

Fevereiro 1989

AIDS: Desafios e armadilhas

Há muita coisa que não conhecemos sobre a AIDS. Quanto mais avança o conhecimento científico — e o avanço foi notável, nesta década que se seguiu à descoberta dessa doença (ou doenças) —, maiores são as interrogações suscitadas pela epidemia que se caracteriza, certamente, como o mais grave problema de saúde pública mundial neste fim de século.

Esse desconhecimento de muitos aspectos da Aids é tanto um **desafio** como pode ser uma **armadilha**. Pode ser visto como um **desafio** para a sociedade, os cientistas, os políticos, os grupos envolvidos na prevenção, os doentes, exatamente para melhor conhecer, esclarecer e enfrentar a epidemia e ir desfazendo clichês, mo-

enfrenta no esforço de informação para a prevenção.

Uma das maneiras mais seguras para acabar com as fantasias que envolvem a Aids é o acompanhamento exato do caminho da epidemia na sociedade. As mistificações devem ser opostos fatos reais. Daí a necessidade de um acompanhamento epidemiológico rigoroso. Tendo-se um bom retrato da realidade os preconceitos são facilmente destruídos.

No entanto, no Brasil, como já vimos neste Boletim denunciando há tempos, os números e dados que temos sobre a Aids não correspondem à realidade. Esta é a única que temos. Não podemos opor outros números. Podemos apenas criticar

Neste número, em entrevista exclusiva, o Dr. Alvaro Matida e a Dr. Regina Guedes, do Departamento de Vigilância Epidemiológica/Setor DST-AIDS, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, fazem um contundente diagnóstico da crise atravessada pelos serviços de saúde, não só no Rio, como em todo o país. Ao analisarem a situação do Estado, deixam claro o quadro nacional. Não se trata de um problema regional. O Rio, segundo Estado em número de casos de Aids no Brasil, enfrenta uma situação calamitosa tanto na questão da vigilância epidemiológica, quanto nos setores de atendimento e controle da epidemia.

O Dr. Matida revela que, numa pesquisa pessoal, observou que de 46 pacientes de Aids registrados numa enfermaria do Hospital Graffée e Guinle, um dos hospitais de referência nacional no tratamento de Aids, apenas 3 tinham sido notificados à Secretaria. Este é um indício da proporção da subnotificação. A Dr. Regina Guedes calcula que o número real de doentes de Aids no Estado deve estar acima de 2.000 casos, dos quais apenas 800 estão notificados à Secretaria Estadual.

Um outro dado que mostra bem a calamidade da subnotificação é fornecido pela Casa do Hemofílico do Rio de Janeiro. Até junho de 1988, a Casa do Hemofílico tinha registrado 168 casos de doentes, apenas entre seus afiliados. Neste momento, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde notificava 151 casos de hemofílicos em todo o Brasil (Boletim n.º 2, Ano II, semana epidemiológica 31 a 35/1988).

Se o fato de não termos estatísticas confiáveis deixa uma grande inquietação, esta é apenas uma pequena parcela das enormes dificuldades que este país enfrenta no combate à Aids. Ainda não temos um programa nacional de combate e controle da epidemia. As iniciativas são dispersas e confusas. As campanhas publicitárias de informação continuam desinformando e estimulando preconceitos. Agora, temos assistido pelas televisões um filme absurdo para falar sobre a questão das drogas. Mais um equívoco grave, mais um apelo a preconceitos. (Ver artigo na pág. 9)

Enquanto isto, milhares de brasileiros morrem por falta de assistência, e também por ignorância, por preconceito e por



Foto João Bosco de Almeida

delos e preconceitos que em sua curta e intensa história a Aids tem criado. Pode ser também uma **armadilha**, por favorecer, na obscuridade de muitas dimensões daquilo que se tem chamado "AIDS", o aparecimento de mistificações e de atitudes irracionais, desumanas e violentas.

Há muita coisa que não conhecemos, mas a Aids não é um mistério. É uma doença, como outras que a humanidade conheceu e vai conhecer. Retirar da Aids seu caráter de doença "misteriosa" ou "mágica" não é a menor dificuldade que se

os que são fornecidos, pois certamente não correspondem ao que podemos observar no cotidiano de nossa prática e da prática de todos os envolvidos com a epidemia no Brasil. Assim, vivemos a triste situação de ver acrescido ao já grande desconhecimento mundial sobre a epidemia, um desconhecimento local sobre a realidade do caminho social da infecção pelo HIV, desconhecimento este que poderia ser eliminado se as autoridades responsáveis(?) da área da saúde se dessem conta da gravidade da epidemia neste país.

discriminação. Todo o descaso, a incompetência e o autoritarismo dos serviços de saúde levam a fazer da Aids cada vez mais uma doença estigmatizada, cheia de "mistérios".

Os "mistérios" que envolvem a Aids, muitos dos quais decorrem do que ainda não se sabe sobre a epidemia, favorecem desde o aparecimento de curandeirismos oportunistas até o de cientificismos arrogantes que veiculam explicações absurdas sobre a doença, baseadas simplesmente nas velhas monstruosidades da vergonha, da culpa e do medo. Abre-se assim caminho para a discriminação que leva à dolorosa clandestinização do doente. Este fato é capaz de matar muito mais que o vírus.

De fato, os "mistérios" que envolvem a Aids decorrem muito menos do desconhecimento científico sobre a doença que dos tabus que acompanham as doenças sexualmente transmissíveis. A Aids foi associada desde os seus primórdios a grupos socialmente marginalizados, grupos considerados "perigosos", "subversivos". Os conceitos associados à Aids de "contagiosidade" e "mortalidade" têm muito menos a ver com a realidade do HIV do que com a fantasias sobre a sexualidade e sobre práticas proibidas.

Há muita coisa que não conhecemos sobre a Aids. Mais coisas ainda não conhecemos sobre a sexualidade. Neste Boletim, alguns artigos abordam a questão da (homos)sexualidade no Brasil. Menos para "explicar", mais para identificar padrões da cultura sexual brasileira que até agora não têm sido considerados na elaboração das políticas de prevenção da epidemia.

Para se enfrentar uma doença "sexualmente transmissível" é preciso entender como se vive "sexualmente" em cada cultura. Caso contrário, se vai continuar clandestinizando o sexo. E os doentes de Aids. E muitos continuarão morrendo por ignorância, por medo, por culpabilidade.

Entendemos que a luta contra os preconceitos que envolvem a Aids passa por uma discussão aberta e esclarecedora sobre a sexualidade. Só desta maneira poderemos situar a questão de luta contra a doença como uma luta pela cidadania não só do doente como de todos, indistintamente. Estamos travando uma luta pela melhor qualidade de vida de todo um povo. O que passa por uma luta pela melhor qualidade de vida do doente de Aids e do soropositivo. Estamos, portanto, falando de vida. Para nos opormos permanentemente aos gritos de "viva a morte" dos profetas do preconceito.

ABIA

Inquietação:
onde está o Programa
Nacional
de Prevenção e Controle
da AIDS?

