanto que alguma coisa de bom podiam fazer por estas pessoas. Porque não fazem um convênio governo municipal, secretaria de Saúde com a UNIVALI, para isto? A UNIVALI não está aí para servir a comunidade? Então não existe como? Quantas ações poderiam ser tomadas? Então, não é falta de interesse político?

Outros sete entrevistados afirmam pouco conhecer dos trabalhos desenvolvidos pela universidade. “*É o que eu falei, da UNIVALI, eu conheço pouco. Sei que havia um núcleo de pesquisa e que hoje trabalha com treinamento.*” Ou, “*tem o trabalho da UNIVALI, faculdade de enfermagem, não sei se alguma outra faculdade tem trabalho também, sei do trabalho da professora Evely¹⁴⁶, da faculdade de Enfermagem.*” Houve também citações a trabalhos desenvolvidos nas faculdades de Psicologia e Odontologia (basicamente ligados à pesquisa para trabalhos de conclusão de curso). Todos estes sete informantes citaram apenas um trabalho desenvolvido pela UNIVALI. Muitos dos trabalhos desenvolvidos são identificados apenas à prefeitura local. Observa-se, assim, a falta de divulgação destas realizações, por parte da Universidade, e seu distanciamento em relação à comunidade onde está inserida. Apenas os dois informantes especialistas conhecem os trabalhos que a UNIVALI desenvolve com relação a AIDS.

A universidade tem sua atuação restrita ao CETRHU, que dá ênfase ao treinamento, limitando suas ações. Não há por exemplo em nenhuma faculdade ou campi um núcleo ou centro de pesquisa em AIDS, que pudesse analisar exaustivamente os dados já coletados e propor novas ações. É difícil conceber uma universidade que não responda

¹⁴⁶ Evely Koller é a fundadora e coordenadora do CETRHU, desde a sua implantação.

aos três pilares que a sustentam: ensino, pesquisa e extensão. Esta crítica à UNIVALI é antiga, pois há apenas quatro anos é que criou uma pró-reitoria mais diretamente ligada à pesquisa¹⁴⁷. Porém, falta se debruçar mais sobre as necessidades atuais da comunidade, como é o caso do aumento da incidência de AIDS na cidade.

Assim, à universidade, as sugestões indicam uma atuação mais voltada para a comunidade, realizando mais trabalhos “in loco”, de cunho mais social e, portanto, menos individualizados¹⁴⁸. Os entrevistados propõem que, utilizando as várias faculdades que possui, a universidade desenvolva trabalhos buscando mudanças culturais no cotidiano da população, em suas casas, nos seus bairros. Levando os estágios à comunidade e trabalhando mais conjuntamente com outras instituições.

¹⁴⁷ A PropPEX, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão, foi criada em 1994, em substituição à antiga Pró-Reitoria Comunitária. É, pois, relativamente recente a preocupação com a pesquisa na UNIVALI, considerando-se que, apesar de ter o status de universidade há apenas uma década, esta instituição conta já com quase cinquenta anos de história, a contar-se desde a fundação da Sociedade Flávio Ferrari, da qual derivou a UNIVALI.

¹⁴⁸ A referência é aos trabalhos realizados pelas faculdades, efetuados basicamente a partir de estágios curriculares supervisionados. Os principais dentre eles são os oferecidos em clínicas (como os das Faculdades de Odontologia, Psicologia e Fonoaudiologia), em salas de aulas das escolas da cidade (como os das Licenciaturas) e em hospitais e postos de saúde (como os da Faculdade de Enfermagem). Poucos são os trabalhos que diferem das características acima.

ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS – ONGS

Os dados levantados demonstram apenas a existência de duas ONGs na cidade. Uma ligada à Igreja Presbiteriana, conhecida como Pró-Vida, que tem como objetivo a assistência a dependentes de drogas, atendendo também portadores de HIV. A outra, criada a partir da iniciativa de voluntários, busca propiciar apoio aos soropositivos e seus familiares, a partir da troca de experiências. É conhecida como GHIV.

Sob a justificativa de que a cidade apresentava o maior índice de contaminação pelo HIV via uso de drogas injetáveis, a Igreja Presbiteriana de Itajaí criou, em 1992, um centro de atendimento aos dependentes de drogas, o **Pró-Vida**.

Já em abril de 1992, o DdC noticia esta iniciativa. Em sua edição de 17 a 20 de abril, afirma que a igreja “*está empenhada na tarefa de recuperar os viciados em drogas.*” Naquele momento, o coordenador Pastor Lênio Chaves Cabral havia recentemente apresentado, à Prefeitura Municipal, um projeto prevendo a construção de um prédio, em um terreno doado pelo poder público, para o funcionamento do centro de atendimento aos dependentes de droga.

As finalidades do Pró-Vida podem ser observadas no projeto. Segundo o DdC, citando o projeto a principal finalidade era “*a recuperação integral de pessoas escravizadas pelos vícios de psicotrópicos, entorpecentes, bebidas alcóolicas ou outras drogas*”. Para isso a idéia era “*criar e difundir serviços técnicos, de higiene, jardinagem, arte-culinária e cultivo de hortaliças para consumo da instituição e seus filiados. Isto significa que os hóspedes da casa de recuperação terão oportunidade de exercer fun-*

ções produtivas no centro ocupando o tempo ocioso e aproveitando as atividades como terapia.” A manutenção do centro se daria a partir de contribuições de empresas públicas e privadas, de entidades beneficentes e de recursos financeiros da própria igreja e seus seguidores.

O Governo Municipal, em resposta ao projeto, adiantou que espaço suficiente para o empreendimento seria doado, em lugar a “*ser definido dentro de poucos dias, para posterior oficialização da transferência de posse*”¹⁴⁹

Um ano depois, o projeto está em andamento, porém a ajuda do governo municipal foi substituída pela de um empresário da cidade. Naquele momento, o Pró-Vida está instalado na Estrada Geral do Rio do Meio, em uma casa oferecida em comodato pelo empresário. No local, dezesseis ex-usuários de drogas estavam se recuperando, quatorze deles portadores do vírus HIV. “*O trabalho desenvolvido pelo período de seus meses, compreende a desintoxicação do organismo, acompanhamento psicológico e religioso, além de oferecer atividades esportivas e educacionais. Assim que os internos são ‘formados’, estão aptos para novamente reintegrar-se à sociedade, inclusive com o apoio de algumas empresas que oferecem empregos ao pessoal recuperado.*”

Novos contatos estavam sendo mantidos, com o poder executivo municipal, no sentido de ampliar a capacidade de atendimento da Casa de Recuperação Pró-Vida para setenta internos por período de seis meses. “*Para este fim, ele já recebeu da prefeitura um terreno na área urbana da cidade, onde deverá ser construído um prédio [...] Para a construção deste prédio, a Casa de Recuperação está tentando manter um convênio com o Banco Mundial, que já se mostrou simpático ao movimento*”¹⁵⁰

Em setembro de 1994, outra nota demonstra que a Casa de Recuperação ampliou suas atividades. porém, não para os setenta internos por período de seis meses como previsto, e sim para crianças portadoras do HIV. Segundo a nota, o Pró-Vida “*solicitou à Prefeitura Municipal de Itajaí a doação de terreno para instalação de quadra esportiva, para atender o Centro de Recuperação de Drogados e a Creche para crianças portadoras do vírus da AIDS, mantidos pela instituição*”¹⁵¹

A 11 de novembro daquele ano, uma matéria no DdC informa a inauguração, planejada para 1º de dezembro, de um abrigo para crianças órfãs de pais que morreram

¹⁴⁹ Ed.068. p.03.