Informe do GAPA-RJ:

A vida continua

Neste ano, uma prioridade para nós do GAPA-RJ é a criação da CASA. Trata-se de um local que servirá como residência provisória ou permanente para pessoas com Aids. Nossa intenção é termos uma CASA com quarenta vagas. Possivelmente construída com pré-moldados em terreno cedido pela prefeitura do Rio. Para viabilizar esse projeto serão necessárias inúmeras doações. Algumas já estão prometidas, como a da Comunidade Européia — via programa de DST-AIDS do Ministério da Saúde. Valor: quarenta mil dólares. Extremamente úteis — mas apenas uma das várias parcelas necessárias para a construção da CASA.

É preciso que fique claro que todas as doações que o GAPA-RJ recebe são úteis. E temos controle acerca do emprego de cada uma delas: nosso grupo é basicamente composto por voluntários e precisa de doações. Cada parcela do financiamento que conseguimos da Fundação Ford está sendo empregada exatamente nos programas previstos no detalhado projeto aprovado pela Fundação. Contratamos quatro funcionários: dois atendentes, um secretário-executivo e uma psicóloga. Em fevereiro conseguimos a instalação do esperadíssimo telefone da sede do GAPA-RJ: 571-4141. A sede continua sendo equipada e aberta a visitas, para informações, troca de idéias, marcação de palestras, distribuição de material (camisetas, bottons, livro INVICTA etc.).

O financiamento da Ford viabiliza várias atividades do grupo. Mas está longe de financiar tudo! Remédios, como os comprimidos de Zovirax, Nizoral e Bactrim F (e outros medicamentos) que repassamos para pessoas com Aids não são financiados pela Fundação Ford. A doação de remédios para tratar doenças oportunistas (ainda não sonhamos com doação de AZT e de remédios experimentais) permanece necessária.

Diariamente sabemos de novos casos de pacientes que estão em condições de alta hospitalar, mas não têm para onde ir. Outros não têm condições de ficar morando sozinhos. Outros perderam o emprego. Muitos estão ansiosos e confusos. Damos apoio psicológico gratuito a pessoas com Aids, soropositivos, seus familiares e companheiros, e supervisão a voluntários que visitam e acompanham pacientes. Estamos em contato com assistentes sociais dos hospitais que atendem pessoas com Aids. Muitos casos têm sido resolvidos após contatos com familiares ou amigos dos pacientes. Juntos poderemos fazer mais.

Paulo Fatal
Presidente

GAPA-RJ
Rua Conde de Bonfim, 377
Sala C-4 - Tijuca
Tel.: 571-4141

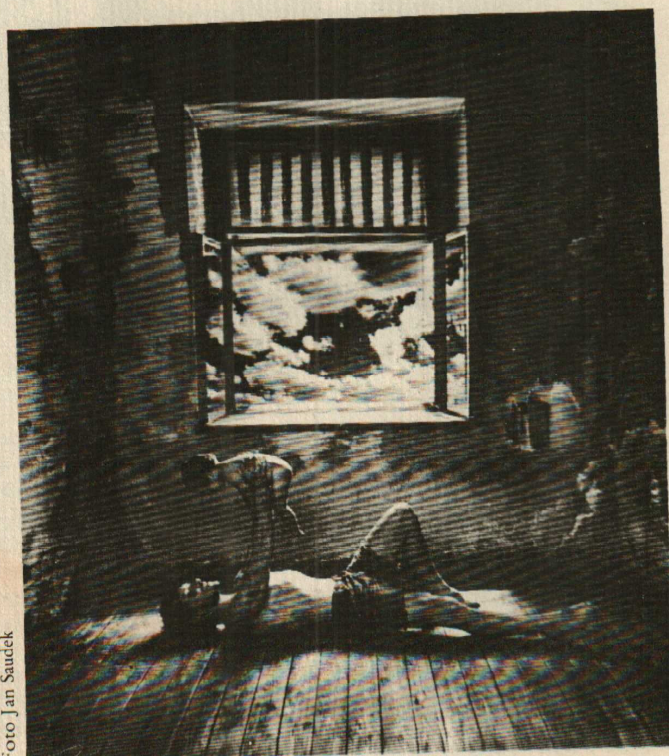
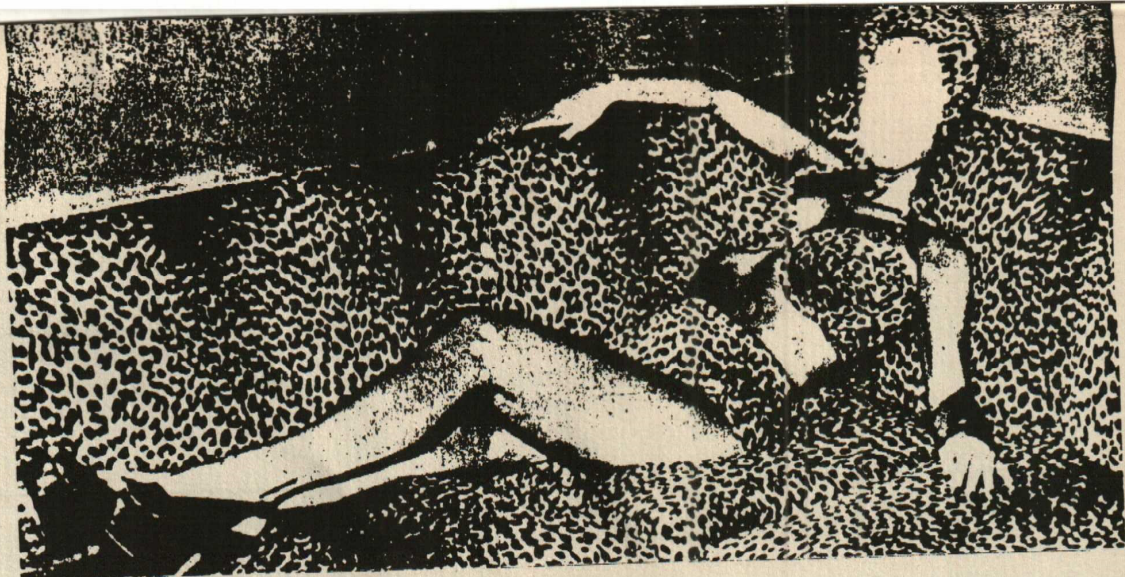


Foto Jan Saudek



Minha avó não morreu

Artur C. do Amaral Gurgel

Cinco e meia da manhã, acordo com o telefone, hesito e atendo. Do outro lado da linha, o Luiz Carlos, meu amigo jornalista.

— Você não é amigo de Lola Montese?

— Sou. É a Vovó.

— Pois é, acabou de falecer no Souza Aguiar.

— Você está brincando?...

— Não. Ele foi assaltado e levou um tiro no rosto, deu entrada no hospital e logo depois faleceu.

Fiquei atônito, como se eu também tivesse levado um tiro. Liguei para diversas pessoas e, por fim, para Lorna. Não tive coragem de dar a notícia por inteiro, falei de um assalto, um ferimento, estava no Hospital.

Fui buscar Lorna na Barra da Tijuca e, pelo caminho, pensava no absurdo que seria ficar sem Vovó.

Lorna estava calma, ainda não sabia. Propus irmos ao Hospital, ela aceitou. No caminho, fiquei buscando um espaço, uma dica, alguma coisa que puxasse o assunto e me permitisse contar a tragédia. Não houve isso. Lorna falou de tudo, menos disso; ela não queria saber mesmo, se recusava. Estava certa.