¹⁵⁰ DdC de 21/05/93. ed.345, p.10.

¹⁵¹ DdC. 14/09/94, ed. 680, p.02.

em consequência da AIDS. O abrigo “foi construído no bairro Carvalho, com 800 m² de área e recursos financeiros repassados pelo Governo do Estado”. Segundo o jornal, a Casa da Criança Pró-Vida começaria “a funcionar em janeiro de 1995, reforçando o trabalho que vem sendo desenvolvido na casa de recuperação de adultos, que atende 10 portadores e está provisoriamente instalada em imóvel no bairro Fazenda. A sede própria será construída também no Carvalho [...] Os 1.200 m² que comporão o prédio poderão ser ocupados por setenta internos”.¹⁵²

Algumas diferenças quanto às finalidades da Casa da Criança se fazem presentes na nota que o DdC publicou no dia 06 de dezembro seguinte. Na coluna Gente & Notícia, a nota afirmava que a Casa seria inaugurada no dia 08 de dezembro e se destinava “ao internamento de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, portadores do vírus HIV. Localizado no bairro Carvalho, próximo da BR- 101, oferece 40 vagas em regime de abrigo.”¹⁵³

A Casa da Criança foi inaugurada efetivamente em 08 de dezembro de 1994, com a presença do Governador do Estado, do Secretário de Estado da Justiça e Administração e do Presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. Segundo o DdC daquela data, os recursos para a viabilização do projeto foram “provenientes do FIA – Fundo para a Infância e Adolescência –, que contou com a participação de empresas como a Petrobras Distribuidora e da Companhia de Petróleo Ipiranga”.¹⁵⁴

O jornal somente menciona o Pró-Vida sete meses depois, em uma entrevista com o Pastor Lênio Chaves Cabral, afirmava, que a Casa de Recuperação de adultos voltaria a funcionar em setembro daquele, pois reformas para sanar problemas estruturais obrigaram a suspensão das atividades no período. Quando voltasse ao seu funcionamento passaria, de acordo com o Pastor, “a oferecer a todos os internos acompanhamento psicológico, psiquiátrico e de assistência social, que antes só os casos mais difíceis recebiam”. O tratamento, que antes “era de sete meses”, a partir daquele setembro passaria a ser de três meses. “Será bem intensivo, e se não houver a recuperação, daremos mais um mês. Três meses são suficientes.”¹⁵⁵

¹⁵² Ed. 720, p. 12.

¹⁵³ Ed. 737, p. 11.

¹⁵⁴ Ed. 739, p. 12

¹⁵⁵ DdC. 06/07/95, ed. 896, p. 05.

A ampliação pretendida aparentemente deveria acontecer na reabertura da Casa, pois passaria a atender “*aproximadamente 30 alunos internos e 50 externos*”, perfazendo um total de oitenta atendidos. Dez a mais que os setenta pretendidos em anos anteriores. Porém, não há menção ao tão badalado abrigo de crianças e adolescentes.

Ainda segundo o Pastor, o índice de recuperação, conseguido pela Casa, é da ordem de trinta por cento. Atende somente homens, porque “*as mulheres são minoria e mais difíceis de tratar*”.

A manutenção do Pró-Vida se sustenta, naquele momento, em um convênio com o Ministério da Saúde, contribuições da comunidade, da igreja e de empresas da região, além de pagamentos por parte de alguns internos. “*Da maioria, nós não cobramos nada. De cada dez, uns dois ou três contribuíam com um salário mínimo*”. O cotidiano da Casa é: “*Acordam às 7 horas; Tomam café da manhã; Participam da sessão bíblica - de aproximadamente uma hora; Terapia ocupacional; Fazem a limpeza da Casa; Almoçam; Dorme; Terapia ocupacional; Higiene pessoal; Jantar; Sessão bíblica: o encontro consigo mesmo; Tempo destinado a jogos, televisão; Dormem às 10 horas*”.¹⁵⁶

Dos quatorze informantes desta pesquisa, seis citaram o Pró-vida como um dos trabalhos, relacionados à AIDS, existentes na cidade. Apenas no depoimento de um destes informantes transparece uma certa segurança ao falar do trabalho. “*Lá você vai encontrar vinte pessoas ex-usuários de drogas em recuperação, dos quais noventa e cinco por cento são HIV positivos.*” Em três depoimentos, a citação não passa de uma rápida referência, como “*e o pastor Lênio, que tem o Pró-Vida, que parece que ajuda um bocado este trabalho de combate à AIDS*”, “*o trabalho do pastor Lênio, que não é tão preventivo, é mais curativo, mais terapêutico*” ou “*tem outros trabalhos. Um é de um pastor que antes trabalhava com drogaditos e passou a aceitar soropositivos. Drogaditos soropositivos.*”

Dos outros dois depoimentos, um demonstra uma certa proximidade, porém sem um conhecimento mais efetivo do trabalho desenvolvido.

Tive alguns contatos com o pastor Lênio, também. Ele está fazendo este trabalho com usuários de drogas com AIDS [...] é um trabalho mais de internamento, um abrigo de pessoas, de adultos. Começou com crianças, mas, logo em seguida, teve problemas e me parece que está só com os adultos usuários de drogas e com AIDS. [...] Já faz mais de ano que não converso com ele e vou ver se vou visitá-lo agora, mas eu sei que ele andou bastante decepcionado. Porque ele buscou, na gestão passada, apoio da Prefei-

¹⁵⁶ Ibid.

tura Municipal e não teve. Ai, ele acabou estabelecendo um fluxo direto com o Ministério da Saúde. Ele tem, hoje, um projeto que é financiado pelo próprio Ministério da Saúde, pelo que me consta.

O outro informante, apesar de saber que é um trabalho ligado à AIDS e às drogas, não sabe nem o nome da organização. Seu depoimento demonstra incerteza bastante acentuada sobre o Pró-Vida, além de demonstrar tê-lo conhecido por mera casualidade.

E, eu não sei se é uma igreja, é um grupo... eu só vi homens. Eu estava no posto de saúde e apareceu uma kombi lotada de moços. É uma igreja, é um retiro... [...] É aqui para Itaipava, Machados, sei lá, é um lugar mais regrado. Tem um centro de aidéticos. É um local que só tem drogados, se não são drogados são portadores. Então era dia de eles virem, era dia deles irem ao médico, ao dentista. E eu estava no posto. Ai vi aqueles moços. Rapazes bonitos, assim... jovens eles. Ai veio aquele bando. O meu filho estava com febre.

Quanto ao GHIV – Grupo de Apoio Harmonizando Intensamente a Vida –, a primeira referência, em matéria dando conta de sua existência, aparece no DdC na edição de 12 de abril de 1996 e a última, em nota informando sobre o horário de mais uma reunião, veio na edição de 25-26 de maio do mesmo ano. Depois disso, não houve mais alusão ao Grupo até o final do mês de fevereiro de 1998, data limite desta pesquisa.

De acordo com a matéria de 12/04/96, o GHIV havia sido fundado em janeiro daquele ano e tinha como objetivo principal “*prestar serviço especial de terapia*”, pois havia “*carência de atividades de apoio direcionadas aos infectados na região*”.

Para isto, eram realizados encontros semanais, buscando o desenvolvimento de “*atividades como troca de experiências e de expectativas, além de um processo psicológico de auto-ajuda e ajuda mútua*”. Estas reuniões eram dirigidas por uma equipe de quinze coordenadores que tinham como motivo principal o criar uma “*consciência fraternal, tomando atitudes, levando em consideração a capacidade de doar-se aos outros*” no trabalho de apoio a portadores do HIV e de seus familiares.