Quando atravessamos o Rebouças, entrei em pânico. Estávamos chegando ao Hospital, e eu não tinha coragem de dar a notícia.

— Lorna...

— Fala.

— A Vovó morreu.

— (gritando) Por que você não me disse logo!... Ai, meu Deus!

— Não tive coragem.

Silêncio absoluto, do elevado até o Souza Aguiar.

Lorna Washington era a melhor amiga da Vovó Lola. A primeira, superstar em ascensão; a outra, velha de guerra experiente, em decadência. Eram irmãs, se ajudavam muito. Faziam shows juntas,

duas faces da mesma moeda.

— Com vocês, a deslumbrante, a mais antiga dona de cabaré do Rio de Janeiro, aquela que passou gonorréia para D. Pedro I. Para o aplauso de vocês: Loooolá Montese!!!... Sobee logo, Vovó!

Era assim que Lorna anunciava o número de Vovó, nos shows.

Minha amizade com Lola Montese foi rápida, menos de um ano, e foi cortada pelo tiro que matou o corpo que ela utilizava.

Espiritismo? Não. Vou contar porque foi que Vovó não morreu.

Chegamos ao Souza Aguiar, procuramos o local onde estava o corpo. Só eu entrei. Rosto inchado, deformado, muito sangue. Senti pena, carinho, amor. Ódio dos assassinos, raiva do mundo, PUTA QUE PARIU! Saí.

— É mesmo a Vovó?

— É.

Jamais deveria ter pronunciado esse "é". Risos disfarçados de alguns funcionários à nossa passagem. Lorna estava discreta, vestida de Celso Paulino Maciel; eu, como não possuo a genialidade de ser muitos, estava vestido como sempre, de Artur. Para algumas muitas pessoas, deve ser profundamente engraçado ver passar amigos de uma Bicha assassinada.

Passamos pela delegacia, tudo providenciado pela família, fomos ao Cabaré. Muita gente, confusão, choros, revolta.

Na véspera, Vovó fez seu show com Lorna, em Copacabana. Despediram-se já na madrugada. Vovó voltou para casa, o Cabaré, acompanhada por um de seus empregados. Quando entraram, foram rendidos. Bateram em Vovó, para que entregasse o dinheiro, não entregou. Os assassinos saíram e Vovó foi atrás. Entraram num táxi, Vovó atrás. De dentro do táxi, o disparo. Tiro no rosto, pouquinho abaixo do olho esquerdo. Dizem que Vovó gritou.

Vovó não morreu, por quê?

Daquele momento em diante, até hoje, Vovó se transformou naquilo que era antes de ser a Deslumbrante (com sua permissão, Lorna) Lola Montese. Virou

homem, assumiu, ou assumiram por ela, aquele nome que constava na sua certidão de nascimento e que eu não posso revelar porque o que estou contando não diz respeito a ele.

Fui ao enterro de Vovó, mas ela não estava lá. Encontrei todos os seus amigos, mas Lola sumiu. Os travestis que foram ao enterro também tinham virado homens, como se aquele tiro transformador também os tivesse atingido. Que loucura!

Naquela época, eu era Presidente do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids — RJ. Mandei fazer uma coroa de flores em nome do Grupo e queria que constasse: VOVÓ LOLÁ MONTESE, na faixa. O meu pessoal não aceitou. Também tinham sido atingidos pelo tiro transformador. Puseram um nome de homem que ninguém sabe quem é.

Quem ajudou o nosso Grupo, quem fez Show para arrecadar dinheiro para a luta contra a Aids, quem abriu as portas do seu Cabaré para nós foi LOLA MONTESE, a Vovó, e não essa pessoa que a coroa de flores homenageou.

Vovó foi a única artista que recusou o convite-cortesia, para entrar na nossa festa e se apresentar. Vovó pagou seu convite, fez questão. Era para ajudar os pacientes de Aids, pagou.

Eu fui ao enterro de Vovó e não a encontrei. Ninguém enterrou Lola. Os jornais não publicaram seu nome, publicaram o outro. Por isto, tenho certeza, ela escapou. Vovó não morreu.

Lola Montese assumiu definitivamente sua inexistência civil. Ninguém que inexistente pode deixar de existir. Vovó e a Fantasia, o Sonho, a Luz do Refletor.

No Brasil, depois que surgiu a Aids, virou moda matar homossexuais. Os crimes ficam impunes. Muitos acham que é um serviço de utilidade pública. Tomara que todos os mortos sejam como Vovó, imortais, e que infernizem a vida de seus carrascos para sempre.

Salve, eterna companheira nossa!

* Artur C. do Amaral Gurgel é sociólogo, membro do GAPAJ/RJ.

Quarenta segundos de AIDS

Herbert Daniel

No fundo, eu acreditava no convencional: é muito duro, é barra pesada demais, é um choque dificilmente suportável, é um terremoto, é o começo de uma viagem sem volta. Ninguém, de fato — é o que eu acreditava —, está preparado para receber uma notícia destas. Pelo menos, é o que eu pensava até receber esta notícia: você está com AIDS. Recebi e foi assim mesmo: o começo de uma viagem. Só que entendi, não sem ironia, que nenhuma viagem da vida tem volta e a vida é exatamente isto: a possibilidade de uma eterna volta por cima, sempre para a frente. O melhor lugar do mundo é aqui. E agora.

Não que eu estivesse preparado. Ninguém nunca está. Fui me preparando, como todo mundo se prepara, para viver uma nova condição da vida. Condição da vida, digo de novo, para deixar bem claro que não estou falando de circunstâncias da morte anunciada e imposta. Aprendi logo, de cara, na crise de saúde que levou ao diagnóstico severo de Aids, que não "sou aidético". Apenas estou com Aids. Ser, continuando sendo o que não era nem fui, por ser agora a continuação do pode ser que eu, como todos, sou dia a dia.

Mas eu não estava despreparado. Estava vivo. Vivo estou. O mais espantoso, e escrevo esta página para protestar contra isto, foi o despreparo absoluto do médico que me deu a notícia. Este sim. Ilustre representante de uma medicina fóssil que tem mais de terrorismo do que de ciência, não está preparado para lidar com pessoas, doentes ou não; está preparado para lidar com aparelhos, bactérias, tortura e assassinato.

Certas histórias não acontecem com todos. Esta é uma delas e vale a pena contá-la porque acontece com muitos e envolve enredos cujos fios circulam através de todos os corpos.

Adoeci. Por muitas razões, não acreditava que podia estar com Aids. Não era a menor das razões, o fato de recusar uma hipótese tão drástica. Afinal, a gente nunca acredita no "pior". E a Aids é sempre mostrada como a "pior coisa". E eu não me sentia, nem me sinto, com a "pior coisa do mundo". (Há coisas piores. Vivi coisas piores. A ditadura. A perda da liberdade. O exílio. A clandestinidade. O assassinato e a tortura em massa. Lembra-se dos anos de autoritarismo? Isto digo sem querer retirar em nada a gravidade da Aids. Apenas para colocá-la em sua devida perspectiva. Não é a "pior coisa que pode acontecer a uma pessoa". É uma situação trágica. É uma doença; não é um melodrama.)

Embora muitas coisas no meu corpo pudessem fazer-me suspeitar da doença, eu nem desconfiava. Principalmente porque o que via em mim não correspondia ao "padrão" da doença. Outra coisa que aprendi: cada caso é um caso, e a definição médica de Aids é uma generalização teórica. Que deve ser discutida não apenas do ponto de vista dos grandes mitos da "incurabilidade" e da "fatalidade". Ainda aqui não quero diminuir a gravidade da Aids. É sim, atualmente, incurável. É sim mortal. Mas não é só isto. Ou, principalmente, a Aids não é isto "essencialmente", como querem fazer crer os profetas do medo e da discriminação.

Enfim, eu não suspeitava que poderia estar com Aids porque não "parecia" com um doente de Aids. Agora, olhando no espelho, sei com o que se parece um doente de Aids. Aliás, este é um exercício que qualquer um pode fazer, diante do espelho, para ver a famosa cara da Aids. (Aprendi também que, embora peculiar, no meu caso "pessoal", nada me leva a supor que meu caso seja distinto de todos os outros casos. Esta é uma epidemia. Somos uma multidão. Vivemos uma história deste tempo. Cabe a estes tempos darem a resposta a este tempo.)

Fui procurar, em emergência, um "médico" (as aspas servem para não ofender outros dignos profissionais, como os que tão solidariamente me atenderam posteriormente). Não o conhecia, mas tive indicações de sua "competência técnica". Erro crasso! A competência técnica de um médico é um humanismo, não um treinamento de reflexos condicionados. Além do mais, logo se provou que inclusive tecnicamente tratava-se de um charlatão. Não vou dizer o nome dele. A gente conhece muitos iguais. Ele fica valendo como símbolo. Nem vale a pena divulgar seu nome, pois poderia supor que desejo polemizar, coisa que até poderia vir a fazer cêcegas na sua triste vaidade de borra-botas de laboratório.

De todo modo, eu confiava nele para me dizer que mal me atormentava. Que paciente não faz este tipo de transferência? Durante a consulta, deixou-me meia hora sentado, nu, na mesa, depois de ter recolhido numa lâmina uma porção do meu escarro. Atordoado pela febre, com indícios de uma pneumonia que me prostrava, esperei.

Ele voltou, mandou-me vestir e me comunicou em três frases que eu tinha uma pneumonia por *Pneumocystis carinii*, "indício seguro de uma imunodeficiência". Iria me dar o medicamento (o que

fez, mas em doses equivocadas), depois eu iria fazer o teste para comprovar a "outra doença" (como dizia eufemisticamente) que me levava a ter a pneumonia...

Certamente, naquele instante, muitas coisas que sucediam no meu corpo ficaram claras para mim. Não duvidei do diagnóstico. Não duvidei (por que iria?) quando ele me disse que vira o protozoário. Simplesmente senti um choque que qualquer um pode facilmente imaginar.

Pois bem, em exatamente quarenta segundos o "médico" me deu esta notícia, me deu uma receita e me cobrou quarenta mil cruzados, dispensando-me do seu consultório. Assinar o cheque foi uma dura tarefa, principalmente para controlar o tremor da mão.

(Alguns dias depois, em circunstâncias bastante diferentes confirmou-se que eu tinha Aids, mas a razão de minha crise era uma tuberculose ganglionar. Muito provavelmente nunca tive a pneumonia que ele diagnosticou. Muito provavelmente ele "viu" a *P. carinii* através dos óculos da minha homossexualidade, como tantos "médicos" vêm fazendo.)

Quarenta segundos. Foi o tempo que ele me deu para absorver a notícia. Foi o suficiente para me dar sobretudo o horror de ver diante de mim, naquela clínica indiferença, talvez uma certa maldade:

Desenho de Tardi



Estamos bem, obrigado. Só temos Aids.

Cláudio Mesquita*

da crise provocada pelo vírus e, sem dúvida, um dia, enfrentaremos a morte juntos. E mesmo que um de nós permaneça depois do outro, já estará um pouco mais morto, pois estará só.

Nestes três anos em que a Aids foi tema central de quase todas as nossas conversas e razão do nosso trabalho, duas coisas nos pareciam evidentes, em relação aos que adoeciam: só a solidariedade pode servir de alento. Só a idéia de que se está tão vivo quanto antes pode dar forças para enfrentar as doenças oportunistas e superá-las uma a uma.

O acontecimento da Aids em nós confirmou essas certezas. Não bastam tratamentos médicos adequados — ainda que sejam fundamentais — é preciso dividir com os que se ama os medos, as esperanças, o gozo de cada melhora, os sentimentos em relação à vida e à morte. Enfim, é preciso, mais do que nunca, continuar partilhando a vida. Não há pior mal (e esta é a verdadeira praga) do que a clandestinidade e a solidão que ela traz.

Por outro lado, vimos que, de fato, o processo de tratamento da Aids não se assemelha em nada a uma lenta desintegração física, como nos quer fazer crer toda uma “campanha de esclarecimento” oficial. Não há, desde o contágio, um processo agônico ininterrupto, cujo desfecho é a morte. O que há, são algumas doenças oportunistas de maior ou menor gravidade, que não acontecem necessariamente em seqüência, nem próximas umas das outras. O doente é apenas uma pessoa mais fragilizada, que deve ter certos cuidados. Mas quantas pessoas não são assim desde que nascem, e vivem com este fato até a velhice? Portanto, o doente de Aids não é um moribundo, nem um inválido. É só uma pessoa com uma doença (muito séria, sim) como qualquer outra doença — precisa de cuidados — e, sobretudo, precisa saber que está vivo e deve continuar a pensar, planejar, criar, se divertir e trabalhar.

Sim, nós estamos com Aids, aqui em casa. Fato triste, como é triste qualquer mal que não tenha resposta da sociedade. Se nos livrarmos da culpa que não temos, se nos livrarmos da “agonia degenerativa” que não vemos, se nos livrarmos da “solidão clandestina que não devemos” — seremos apenas pessoas como sempre, que já viveram algumas doenças e, com certeza, ainda viverão outras, até que morram de uma delas... Como todo mundo, aliás.

* Cláudio Mesquita é artista gráfico

Foto Jörg Reichardt

não estaria ele se “vingando” de mim por ser eu homossexual e merecer receber um castigo? Pode ser. A gente nunca sabe a quantas andam a sexualidade — e o enrustimento — desse tipo de “médico”.

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

Tenho Aids. Esta é uma experiência corporal da qual ainda tenho muito a falar. Mas que não tem nada a ver com a doença que tive ali, diante daquele “médico”.

Saí daquele consultório transtornado. Quarenta segundos de Aids! Escapei. Cláudio, meu companheiro, me esperava aqui fora. Meus amigos me esperavam. A vida me esperava. E livre-me daquela pavorosa doença que me matou por quarenta segundos. Escapei. Com a convicção de que é preciso libertar desse jugo outros doentes. A Aids real é um caso muito sério para ser tratada por “médicos”, por essa medicina que a Aids veio provar que falhou.

De resto, é a vida. A cada quarenta segundos. Intensamente.