Há que se ressaltar a preocupação com o sigilo por parte dos partícipes das reuniões. Segundo o jornal, o lema do Grupo era “*Quem você vê aqui, o que você ouve aqui, ao sair daqui, deixe aqui.*” Este lema é plenamente explicado por uma das coordenadoras, em depoimento ao DdC, afirmando que “*é de suma importância que os participantes das reuniões mantenham sigilo a respeito de estados de saúde física, psicológica e vida particular, assim como hábitos, preferências individuais e interpretações menci-*

onadas nos encontros”¹⁵⁷.

Apesar de fundado em janeiro daquele ano, a matéria de abril informava que a segunda reunião estava marcada para o sábado seguinte. Informava também que o encontro estava aberto a todos, soropositivos ou não.

O GHIV foi alvo de notas, no DdC, nas edições de 13-14/04/96, 20-21/04/96, 27-28/04/96, 04-05/05/96 e 25-26/05/96, com as mesmas características e quase os mesmo dizeres: todas à página 05, na coluna “Linha Cruzada”, informando data e horário da próxima reunião e destacando uma ou duas características do Grupo. Apenas uma nota foge a esta regra. Ela apareceu também na edição de 13-14/04/96, porém à página 11 e informava que a vice-presidente do Grupo havia concedido entrevista à TV Moci-nha (canal de TV a cabo de Balneário Camboriú).

Quanto às informações coletadas nos depoimentos desta pesquisa, apenas quatro entrevistados se referiram ao GHIV. Porém, todos os depoimentos revelaram desconhecimento em relação ao trabalho do Grupo. Em todos eles transparece a incerteza frente as atividades desenvolvidas.

Dois destes depoimentos não passam de meras referências. *“Sei do trabalho daquele grupo de apoio que funcionava no redondo. Agora não sei onde está. [...] Mas eu não conheço o trabalho deles direito.”*¹⁵⁸. *“Parece que há uma proposta de fundar um grupo nos moldes do GAPA. Ou até fundaram, mas... não tenho certeza.”*

Outro depoimento demonstra um certo contato com o Grupo, porém sem entrar propriamente nas atividades do Grupo. Demonstra um certo conhecimento de seus movimentos políticos, mas não de suas atividades.

Aquele... o GHIV, o Grupo Harmonizando Intensamente a Vida, que eu sei que era uma organização não-governamental e que tinha uma atuação nesta área também. [...] Eu também soube de uma busca que fizeram junto à Prefeitura, para... se oferecendo para participar dos trabalhos de combate à AIDS. Mas não tive mais contato, não sei como é que anda o GHIV atualmente. Não tenho informações.

A principal característica do depoimento do quarto informante que cita o GHIV é a discussão em torno dos problemas do próprio Grupo. Segundo ele, a estrutura, principalmente a estrutura física, foi o grande entrave desta organização.

¹⁵⁷ Ed. 1073, p. 12.

¹⁵⁸ “Redondo” – Prédio de dezenove andares, em formato circular, constituído de salas comerciais de pequeno porte, todas de frente para um vazio central onde se localizam as escadas e os elevadores. O Edifício Gênésio de Miranda Lins está situado no centro da cidade, próximo ao ferry-boat para Navegantes, região de intenso movimento, como em seu próprio interior.

Os GAPAs são bem organizados. O problema é em cidade pequena: o pessoal cria e não mantém. Aqui teve um GAPA e já fechou. Eu conheci o GHIV – Grupo de Harmonização da Vida – que funcionava ali no redondo. Funcionou uns dois ou três meses apenas. [...] Tinha uma mesa, duas mesinhas, um cara sentado lá atrás, uma moça na frente. O pessoal entrava ali. Não sei o que fazia. Nunca perguntei porque a porta estava, na maior parte do tempo, fechada. Mas, também, porque eles colocam estas coisas assim? Botam essas coisas onde? Dentro do redondo, onde todo mundo vê e comenta. Porque todo mundo comenta a vida de todo mundo. Eu sei porque eu estou sempre por ali, e ali você sabe da vida de todo mundo. Tudo gira ali dentro.

Conforme os depoimentos acima, esta ONG, aparentemente, não mais funciona.

A cidade está carente de ONGs no combate a AIDS, a criação de novas, é mais uma das sugestões dos entrevistados para que a cidade tenha um trabalho mais efetivo e social.

OS TRABALHOS NA CIDADE

A lógica que permeia os trabalhos desenvolvidos é a mesma que move a comunidade, isolados entre si e isolados da própria comunidade. Estes trabalhos refletem uma cultura de centralismo e conformismo, onde se delega às autoridades o direito de decidir os caminhos.

Um dos resultados desta postura de delegação é o isolamento de questões difíceis de digerir, como a AIDS, entendendo-a como responsabilidade do outro. Para a comunidade, o isolamento imposto é mais uma justificativa ao próprio medo, é apenas mais uma forma de se afastar sem conflitos internos. Porém, para o soropositivo este afastamento o deixa sozinho. Isolamento que é a marca que confirma sua doença e a proximidade de seu fim, geralmente gerando depressão e acelerando objetivamente o processo que leva à morte.

Esta marca somente é reforçada pelo comportamento dos que o rodeiam, pois ela já faz parte do “jeito de ser” da comunidade e, portanto, do indivíduo. Quando este tem notícia de sua soropositividade, ao saber do resultado do exame, ele próprio se imprime esta marca. Isto faz com que ele tenda a esconder o fato, justamente para evitar a exclusão e a morte social, buscando a sobrevivência na sociedade. A família, em boa parcela dos casos, somente vem a saber do que se trata quando a doença agrava e surge a necessidade de internação.

A internação, assim, assume um caráter de estado terminal do doente, pois os amigos e os parentes passam a conhecê-lo como doente e a comunidade passa a saber que a AIDS está manifesta. Apesar de todo o esforço dos profissionais de enfermagem do HMMKB para a humanização do espaço clínico, internar-se no DIC-1 é assumir, perante a comunidade, o fato de que já está em fase terminal, é a publicação de que é um “aidético”. Terá, então, que enfrentar todos os mecanismos, já conhecidos pela convivência, de exclusão, preconceito e discriminação. Mas, principalmente, terá que enfrentar todo o medo da exclusão, do preconceito e da discriminação.

Este processo de exclusão foi causado basicamente pelas primeiras informações, sobre a AIDS, veiculadas na cidade. Desencontradas, incompletas e assustadoras (pela possibilidade da morte e até pela confusão e pela parcialidade com que foram apresentadas), estas informações geraram uma subjetividade coletiva que tornou a distância a única possibilidade possível de proteção contra a doença. Se o afastamento da doença era necessário para a autoproteção, o isolamento do doente também o era.

Este isolamento impossibilitou ao portador a vida, pois sua soropositividade implicava em um atestado de morte, mas também dificultou o esclarecimento, pois buscar informações implicava uma aproximação não desejada à doença. Além disso, buscar informações também tornava o indivíduo suspeito de estar contaminado: se não estivesse, porque buscaria se aproximar da doença? Porque buscaria informar-se?

Outra forma de se tornar “suspeito” era a proximidade ao doente, justificada pelas mesmas razões acima. Tratar bem um doente de AIDS, ou suposto doente, cria suspeitas de que aquele que o faz também pode estar contaminado. O preconceito dificulta, pela própria falta de esclarecimento, a solidariedade, pois supõe que ela acontece pela cumplicidade com a doença, que ainda não se manifestou. Se alguém emagrecer muito, por exemplo, está sujeito a ser discriminado pela possibilidade de ser doente de estar contaminado.