*Herbert Daniel é escritor, editor das publicações da ABIA

Um dia, em menos de quarenta segundos, ela desabou sobre nós. Não que não fosse esperada, ou melhor, temida: há três anos, ela é assunto diário dos nossos quase todos momentos. No entanto... Até que aconteça, cada um de nós reveste-se um pouco com a fantasia da exceção, com as borrachas lubrificadas do “em mim, não, violão”.

E então chegou. E trouxe com ela a certeza da mortalidade, que fazemos questão de esquecer, para achar que a vida é bela. Todos nós morremos pouco a pouco desde que nascemos; mas a certeza da morte é fato que precisamos esquecer: gostamos de nos sentir individualmente imortais.

Pode parecer estranho que eu esteja falando no plural, como se se tratasse de uma doença coletiva que desabou sobre a nossa casa. Mas foi, de fato, o que aconteceu. Somos dois, há mais de dezoito anos. E somos assim em tudo que fazemos; não seria diferente diante da Aids. E certamente não será diferente diante da morte. Estamos casados. Não um destes casamentos que se forjam na papelada burocrática dos cartórios ou se fundam apenas na efêmera aventura sexual. Estamos casados em cada segundo da vida. Naquilo que fazemos juntos, pensamos juntos, criamos juntos, planejamos juntos — temos em comum presente, passado e futuro. Sim, futuro, por que não?

Herbert, meu companheiro de vida, está com Aids. E o fato de nenhum sintoma ou presença do vírus ter aparecido em mim não me deixa menos doente do que ele. Adoecemos juntos, sofremos juntos, enfrentamos ca-

ENTREVISTA

com o dr. Álvaro Matida e a dr.^a Regina Guedes, do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde/RJ

ABIA — Gostaríamos que vocês fizessem um breve diagnóstico dessa crise que vocês enfrentam no Departamento de Vigilância Epidemiológica, no Rio.

Dr. MATIDA — Para falar das dificuldades que enfrentamos, acho bom pegarmos três tópicos do programa: a questão da vigilância, a questão da assistência médica e a questão dos trabalhos relativos à prevenção da Aids. Na questão da vigilância, observamos, em primeiro lugar, em termos gerais, que a vigilância epidemiológica no Brasil é uma atividade ainda não consolidada. Essa não consolidação varia de Estado para Estado. Mas, aqui, particularmente, no Rio, percebemos, no caso da Aids, que, em primeiro lugar, as fontes de notificação (nos hospitais, nos serviços de saúde, nos centros de saúde, nas clínicas privadas) não entendem a importância da atividade da notificação. Enfim, não entendem a importância da notificação de uma doença como a Aids, que a gente situa como uma epidemia nova, com problemas novos, cuja notificação é o primeiro passo para que a gente possa traçar um diagnóstico da situação e propor e executar medidas de controle. O não entendimento da importância da notificação compulsória quebra toda uma cadeia de informação que, como eu disse, é fundamental para entendermos ano a ano, período a período, como se desenha essa epidemia nova. Percebemos isto, por exemplo, em situações como a do Hospital Gafrée e Guinle, que é um dos hospitais-modelos da assistência médica no país, onde numa determinada enfermaria do hospital, que atende a um número substantivo de pacientes, de 46 pacientes internados em determinado período, 43 não tinham sido notificados à Secretaria. Esse período coincide com o momento em que a Secretaria Municipal estava com suas atividades paralisadas, por causa de uma greve. Existe aí uma coisa a ser esclarecida. Para se notificar um caso existem vários meios. A notificação deve ser feita a qualquer Centro de Saúde mais próximo. Estando esses centros paralisados, a notificação pode ser feita também por telefone. Embora houvesse a paralisação, o Departamento de Epidemiologia estava preparado para receber as notificações por telefone. Causa-nos estranheza que não tenham sido feitas. Isto ilustra, embora seja um caso particular, como é sério o problema do sistema de vigilância, e como ele é fragilizado em determinadas situações.

ABIA — Diante de um dado como este,

antes de mais nada, gostaríamos de perguntar a previsão que vocês têm a respeito da subnotificação no Rio.

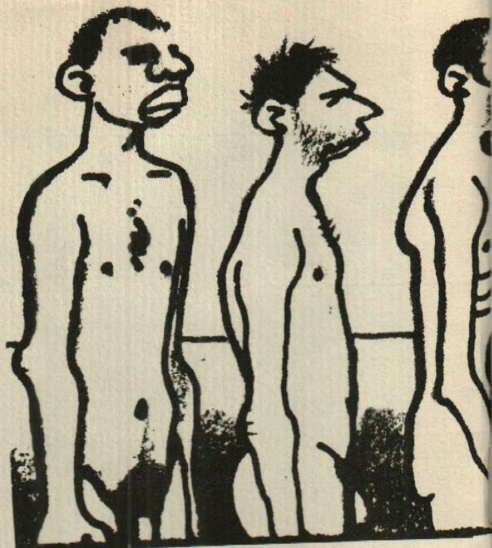
Dr.^a REGINA — Nós temos hoje, notificados, por volta de 800 casos de Aids. Podemos fazer uma estimativa, baseados na literatura internacional sobre a estimativa do número de casos a partir dos óbitos registrados, de que o número real de casos deve ser mais do que o dobro desses 800, no mínimo. Se além disso considerarmos um sub-registro de uns 50% dos casos derivados de situações que dificultam a notificação poderíamos chegar no mínimo a 2.000. O que não podemos acreditar é que os casos sejam apenas 800.

ABIA — Vocês, no Departamento de Vigilância, têm agora condições materiais de resolver esse problema da subnotificação?

Dr.^a REGINA — Na situação que nos encontramos hoje, isto é, trabalhando centralizadamente, fazendo a legislação, não é absolutamente possível. O que estamos propondo é treinar o pessoal das unidades para que eles façam as investigações, a exemplo do que ocorre com outras doenças. Houve época em que se justificava a centralização, por uma série de circunstâncias. Hoje, isto só está prejudicando. Acreditamos que poderemos num espaço relativamente curto, até antes da metade deste ano, levantar os números bem próximos da realidade. Nossa proposta é cobrir com um grupo de pessoas, trabalhando em mutirão, as notificações que já estão aí para serem investigadas. Este grupo serviria de treinamento para o pessoal que fará futuramente as investigações.

ABIA — Vocês têm hoje condições materiais de levar adiante essas propostas? Vocês têm reivindicações específicas a respeito de um investimento governamental nessa área?