A ignorância frente ao problema, então, gerou o afastamento da comunidade de qualquer elemento que pudesse, mesmo que longinquamente, significar AIDS. Ao mesmo tempo, em função deste afastamento, acabou por gerar, também, mecanismos que inviabilizavam o próprio conhecimento, mantendo a ignorância sobre o assunto e, consequentemente, o afastamento.

Além disso, estes mecanismos, em conjunto com o afastamento e com a própria

discriminação, favoreceram comportamentos não preventivos em relação à síndrome, auxiliando em muito sua propagação na cidade, principalmente com relação à parte da população não marginalizada. Esta parte da população, que tende a ser mais afeita às atitudes discriminatórias frente à diferença, acabou discriminando indivíduos que se utilizavam de meios preventivos e, inclusive, os próprios comportamentos preventivos.

O simples fato de se dirigir ao local do exame já é constrangedor às pessoas que o fazem. É tão forte que muitos evitam os serviços oferecidos porque a simples ação de entrar naquele espaço implica em assumir-se perante a sociedade que está, ao menos, preocupado. Em outras palavras, é um possível portador. Expor esta dúvida pode implicar em um processo de exclusão social contra si. Mas também pode significar um processo de exclusão, mesmo que um pouco abrandado, de seus familiares, pois têm um “aidético” na família, o que já é motivo de vergonha.

Isto é corroborado pela não priorização, ou pouca eficácia, da dimensão educativa nas pré e pós-entrevistas para o exame de HIV. Além disso, uma rede de informações sobre quem são os frequentadores do COAS, lideradas pelas pessoas que trabalham próximo ao espaço onde se localiza, dificulta a manutenção de uma certa privacidade, por parte dos portadores ou de quem quer se submeter ao exame, sobre o que acontece consigo. Esta rede é muito facilitada pela própria localização do COAS, que ocupa um prédio justamente na área mais movimentada do centro da cidade.

A discriminação e o preconceito são atenuados pelos trabalhos individuais e voluntários de alguns cidadãos, que desenvolvem ações isoladas de assistência aos que já tem sintomas da doença. Estas ações demonstram uma modificação, muito incipiente ainda, no trato aos portadores na cidade. Motivo para algum otimismo, pois demonstram, também, que há possibilidades de que haja, num futuro próximo, um processo mais acentuado de humanização das relações sociedade/portadores do HIV.

Estes cidadãos, aparentemente, têm noção do alcance e da gravidade da pandemia e do desequilíbrio desta relação. Isto reflete uma certa perspectiva de totalidade do processo, algo que as instituições que tratam com a síndrome na cidade não têm.

Estas instituições se dividiram, tradicionalmente, em quatro grandes blocos: público, hospitalar, acadêmico e ONGs. Estes blocos agiram, durante todo o processo, de forma isolada e com atitudes, inclusive, de franca oposição ou indiferença em relação aos outros blocos. No bloco público, a Prefeitura Municipal, além de buscar justificativas

desviadas e desviantes ao fato de Itajaí ter uma grande proporção de contaminados e tratar o assunto apenas no nível político-administrativo, optou por atuar apenas na parte ambulatorial e na realização de exames, ações das quais não poderia se esquivar. Por seu lado, a Câmara de Vereadores teve uma atuação pouco efetiva no processo de desenvolvimento da AIDS na cidade. Pouquíssimas ações foram efetuadas pelo Legislativo no que diz respeito à síndrome. Sua ação mais efetiva se refere à votação e aprovação de uma lei municipal contra a discriminação a portadores em locais públicos.

Dos dois hospitais da cidade, apenas um implantou ações para o tratamento da AIDS. O Hospital Infantil Menino Jesus, de especialidade pediátrica, apenas aceita internações com a doença, porém nenhuma ação específica foi desenvolvida. Quanto ao HMMKB, o único hospital de adultos da cidade, implantou uma ala específica ao tratamento da síndrome, o DIC-1, limitando-se à internação dos portadores em separado, pois a ala é parte do setor de isolamento do hospital. Esta implantação, ao que parece, se deu principalmente como resposta à pressão que as inúmeras internações, de pessoas com AIDS, vinham exercendo sobre a instituição. O HMMKB aparentemente não fugiu à regra do trato à AIDS na cidade: a pura reatividade aos fatos.

O acadêmico, representado pela UNIVALI, abortou já no início a pesquisa acadêmica sobre a AIDS, ficando apenas no puro levantamento de dados. Além disso, buscou a área de extensão e criou, em substituição ao núcleo de pesquisa, um centro de treinamento para recursos humanos em AIDS, mais rentável e de mais fácil implantação. Reduziu sua área ao Porto e à Cadeia Pública, indicando inclusive a compreensão que tinha da síndrome e de suas causas: a AIDS vem de fora, ela é estrangeira à cidade, e é um problema de marginais ou desviantes.

E, finalmente, as ONGs optaram por duas saídas distintas. O GHIV, de vida curta e atuação pouco significativa, buscou um trabalho de apoio aos portadores através de reuniões de discussão dos problemas enfrentados e partilhamento de experiências, intervindo em uma dimensão mais ligada à subjetividade do portador e tentando modificar, a partir do próprio contaminado, a visão da síndrome existente na cidade. Foi uma saída diferenciada no contexto citadino, porém aparentemente não deu os resultados esperados, pois as notas convocando para as reuniões publicadas periodicamente no DdC (a principal notícia que se teve deste grupo) escassearam em pouquíssimo tempo, levando a crer que o grupo logo se extinguiu.

Já o Pró-Vida, trabalho ligado à Igreja Presbiteriana, optou por um modelo francamente assistencial e conservador, limitando-se a um trabalho de internação a drogados portadores, basicamente visando eliminar a drogadição. Esta foi a instituição que mais se relacionou externamente, foi a que menos se isolou, pois trabalhou, em alguns momentos, em parceria com a Prefeitura Municipal. Isto se deve fundamentalmente à necessidade de verbas públicas para a continuidade de seu trabalho.

Além deste isolamento, estas instituições¹⁵⁹ dirigiram seus discursos quase que exclusivamente aos UDIs, propondo à comunidade uma compreensão da AIDS essencialmente ligada a este grupo. Porém, a população manteve a compreensão ligada a um enfoque sexual.

Isto se deveu, possivelmente, devido às ações destas instituições que, paradoxalmente, tomaram o enfoque da transmissão via sexualidade. O enfoque mais fácil, mais tranquilo, mais desprovido de possíveis conflitos morais e sociais. Assim, as campanhas de prevenção promovidas pelo Poder Público, à exceção da campanha do Dia Mundial da AIDS de 1993¹⁶⁰, tiveram como mote principal a sexualidade como transmissora da AIDS. Os treinamentos promovidos pelo CETRHU também se utilizam desta perspectiva. Apenas o Pró-Vida manteve uma coerência entre o discurso e suas atividades.

Outro elemento importante para se compreender o fenômeno AIDS em Itajaí é a relação das práticas em saúde e a educação. Não há uma mentalidade que ligue a saúde com a educação. Há, sim, um pensar as práticas em saúde como algo que intervém sobre um organismo que deve ser curado, sobre um corpo que não pensa, não tem consciência e que não aprende. Não há um desenvolvimento destas práticas com o intuito de informar, educando o doente para que ele conheça seus problemas e possa prevenir-se, para que possa auxiliar em seu tratamento ou prevenir aos demais para que se contaminem. Não há um entendimento de prática de saúde também como prática educativa.

No que se refere à educação o único projeto que a contempla é a formação de multiplicadores, que é o único trabalho com uma perspectiva educacional, apesar de ser da responsabilidade da secretária da saúde, junto ao programa de DST/AIDS Municipal

¹⁵⁹ Exceção feita, talvez, ao HMMKB, na medida em que sua atuação pouco dependia da definição de via de contágio. Portanto, a atuação do Hospital foi mais "neutra".

¹⁶⁰ Nesta campanha houve uma atividade, entre outras, que visava ensinar como esterilizar seringas. Todas as campanhas, inclusive esta, trabalhavam a partir do ensino do uso, da importância e da distribuição de preservativos.

e não da secretaria da educação como se poderia esperar. Além de, só em 1997 é que a prefeitura o incorporou a seu programa, antes era de responsabilidade do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado, sem nenhuma ligação com a prefeitura local.

Dividido em dois projetos, *“Treinamento e Capacitação de Educadores como Multiplicadores em Prevenção ao Abuso de Drogas, DST e HIV”* e *“Projeto de Prevenção de DST/AIDS entre Adolescentes - Oficinas de Trabalho para Capacitação de Monitores”* (este último ligado ao Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde), o trabalho sustentado na perspectiva dos multiplicadores é, no município, a base dos trabalhos desenvolvidos nas organizações escolares, com professores que tentam implantar junto ao currículo os saberes sobre a AIDS e com alunos que se encarregam de informalmente esclarecer dúvidas sobre estas questões nas escolas da cidade.

Segundo avaliação da AIDS e DST no Brasil, efetuada a partir de visitas realizadas entre 18/03 e 24/05/1996 pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS), publicado em janeiro de 1997, o projeto de treinamento e capacitação de educadores como multiplicadores em prevenção ao abuso de drogas, DST e HIV *“está sendo implementado no município [...] Já houve treinamento e está sendo realizado um projeto piloto em 5 escolas”* (Ministério da Saúde, 1997, p. 50). Quanto às oficinas de trabalho para capacitação de monitores, ainda segundo a avaliação do PN - DST/AIDS, foram *“capacitados 3 multiplicadores, dos quais um é de uma ONG (Pró-Vida), uma enfermeira foi para a Regional de Saúde, e uma professora universitária já treinou um segundo grupo, de 16 adolescentes. O primeiro grupo constou de 22 adolescentes, em 2 turmas, em escolas humildes. Eles já multiplicaram nas suas escolas e participaram do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS e o Carnaval”* (ibid., p. 50).

Além disso, ainda segundo aquela avaliação, havia, à época da visita da avaliação, um agente de saúde em cada escola. Funcionário da Secretária Municipal de Saúde, o agente de saúde tinha quarenta e cinco minutos semanais, por turma, para falar de saúde. Não havia acompanhamento para saber se incluía o assunto AIDS nas palestras, mas *“Todos [os agentes] foram treinados em DST/HIV/AIDS e receberam material (‘Gibi da DST/AIDS’ e ‘Como Evitar as Doenças Sexualmente Transmissíveis’, reproduzidos dos materiais do Programa Nacional, e o folheto ‘Teste para AIDS: Viva Itajaí com mais Saúde’)”* (ibid., p. 50).

Com relação as atividades nas escolas do município, o programa municipal de

combate à AIDS desenvolvia ainda as seguintes ações: a) apoiava a “Semana da Saúde” nas escolas particulares; b) dava palestras, exibia filmes e distribuía material educativo e preservativos (um por aluno para “*desmistificação*”), a partir de convites das escolas; e c) realizava micro-campanhas com concursos de redação, cartazes e frases.

Também em relação a populações específicas, eram desenvolvidas atividades de prevenção nas casas de prostituição, no presídio da cidade e, iniciando, com trabalhadores do porto. Estas atividades eram desenvolvidas pela universidade em colaboração com o programa municipal.

Foi feito um cadastro das casas de prostituição, sem atingir, contudo, os profissionais do sexo nas ruas, os travestis e os michês. A partir deste cadastro, houve abertura, segundo avaliação do PN - DST/AIDS, para palestras nestas casas e para que as profissionais das casas de prostituição passassem a buscar preservativos no COAS.

Com relação à população em geral, apenas a distribuição de preservativos. *“Embora sem promover campanhas na mídia, o programa lançou [em 1996] uma campanha de Carnaval, distribuindo 68.000 porta-preservativos e trabalhando principalmente nos clubes. A campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, embora de um dia só, teve a distribuição de 45.000 porta-preservativos.”*¹⁶¹

A sucessão do governo municipal teve, em 1997, também uma troca de partidos políticos no cargo de prefeito. O partido que saiu havia controlado o cargo por quatorze anos. A troca de partidos obrigou a uma troca de secretários e, conseqüentemente (como é de costume), a troca dos cargos de confiança na Secretaria Municipal da Saúde.

A nova direção do Departamento de Epidemiologia publicou, em abril de 1997, o *“Boletim de DST/AIDS”*, onde faz um diagnóstico da AIDS e das políticas anteriormente adotadas para sua contenção, bem como o levantamento dos recursos e uma programa para *“redefinição das ações assistenciais no município”* (Prefeitura Municipal de Itajaí, 1997, p. 3).

Segundo o Departamento de Epidemiologia, as atividades acima citadas são importantes *“para que se possa construir uma proposta de atuação na prevenção e assistência às DST e AIDS”* (ibid., p. 3). Esta construção implica, além de uma maior articulação dos trabalhos, nesta área, com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), ainda nos seguintes pontos:

¹⁶¹ Ibid., p. 48-9.

- 1º - Foram contratados profissionais como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos.
- 2º - Ampliação do horário de atendimento no Ambulatório e COAS (12 horas/dia).
- 3º - Implantação do serviço de obstetria, onde há o acompanhamento das gestantes HIV+ (ou doente de AIDS) por médico obstetra, enfermeiro e psicólogo.
- 4º - Implantação do serviço pediátrico em AIDS, com a absorção dos médicos pediatras já treinados.
- 5º - Aproveitamento dos profissionais já capacitados.
- 6º - Organização para futura implantação do Ambulatório de DST.
- 7º - Definição da área física para implantação do Hospital-Dia (em andamento). (ibid., p.3).

O que é possível notar, nas descrições acima, é uma quase total falta de cunho educativo nas ações de saúde. Estas ações se restringem a trabalhar o corpo do doente e quando buscam a prevenção, quase que na totalidade das vezes não passam da simples informação.

Isto acontece porque na concepção que temos do trabalho em saúde, não contemplamos uma dimensão educativa. Esta concepção é plenamente partilhada e incentivada pela absoluta maioria dos profissionais de saúde e, inclusive, por uma grande parcela dos próprios profissionais da educação.

A lógica destas práticas de saúde se sustenta na verticalidade da medicina atual. Uma disciplina rígida ao extremo, e portanto autoritária, em que a suposição de que o profissional de saúde é detentor de todo o saber estrutura sua relação com o paciente. É uma medicina de escravos, em que o profissional não considera o paciente como sujeito de sua vida.

Ao contrário de uma medicina de cidadãos, que poder-se-ia conceituar como aquele em que os profissionais de saúde

se dirigem aos homens livres e os tratam como tais: como seres para os quais a escolha, a decisão, sobre suas vidas são possíveis. Assim, eles não se contentam em dar receitas. Eles entram em conversações, eles informam-se junto aos doentes sobre sua vida e seu meio, eles educam o doente estimulando-o [...] O médico dos cidadãos propõe uma maneira de construção de um corpo saudável, cuidando-o cotidianamente através de uma conduta racional. Ele assessora o paciente em seu tratamento, possibilitando que este paciente defina o processo, que este paciente controle sua vida e seu corpo. É o médico que possibilita ao paciente a eleição de um modo de vida que seja saudável e de acordo com quem vive esta vida. (CHIARADIA & CHIARADIA, 1997, p. 05).