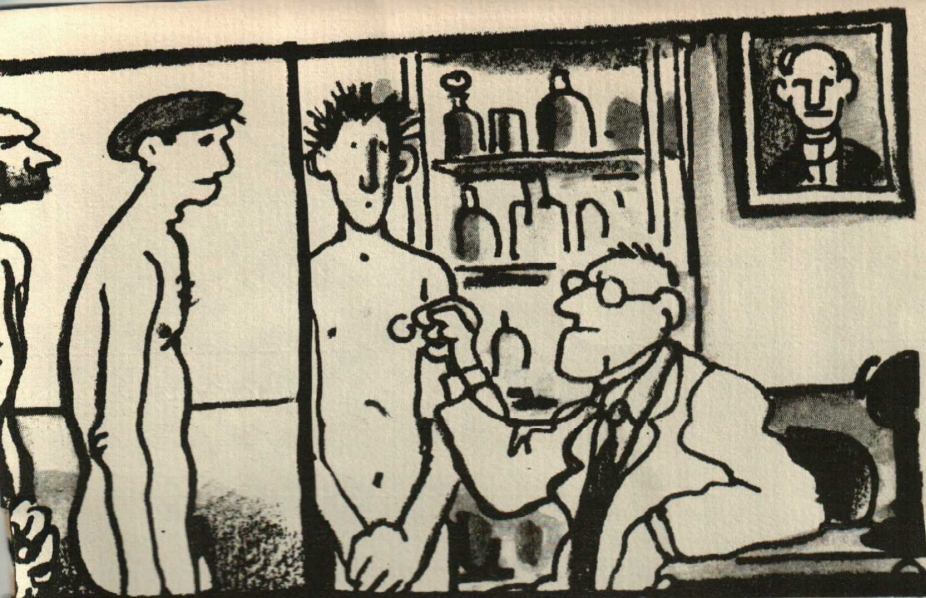
Dr. MATIDA — Só agora temos condições de trabalhar com computadores. Estamos recebendo mais dois computadores. Estão sendo contratados digitadores, com muitas dificuldades. Temos todo um conjunto de propostas no papel e que precisam sair do papel. Isso envolve treinamento do pessoal, envolve dinamismo na chegada das notificações e dinamismo do desencadeamento de operações a partir das notificações. Para fazermos a investigação, caso a caso, contamos com uma equipe de 6 pessoas trabalhando em expe-



diente de 20 horas semanais. A Secretaria Municipal do Rio conta com menos pessoal ainda. Isto é impossível. Acreditamos que as preocupações que estão colocadas hoje pela Secretaria Estadual, através desse grupo que trabalha com a Aids, têm que ter um eco nas Secretarias Municipais, principalmente a do Rio de Janeiro, onde estão concentrados 83% dos casos. Então, a resposta à sua pergunta é que, de imediato, a gente não tem. Mas temos propostas que acho que valeria a pena comentar mais amplamente.

ABIA — Quais são os planos para tentar superar a defasagem da notificação com o número de casos reais?

Dr. MATIDA — Diagnosticado um caso de Aids, como um de difteria, de sífilis, gonorréia, ou qualquer doença de notificação compulsória, cabe uma notificação imediata. Segue-se à notificação uma investigação epidemiológica. Quando falo que falta um entendimento da importância da notificação, não quero culpar o profissional. Ele deve saber por que, e para que notifica. Por isso, uma tentativa desse grupo que trabalha com a Aids na Secretaria Estadual será elaborar um boletim de dois em dois meses com a análise dos casos notificados. Assim, o profissional que notifica estará vendo resultados do seu esforço de notificação. Talvez seja uma questão cultural do corpo médico brasileiro. O médico sai hoje de uma faculdade sem saber como preencher um atestado de óbito, sem saber a importância de notificar um caso de doença. Nosso caminho hoje, portanto, tende a aprendizado, ao recolocar essas questões como questões fundamentais. No programa de Aids temos propostas não só relativas à Aids, mas colocadas por quem está trabalhando dentro da visão epidemiológica. O treinamento de que falava Regina vai atender a esses atrasos da notificação. E tentar organizar esse atraso. Vai haver toda uma organização de



Desenho de Tardi

trabalho respeitando-se a região, quer dizer, um caso diagnosticado no Hospital da Tijuca vai ser investigado pelo Centro de Saúde da Tijuca. A organização desse trabalho envolve uma seleção do pessoal, porque a ficha de investigação de Aids é uma ficha muito extensa, característica de uma doença nova.

ABIA — A Aids no Brasil é uma incógnita ainda maior, porque gente não conhece, de fato, os caminhos sociais da epidemia. Com os dados que vocês possuem, podem ter indicativos de algumas das novidades que a Aids está apresentando?

Dr. REGINA — Muitas vezes, a visão que se tem da Aids depende do lugar onde você está, em determinado hospital ou ambulatório. Como não temos números registrados, fica tudo muito empírico. No hospital onde trabalho, por exemplo, o hospital de Curicica, de cinco leitos de Aids, cinco são ocupados por mulheres usuárias de drogas. Se você for a um outro hospital, certamente vai ter um perfil completamente diferente do doente de Aids.

Dr. MATIDA — Hoje, na Central de Internação existem 14 pacientes na lista de espera. Desses 14 pacientes, 9 são do sexo feminino, o que é indicativo de algumas mudanças no perfil da Aids, na distribuição da relação entre casos masculinos e femininos. De todo modo, quero dizer o seguinte: embora a gente não tenha todo o conjunto de casos, com os casos que temos registrados, é possível dizer alguma coisa. Podemos dizer, por exemplo, que a participação de grupo homossexual/bissexual, ao longo dos anos, vem diminuindo proporcionalmente. A participação das mulheres vem aumentando. A razão M/F (homens/mulheres) mostra uma variação bastante sensível em relação ao aumento do número de mulheres. Os casos infantis

também vêm crescendo em número de uma maneira bastante significativa. No caso da criança, devemos levar em conta ainda a questão do diagnóstico. Se o diagnóstico do adulto é difícil, o diagnóstico da criança é extremamente difícil. Por isto, o aumento do número de crianças não tem sido maior. Muitos casos têm passado despercebidos.

ABIA — Como está atualmente a questão do sangue no Rio de Janeiro.

Dr. MATIDA — De imediato, não posso responder. É bom que fique registrado o seguinte: com a atual situação da notificação, se você me faz determinadas perguntas, não tenho agilidade bastante para poder respondê-las de imediato.

ABIA — Se isto acontece no Rio de Janeiro, segundo Estado em número de casos no país, no resto do país, com exceção de São Paulo, a situação deve ser bem pior.

Dr. MATIDA — A crise de saúde pública que há longo tempo existia no Rio de Janeiro, agravada no final do ano passado, faz com que muita gente deva estar morrendo de Aids sem diagnóstico. No caso das crianças, por exemplo, que estão nascendo com HIV. Morrem, como se fossem casos de pneumonia. Empiricamente, suponho que tudo isto está encobrindo o número de casos de Aids.

ABIA — Isto nos leva à crise dos serviços de atendimento aos pacientes.

Dr. MATIDA — Na questão do atendimento, parece-me importante, do ponto de vista político e administrativo, a resolução do Conselho Institucional de Saúde que coloca que nenhum serviço de saúde, ao nível de sua competência, pode negar assistência à saúde ao indivíduo pelo simples fato dele ser portador do HIV. Isso

significa que cada instância do serviço de saúde pública tem um papel a cumprir em relação aos vários estágios da infecção pelo HIV. Por exemplo, o paciente HIV positivo sem sintomatologia pode ser apoiado no que precisa por qualquer serviço social, por qualquer médico. Hoje, todo médico tem obrigação de saber o que é Aids, como ela se transmite etc. No entanto, embora tenha havido tal resolução, há necessidade urgente de um posicionamento nacional com relação ao atendimento do doente de Aids. É necessário que o Ministro da Previdência fale um pouco sobre essas dificuldades e sobre as propostas do ministério com relação à assistência. Porque o que percebemos no Estado do Rio, não é particular só ao Estado do Rio. Esse posicionamento do Ministério é importante porque, se o setor público não está atendendo ao conjunto da população, é porque não está sensibilizado para o fato de que esta é uma epidemia que, segundo alguns cientistas, veio para ficar. A questão da assistência médica ao paciente de Aids passa por dois complicadores: um é a questão do diagnóstico, que em determinadas situações exige suporte laboratorial importante; outro, é a questão dos medicamentos para as infecções oportunistas. Por exemplo, estamos no momento em falta de tuberculostáticos para os pacientes de tuberculose, infecção oportunista comum no doente de Aids. Como podemos enfrentar a situação de assistência num país onde a CEME não fornece sequer medicamentos para uma questão antiga como a tuberculose? Ou seja, estamos enfrentando uma epidemia nova que se soma às outras endemias, com o esforço de alguns gatos pingados. Portanto, há necessidade de um posicionamento nacional quanto a isto. O Dr. Jáder Barbalho precisa se pronunciar; dizer que a assistência à Aids é um caso sério e precisa ser enfrentado, que vai haver por parte do Ministério uma maior seriedade na questão dos medicamentos.

ABIA — Qual o tempo médio que um hospital público está levando hoje no Rio de Janeiro para estabelecer um diagnóstico qualquer de qualquer doença infecciosa?

Dr. MATIDA — Tem sido um tempo muito demorado. Por se demorar muito a estabelecer um diagnóstico, por não se dispor de medicamentos a nível de ambulatório, o paciente tem um tempo de permanência nos leitos muito grande o que agrava a crise de falta de leitos. O tempo

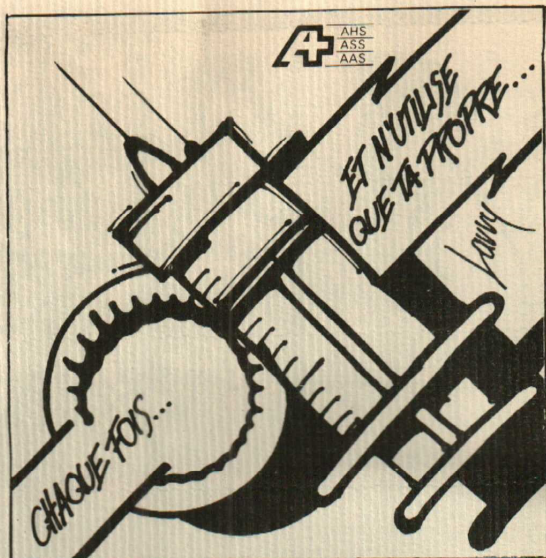
de permanência num leito de hospital hoje varia de 20 a 35 dias, porque o diagnóstico é demorado, e não há medicamentos. Muitas vezes, o paciente fica internado para se medicar, ao passo que se houvesse melhores condições podia ser medicado não estando internado.

ABIA — Qual é o número exato de leitos para Aids hoje, no Rio de Janeiro?

Dr. MATIDA — Chegamos a 75 leitos, na região do Grande Rio. São em número insuficiente. Estimamos a necessidade de hoje em torno de 200 leitos. Acho que a resposta que temos dado é muito demorada, não acompanha o ritmo da epidemia. Volto, então, a colocar a questão da absoluta necessidade de um posicionamento político e administrativo nacional, da necessidade de fazer vingar o SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Descentralizar significa descentralizar recursos, descentralizar decisões. Sem isto, não se solucionará a questão da assistência.

ABIA — Como problema de fundo, você está reivindicando a existência de um programa nacional, unificado no controle da epidemia de Aids. Por que é que você acha que o país ainda não leva a sério a epidemia?

Dr. MATIDA — Quando a Aids chega neste país, encontra um sistema de saúde totalmente desorganizado e desarticulado. Impõe necessidades novas a quem não respondia nem às necessidades antigas. Já não tenho mais palavras para dizer como é urgente tratar da questão da Aids como questão prioritária. Parece-nos fundamental levar adiante pequenas ações que poderiam estar apoiando um conjunto de ações necessárias. No entanto, num país onde não se resolveu o problema da tuberculose, resolver o problema da Aids vai ser muito mais complicado. Por isso, resolver pequenos problemas, como por exemplo a falta de medicamentos, é fundamental para que se possa deslanchar uma política de assistência mais eficaz. Existe caso de hospitais que têm dificuldade de fazer hemograma por falta de reagentes, que são incapazes de fazer diagnóstico de doenças fúngicas, ou de doenças como a Pneumonia por *P. carinii*. Não existe uma política nacional de laboratórios de referência, não existe uma preocupação no sentido de equipagem de laboratórios regionais, estaduais, locais. Existe toda uma intenção por parte da Organização Mundial de Saúde em apoiar o país neste sentido. Essa oportunidade não pode ser relegada a segundo plano, num país que investe menos de 4% do PIB em saúde.



Sex, drugs, aids & Sarney

(A pior AIDS do mundo)

Silvia Ramos

Ligo a TV e vejo uma jovem prostituta que mostra seu rosto, explicando, de forma tranqüila, que é sempre melhor transar com camisinha. Em seguida, uma médica anuncia que as pessoas e os jovens “têm o DIREITO de serem informados sobre AIDS”. A seguir... nem informações, nem direitos. Meio resignada, penso: um pouco de paciência, mais cedo ou mais tarde, virão. Não apenas as informações, mas o direito. Vários deles, não apenas os ligados à AIDS. Afinal, a era da descrença e da desesperança em que nos metemos está no fim. Novembro não está tão longe.

Tempos depois, sou “nocauteada” por outro anúncio do Ministério da Saúde que, ao que parece, pretendia encenar um esforço para conter a transmissão da AIDS entre usuários de Drogas Intravenosas (IV).

A peça, em apenas alguns segundos, é tão emblemática e exemplar do esforço de sugerir-reforçar idéias e imagens que associam doença-juventude-drogas-sexo-culpa-marginalidade-morte à AIDS, que poderia ser objeto de um extenso ensaio que eu designaria “a invenção da AIDS”.

No anúncio figura um jovem cujo rosto não aparece. Velha técnica onde *esconder serve para revelar*: no caso, provavelmente, o jovem com AIDS deve estar com vergonha, sentindo-se culpado por ter adocido e, arrependido de ter feito algo errado e proibido, pegou AIDS. Como uma espécie de castigo. Assim, está doente, clandestino, marginal.

O jovem afirma que foi tocado pelo vírus numa roda de amigos que usaram a mesma seringa para consumir drogas (não

diz qual, nem como, nem por quê). E então, pronuncia a frase que tem sido a idéia-basilar de todo o programa oficial de prevenção no Brasil: AIDS=MORTE. “AIDS é uma viagem que não tem volta”. Metáfora convencional para reafirmar a mentira-pânico preferida pelo nosso governo: cuidado com a AIDS, porque ela mata; previna-se da AIDS porque quem pega, morre; fuja dela, porque ela é a morte. (Curiosamente, o rosto escondido do jovem tem sugerido a algumas pessoas com quem conversei que ele fala como quem “já está do lado de lá”. Como uma sombra-alma que já morreu e estivesse dando um conselho aos que continuam vivos.)