Desta forma, o atuar dos profissionais de saúde, a partir de uma compreensão das práticas de saúde como práticas educativas, estabeleceria um posicionamento diferenciado em ações referentes ao trato da AIDS. Isto implicaria, inclusive, discutir a cultura vi-

gente, na medida que qualquer mudança de comportamento deveria, necessariamente, seguir mudanças de compreensão de si próprio e do mundo. Tentar incutir novos comportamentos sem compreender e discutir a condição social da mulher, o machismo, o conceito de saúde, as relações sociais, enfim, as questões que sustentam esta sociedade verticalizada, inviabilizaria qualquer procedimento de cunho educativo como prática efetiva de saúde.

Seria, basicamente, um processo de construção social do conhecimento, da cura e da prevenção, e não esta idéia limitada de que a educação acontece apenas nos espaços formais de conhecimento, como a escola ou a universidade. Seria a negação de uma compreensão que exime o cidadão de sua responsabilidade frente ao mundo, frente à sociedade, frente à saúde de todos e frente a si mesmo. Seria a democratização e, portanto, a humanização da vida dos homens.

O que também se observou nesta pesquisa, é que a comunidade tem muito a dizer sobre as ações relativas à AIDS realizadas na cidade. Que há a preocupação sobre a doença, o que falta é se criar meios de discutir e que quando procurada ela tem muito o que dizer. Houve no decorrer das entrevistas várias sugestões, mas a maioria propôs um trabalho que envolvesse toda a comunidade, através de uma grande equipe, procurando *“unir forças tanto da área da saúde quanto da área da educação, como organizações não governamentais, como as Igrejas e outros.”*

As sugestões de três dos entrevistados, transcritas abaixo, sintetizam estes desejos.

Assim como nas empresas, nas associações de moradores, nos sindicatos... Quer dizer, é esta interação mais ampla que falta. Em parte porque este primo mobilis, este motor é a prefeitura, que deveria estar trabalhando em um programa neste sentido. Fazer com que lá dentro das empresas tivesse, todas as empresas tivessem, reservassem um espaço para ter uma palestra, para assistir um vídeo de orientação sobre isso, que nos postos de saúde estivesse acontecendo isso, que em todas as escolas estivesse acontecendo. e assim por diante. Eu acho que o campo da prevenção é infinito, são infinitas as possibilidades que se pode criar, esta possibilidade de estar passando uma mensagem de orientação. Nos somos muito pobres, ainda, neste campo da prevenção.

Formar uma equipe multidisciplinar, ampla, que transite na comunidade. Quando eu falo comunidade, estou falando de grupos de drogaditos e por aí afora. Quer dizer, que pudesse transitar nestes vários espaços para levantar exatamente como se pensa, o que se tem, o que é possível fazer, quais as condições existentes. [...] Então uma equipe que pudesse transitar, que pudesse levantar informações, que pudesse ver a real situação da AIDS, como ela é pensada, como é transmitida e como dá para intervir neste processo para quebrar o círculo vicioso, que é o círculo da contaminação. Este círculo tem que ser quebrado. Sabe, buscar gente séria, possibilitar trabalhos. [...] Trazer as

peessoas, mostrar para a cidade que a AIDS não é vergonha, que um aidético não é um monstro.

Outra coisa que acho fundamental, já que não existe isso, seria um caráter de prevenção mesmo. Num sentido despojado de preconceitos. O que é meio complicado. É meio complicado de fazer nas igrejas e meio complicado de fazer nas escolas. E que os meios de comunicação não fazem mesmo, por questões comerciais. Então, eu sonho, por exemplo, com... fico imaginando Itajaí, por exemplo, que tem uma faculdade de Enfermagem. Eu fico sonhando com um prefeito inteligente... que um dia chegue para o reitor da universidade e diga: vou assumir os alunos de Enfermagem a partir do terceiro período, vou pagar a mensalidade deles e vou encarregar cada um deles, vou fazer um plano, cada um deles vai ficar encarregado por uma quadra, por duas ruas, quatro ruas, por meio bairro, por um bairro... e onde estes estudantes freqüentem as casas, as pessoas que moram ali e passam, conseqüentemente, ali. Falei terceiro período porque no primeiro e segundo eles teriam que ter uma formação básica de sociologia e comportamento humano coletivo, da sociedade em que estão inseridos, e uma formação de informações básicas sobre as diferentes epidemias, doenças e problemas sociais e médicos. que pudessem ir na casa das pessoas e perceber onde estão os problemas, onde estão os pontos de drogas, onde a rapaziada se encontra para... para usar a mesma seringa. Que pudessem levar a camisinha, explicar para o jovem sem preconceito. Explicar a função e o uso. Quer dizer, fazer na adolescência, na juventude e na idade adulta aquela educação que deixou de ser feita lá na base. Mas, aí, é uma coisa de remediar. É muito essa coisa de remediar. Mas remediar... Que aí, veja bem, o órgão de saúde da cidade teria muito mais informações, teria um contato direto... e essas pessoas teriam que ter uma liderança e uma concepção social que se tenha adquirido na escola, faz tempo, para justamente conseguirem conquistar a confiança das pessoas... preparo psicológico para ter a confiança das pessoas que estão aí, para que as pessoas acreditem nelas, também... no trabalho. Porque, aí, você poderia atender uma série de outras questões. Estaria combatendo drogas, estaria fazendo prevenção com relação à AIDS... e outras doenças... e ao próprio controle da natalidade.

CONCLUSÃO

O que se pode observar nesta versão da história social da AIDS em Itajaí, é que vários hipertextos, vários discursos onde cada um deles remete a outros e novos discursos, vão aparecendo. Porém, ela se sustenta em um discurso que toma como centro de análise a sexualidade entendida como divergente. Toma como elementos de base a homossexualidade e a bissexualidade masculinas, sempre associando seus praticantes à promiscuidade. Por outro lado, a prostituição feminina, fortemente veiculada na história social da AIDS no Brasil, pouca relação tem, para esta população, com a AIDS.

A noção de “grupos de risco” é ainda elemento forte nos discursos. Noção que gradativamente vai sendo incorporada a outras categorias, como os UDIs, os caminhoneiros, presidiários, trabalhadores da orla marítima e suas respectivas(os) companheiras(os). São ainda entendidos como outros “grupos de risco”, mantendo uma lógica que exime a grande maioria da preocupação do contágio. É uma lógica individualizada, na qual o cidadão não se identifica com os grupos apresentados ou, caso se sinta fazendo parte de um deles, pode se entender como uma exceção, eximindo-se também da possibilidade de se tornar soropositivo, da responsabilidade frente ao problema e, ainda, do compromisso social que adviria caso não a entendesse como “doença (de) marginal”. É a idéia da doença no outro ou do outro, da desresponsabilização e do descompromisso em relação às questões sociais.

O conceito grupo de risco é inaceitável nos dias atuais. Ele resulta em forte discriminação àqueles que são enquadrados em um ou outro grupo, e em perigosa negligência com a prevenção dos que estão fora, considerando-se imunes. O comportamento epidemiológico da doença contradisse esse conceito. Hoje é fundamental trabalhar com a idéia de comportamento de risco que, se adotado, torna qualquer pessoa vulnerável. A Aids precisa ser encarada, cada vez mais, como problema de todos. (NASCIMENTO, 1997, p. 173)

O conceito de “grupo de risco”, tão propalado nos discursos sobre a AIDS, trazia no seu bojo as técnicas de mapeamento epidemiológico, na busca da origem e dos caminhos do contágio. Foi utilizado por vários segmentos como base para fundamentar respostas que embutiam, e que ainda hoje o fazem, a idéia do castigo ou da culpa pelo contágio e que, gradativamente, é incorporado pela população para fundamentar preconceitos e preconceitos. Além disso, instrumentaliza discriminações, gerando práticas de esquadramento, não só da doença mas principalmente do doente.

Isto criou analisadores que traziam as metáforas bélicas como explicativas da saúde. Nesta perspectiva, o corpo é invadido por agentes estranhos que deverão ser ex-

terminados e, como na guerra, as perdas fazem parte do processo. O que realmente importa é o resultado final, que se resume em ganhar ou perder, relegando a segundo plano o número de vítimas ou o tempo que esta batalha durará. Nas questões da saúde também não se cogita “perder”, mas aceita-se passivamente a demora para “vencer”.

Estas metáforas criaram máquinas de guerra contra a doença, enquadrando as pessoas em amigos ou inimigos na “grande batalha”. O inimigo deve ser neutralizado e, como não é possível a separação entre o “corpo doente” e o “doente que tem o corpo”, o inimigo assume um rosto: o rosto do doente. O amigo é o saudável, pelo menos enquanto não se contaminou, enquanto “não passou para o outro lado”.

Na lógica bélica, a evitação do doente significa a evitação da doença: a partir das polarizações básicas da metáfora, amigo/inimigo e bom/ruim, a AIDS – inimiga e ruim – vira uma doença que pode e deve ser evitada e a forma mais simples é a evitação do contaminado, do portador da doença. Consequentemente, é necessário evitar-se também os possíveis doentes ou os supostos doentes, evitando aqueles que podem ser incluídos nas categorias entendidas como de risco.

Isto se agrava pela própria negatividade que a síndrome carrega. Além de não ser uma doença de nobres ou intelectuais, como a tuberculose o foi, a AIDS ainda está associada ao sexo, principalmente ao sexo “desviante”, liberal ou excessivo, e a um sangue contaminado – moral, social e legalmente contaminado. Dentro destes hipertextos que mobilizam o preconceito bélico, necessário se faz identificar os “inimigos” ou “culpados” de a possuírem, mobilizando a “caça” como uma estratégia de prevenção à contaminação.

A postura de buscar culpados, quando se sente que a vida pode ser ameaçada, é algo compreensivo nesta sociedade, na qual os indivíduos em meio a um grande volume de informações, não raro desconexas, se vêem na obrigação de respondê-las. Com isto, acabam por assumir os discursos de mais fácil digestão, como os bélicos por exemplo, que com frequência são os mais conservadores dentre os discursos veiculados.

A população fala da AIDS fortemente vinculada à sexualidade, o que também é demonstrado na ênfase dada ao não uso de preservativos, considerado como o grande obstáculo à prevenção da doença. Ao que parece, vários motivos geraram esta postura frente ao problema em Itajaí: a) as grandes campanhas nacionais deram pouca ênfase às outras formas de contaminação; b) apesar do discurso tender a culpabilizar os UDIs, as

campanhas municipais também o fizeram, pois as ações mais significativas e mais alardeadas, nos eventos públicos de combate à AIDS, estavam sempre ligadas à distribuição de preservativos; c) ao conhecer os portadores, a maior facilidade de assunção de aventuras sexuais extra-conjugais ou até mesmo homossexuais, sem falar de casos heterossexuais, do que a marginalidade do uso de drogas injetáveis, levou a população a vincular a AIDS à sexualidade. Além disso, esta população observa a síndrome se manifestar em pessoas comuns e não em “bandidos”, como são representados os UDIs no imaginário popular, geralmente associados à baixa renda e à marginalidade penal; d) nem todos usam drogas, menos ainda drogas injetáveis, mas “todos” fazem sexo. Neste sentido, há uma maior identificação com a transmissão, a partir de um si-mesmo que vive atos sexuais e as pressões e repressões de sua sexualidade; e) o silenciar sobre a sexualidade, que a mantém ligada ao espontâneo e, neste sentido, à possibilidade de “não resistir a tentação”, algo entendido como errado, mas passível de perdão.

Nos falares sobre a AIDS, os UDIs são incluídos muito mais pela externalidade, como os jornais escritos e televisivos, do que pela experiência cotidiana. Os discursos da mass-mídia são incorporados, como o de que o porto é um dos grandes “culpados” pela incidência na cidade. Se não são os homossexuais masculinos, que trazem a doença após as suas viagens aos grandes centros, são os caminhoneiros ou os portuários, principalmente os marinheiros, que a trazem. Mas este é, para a comunidade, um marinheiro fãlico, sexual, não um marinheiro UDI. A justificativa do “estrangeiro”, o culpado dos males que se abatem sobre a cidade, é uma prática que gera uma certa tranquilidade, pois possibilita que os cidadãos se desresponsabilizem pela origem do problema. A prática de justificar as epidemias com o discurso do estrangeiro aparece em todas as grandes epidemias que a história conhece. O modo como a sífilis foi vista no século XV é esclarecedor.

Eis uma característica da visão comum de 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, p.57)

A mobilidade do marinheiro se contrapõe à raiz do cidadão. A promiscuidade, àquele associada, choca-se à suposta moralidade deste. E assim, na busca de culpados, o

estrangeiro cabe facilmente: uma suave resposta aos eventos de difícil digestão que porventura tenha o cidadão.

Por outro lado, a convivência cotidiana com a doença, possibilitada pelo aumento do número de casos, gerou uma certa humanização da epidemia, que acontece no corpo a corpo com o doente. Transformação lenta da comunidade, caso a caso, que não foi acompanhada pelo poder público e nem pela imprensa.

Também se estabeleceu uma diferenciação entre o vivido no cotidiano, no nível pessoal, nos micro-espços, e as noções e vivências coletivas. As abstrações – os casos analisados abstratamente –, que se localizam em espaços sociais mais amplos, ainda carregam com muita força o discurso discriminatório.

Esta discriminação com relação à AIDS e ao “aidético” fica em muito atenuada com a presença próxima do doente. Porém, é um processo lento, dividido em micro-processos que ainda não têm força para transformar as práticas sociais em voga, que isolam e afastam o doente do convívio social. Práticas geradas basicamente pelo medo do contágio – o “não beber no mesmo copo” é citação recorrente nas entrevistas – e pela falta de um maior conhecimento sobre as formas de transmissão da doença.

Outro elemento importante, neste processo discriminatório, é a noção de que estar contaminado é como estar morto – “a AIDS é igual à morte”. A partir desta noção, o abandono do contaminado é quase inevitável: “nada há a fazer contra a morte”. Há, também, a culpabilização do doente pela situação em que se encontra. É a idéia de que a AIDS é nada mais que um castigo divino, ou terrestre, pelas ações divergentes à ordem tradicionalmente estabelecida e supostamente praticadas pelo indivíduo contaminado.

Esta culpabilização da doença/doente é forte gerador da morte antes da morte, a morte social, que dificulta sobremaneira a busca de uma vida digna ao portador do vírus. A morte social, pela própria impossibilidade do doente manter sua cidadania e sua dignidade, acaba não raro levando-o efetivamente à morte física, funcionando como uma profecia auto-realizadora e mantendo a lógica circular da doença.

A busca de culpas e culpados tenta levantar, em cada soropositivo conhecido, uma identidade oculta que justifique o fato da síndrome tê-lo atingido. A entrevista pré-teste, efetuada no processo de exame para identificar o HIV, tem também este fim. Ao se submeter ao exame, o examinando “deve” estar preocupado com algo, “deve” ter algo oculto em sua história que justifique sua presença para a testagem: em suma, ele deve

algo. Esta lógica, a priori discriminatória, acaba sendo tão forte que cria uma subjetividade de exclusão, incorporada, inclusive, pelo próprio doente. Ele próprio, então, se isola, ajudando a manter o processo social de culpabilização. Isto individualiza as questões sociais de saúde, favorecendo um imobilismo social e estimulando um moralismo que dificulta a construção de espaços heterogenéticos e de respeito à diferença.

Há que se disseminar que a AIDS é uma doença de todos. Porém, não no sentido de causar pânico, mas no sentido de criar um olhar de enfrentamento a uma sociedade que vive com AIDS. Sociedade/AIDS que direta ou indiretamente nos atinge a todos, não só portadores ou seus familiares, mas os trabalhadores, as donas de casa, as crianças, adolescentes, etc. Atinge a sociedade médica, econômica, intelectual... todos de alguma forma se debruçam sobre a mesma com poucas respostas. Ela não é um problema individual. É, sim, um problema social e assim deve ser encarada, assim deve ser olhada: com responsabilidade e compromisso social.

Para isto a educação não deve ser isolada da saúde, pois reduzi-la a espaços formais como as escolas e universidades, ou a eventos e cursos específicos, é limitar as possibilidades educativas das práticas em saúde. Além de manter a distância existente entre os profissionais de saúde e da educação. "Os profissionais de saúde precisam encarar-se como educadores quando entram em relação com a população." (STOTZ, in: VALLA & STOTZ, 1994, p.141)

A educação AIDS pouco acontece nos espaços fechados, ela se faz no cotidiano das relações sociais. Sua base é construída, através de discursos e imagens, como a sociedade atual. Por isto, se faz necessário que as práticas de saúde se desenvolvam de outra forma: menos curativas, visando apenas um corpo saudável, e mais educativas, na busca de um educar o cidadão para sua cidadania, para que ele se interesse por sua saúde. Não são os profissionais da saúde, não são os remédios, ter saúde é uma conquista diária que passa pelo pleno exercício de ser cidadão, de ser mais autônomo e responsável pelo fazer-se em sociedade.

É duro curar-se das palavras. Pronunciada, a palavra gera o efeito. Desinventar seus efeitos: é hoje talvez a maior função da educação e da informação sobre a epidemia do HIV. Reduzir a epidemia ao que ela é: uma doença como todas as outras. No entanto, a aids é a síndrome de nossos dias. Temos que renomear nossos dias, para evitar inclusive que dias e aids sejam anagramas. Outras letras, para escrever tempos outros. (DANIEL, 1991, p.6).

É necessário, portanto, que criemos outras formas de entender o mundo que nos

cerca, buscando outros modos de nos relacionarmos, com o mundo e entre nós mesmos. Talvez, a positividade deste fenômeno esteja em repensarmos estas marcas, estas letras.

Criando novas lógicas, modulando uma sociedade com mais respeito entre seus participantes, com mais democracia nas decisões e, conseqüentemente, com maior qualidade de vida.

Novas palavras para novos dias.

BIBLIOGRAFIA

- ALTMAN, D.. **Poder e Comunidade: Respostas organizacionais e culturais à AIDS**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: ABIA:IMS/UERJ, 1995. (História Social da AIDS; 5)
- ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO. **Projeto de lei nº381/97**. Florianópolis, novembro/1997.
- BERNARDET, J-C. **A Doença, uma experiência**. São Paulo: Schwarcz, 1996.
- CHIARADIA, C. F. & CHIARADIA E. L.. **A responsabilidade social frente à AIDS**. Jornal Classificação: Guia de Compras e Serviços, Itajaí: Junho/julho de 1997.
-
- Lógica democrática e lógica tirana: A influência das práticas de saúde nas relações sociais**. Trabalho apresentado no "I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde". Florianópolis, novembro/1997.
- CHIARADIA, E. L.. **Ciência e homem: do indivíduo ao sujeito**. Mimeo, 1994.
- DANIEL, H.. **Anotações à margem do viver com AIDS**. In: LANCETTI, A.. **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CZERESNIA, D. et all. **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995

DELEUZE, G.. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____ & GUATTARI, F.. **O que é a Filosofia?** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FANTIN, M.. **Construindo cidadania e dignidade: experiências populares de educação e organização no Morro do Horácio**. Florianópolis: Insular, 1997.

FAZENDA, I. (org.) **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1991.

FERREIRA, C. V. L. **AIDS e vida: Um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV**. São Paulo: Lemos Editorial; Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia, 1994.

FOUCAULT, M.. **História da sexualidade II: O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GARCIA, A. V.. **O caráter educativo das ações em saúde: Entre o biológico e o político**. Florianópolis, junho/1997. Dissertação de mestrado em Educação, UFSC.

GORDON, F.. **A assustadora história da medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1995

GUATTARI, F.. **As Três ecologias**. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

_____ & ROLNIK, S.. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**, Petrópolis: Vozes, 1986.

KOLLER, E. M.. **Cuidando de famílias sob o impacto do vírus HIV em seu espaço sócio-cultural**. Florianópolis, 1992. Dissertação de mestrado em Enfermagem, UFSC.

LACAZ, C. S.. et all **AIDS-SIDA**. São Paulo: Sarvier, 1990.

LERINA, L.E.. **Quem esta dormindo ao seu lado?** Rio de Janeiro: CLM vídeo, 1996.
(curta metragem)

LIMA, A. L. M.. et all. **HIV/AIDS: Perguntas e respostas**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LOYOLA, M. A. (Org). **AIDS e sexualidade: O ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.

LÜDKE, M., & ANDRÉ, M.E.D.A.A.. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986

MACHADO, R.. **Por uma genealogia do poder**. In: FOUCAULT, M.. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____ . **Deleuze e a filosofia**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

MANN, J.. et all (orgs) **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA; IMS, UERJ, 1993 (História Social da AIDS; 1)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle da AIDS e DST no Brasil: Avaliação da execução do programa numa amostra de programas estaduais e municipais nas cinco regiões do país**. Brasília, Janeiro/1997.

NASCIMENTO, D. R.. **A face visível da AIDS**. In: *História, Ciência, Saúde: Mangueiras*. v. 1 (1), julho- outubro/1994. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1997,

PAIVA, V.. (org) **Em Tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992.

PARKER, R. **A Construção da Solidariedade: AIDS, sexualidade e Política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1994 (Historia Social da AIDS; 3).

_____ et all (Orgs) **A AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: Relumê-Dumara: ABIA:IMS, UERJ, 1994 (Historia Social da AIDS; 2).

_____ & GALVÃO, J. (Orgs). **Quebrando o silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1996 (Historia Social da AIDS; 7).

PORTUGAL, M. A. L. & SANTOS, H. A. S.. **Prosseguindo no aprendizado interdisciplinar da prevenção às DSTs/AIDS.** Comunicação apresentada na Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação em 24/9/96 em Caxambú, MG.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ. **Boletim de DST/AIDS.** Itajaí, abril/1997.

_____. **Descrição das atividades DST/AIDS.** Itajaí, junho/1997.

_____. **Perfil de Itajaí.** Itajaí, maio/1997.

SCHECHTER, M. **Doenças infecciosas.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SILVA, D. R.. **As respostas dadas ao HIV/AIDS pela sociedade Itajaiense.** Itajaí, março/1997. Relatório de estágio em Psicologia Organizacional, UNIVALI.

SONTAG, S.. **AIDS e suas metáforas.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

WEBER, J. & FERRIMAN, A. **Tudo sobre AIDS em perguntas e respostas.** São Paulo: Nova Cultural, 1987.

VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (org) **Educação, saúde e cidadania.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.