A idéia de que a *razão* para prevenir-se da AIDS é a morte — e não de que os motivos podem ser outros, tais como o fato de que a AIDS é uma doença que *pode* ser evitada; de que é simples e fácil evitá-la; de que é uma epidemia e, portanto, a opção pela prevenção corresponde a uma decisão de caráter individual, familiar, comunitário e social — é, para mim, particularmente estranha.

Às vezes imagino que a associação forjada AIDS=MORTE serve, no fundo, para vender um outro produto, bem mais perigoso do que a própria doença: a ilusão da imortalidade, que move a maquinaria das sociedades ocidentais. Se nos convençamos que temos que evitar a AIDS *porque* quem tem AIDS morre, então, quem não tem AIDS... não morre!? A AIDS (ou a morte) seria para aqueles que “culpados” (por uso de drogas ou por via sexual) ou “vítimas” (transfundidos, hemofílicos ou recém-nascidos) foram atingidos pelo ví-



rus-morte. Nós, todos nós outros, desde que cuidemos para não entrar em contato com esses que já são condenados-mortos... nós estaríamos livres! De quê? Da morte, naturalmente. E seguimos nossas vidinhas de imortais, deixando para os "aidéticos" esse azar de ter que morrer.

Bem mais grave: aprendemos a "ver" os portadores do vírus ou as pessoas com AIDS com o olhar do terror, ou do medo, ou da piedade que dedicamos àqueles que "já morreram". Querem algo mais grave ainda? Pois eu estou convencida de que se a infecção pelo HIV é vivida como se ela fosse a morte, essa noção-ideia transforma-se numa doença muito mais grave, que tem servido para matar muito mais e muito mais rápido do que qualquer efeito do vírus "real" sobre os corpos.

Mas no final do filmeto de "prevenção", o jovem anuncia a mais *deslavada mentira* que se poderia engendrar para desinformar sobre AIDS: "AIDS e drogas, algum dia, acabam sempre se encontrando." Corta: "Ministério da Saúde", "Governo José Sarney".

Mas, que drogas transmitem AIDS? Cola de sapateiro, baseados? Será que nossas autoridades sanitárias não sabem que as drogas mais consumidas entre crianças e jovens brasileiros é cola e, às vezes, maconha? Ou será que o filme não é, mesmo, dirigido para meninos de rua, menores das funabens, adolescentes favelados, pobres... ou seja, para 80% da população jovem do Brasil? Então, é para quem? Que outras "drogas" provocam AIDS? Cheirinho da loló, anfetaminas, lança-perfume, xaropes, LSD, cocaína aspirada...?

Acabam-se os 30 segundos do nosso filme de prevenção, onde muitas "mensagens" são veiculadas, menos *uma*: informações, ajuda e orientação para aqueles que vivem o real risco de contaminação pelo HIV: os atuais e futuros usuários de drogas intravenosas. O mundo inteiro faz assim, e é simples: "se você é dependente de drogas IV procure ajuda para parar. Mas se você não consegue, ou ainda não conseguiu, então lembre-se: jamais use agulhas de outras pessoas; só use material descartável; desinfete os instrumentos antes de se injetar. Caso contrário, o risco de contrair AIDS é muito alto". Naturalmente, as autoridades sanitárias desses países já desconfiaram que para conquistar alguma *credibilidade* entre dependentes de drogas IV, que já sofrem o suficiente pelo doloroso fato de serem *dependentes*, é preciso informar direta e abertamente, sem moralismos.

As estratégias de prevenção do nosso Ministério, ao lado de serem profundamente incompetentes para prevenir a epidemia, são um exemplo sem paralelos da "receita" de como se pode ajudar a INVENTAR a pior Aids do mundo. "Pior Aids do mundo" não é força de expressão, nem exagero. Nosso "programa nacional" está descobrindo como tornar uma doença grave bem pior, bem mais aterrorizante e bem mais mortal do que ela, de fato, pode ser. Nesse aspecto, convenhamos, são uns gênios da mídia.

Todos os países do mundo que enfrentam com seriedade o controle da epidemia já descobriram, há anos, que terrorismo, moralismo, meias-palavras e ameaças de morte NÃO FUNCIONAM como

prevenção de *qualquer* doença transmissível. Ao mesmo tempo que fornecem à população informações diretas e honestas, tratam de desfazer e desmontar os significados que se aderiram à AIDS tais como "doença-marginalidade", "doença-vergonha", "doença-castigo", "doença-morte", "doença-promiscuidade", etc...

Há um esforço mundial para inventar significados mais realistas e menos apavorantes para essas quatro letras que fazem parte de nossas vidas há menos de uma década. Em inúmeros países foram criadas entidades cujo principal objetivo é precisamente MOSTRAR às pessoas com Aids, fazer entender que a "forma" de contaminação não importa e estimular os portadores do vírus a viverem a vida sem culpa, sem vergonha, sem medo. Ao invés de sugerir que a "Aids é a pior coisa do mundo", o monstro-símbolo da morte marginalizada, estão tentando invocar a solidariedade, a esperança e a vida. Enquanto isto, estamos nós aqui, a fabricar pessoas que se escondem, culpados, vivos que se apresentam como mortos.

E tudo isso, com uma boa dose de desonestidade. Suponho que a crise de desesperança, descrédito e perda de padrões éticos em que nosso país mergulhou acabou contaminando muito gravemente nossas autoridades sanitárias. É verdade: cada país tem a Aids que a sua cultura (e seu tempo) permitem.

Felizmente as urnas de Novembro vêm aí. E depois... bem, depois vem dezembro, janeiro, fevereiro... 2001 e depois...

Silvia Ramos é psicóloga, coordenadora da ABIA.



Respostas à AIDS no Brasil

Richard G. Parker, Ph.D.

Se o quadro, que gradualmente começou a surgir da epidemia de AIDS no Brasil, difere, em número significativo de maneiras, dos estereótipos que têm marcado a discussão popular da doença, possibilitou apenas uma limitada percepção das condições sociais que realmente estruturaram o desenvolvimento da epidemia. De modo a compreender mais plenamente não apenas a propagação da doença, mas também as maneiras pelas quais a sociedade brasileira tem reagido a ela, devemos finalmente nos voltar para um contexto social e cultural mais amplo, especialmente para as crenças e práticas que estruturam não somente as interações e contatos sexuais, assim como a permuta de sangue e dos hemoderivados. No Brasil, assim como em outras sociedades, é, por um lado, através das relações sexuais, e, por outro, através do contato com sangue infectado que se dá a transmissão do vírus da AIDS; entretanto, os modos pelos quais ocorrem tais contatos não podem ser considerados de maneira alguma como casuais. Entender o caráter específico da AIDS e de seu desenvolvimento no Brasil, em contraste com outras sociedades, de-

pende da aquisição de alguma compreensão das maneiras pelas quais tais práticas são social e culturalmente constituídas (ABIA 1988; Almeida 1988; Parker 1987, 1988).

Em nenhuma outra circunstância isso fica mais evidente do que no caso da sexualidade. Embora a discussão da AIDS no Brasil venha sendo realizada, em grande parte, em termos de categorias tais como "homossexualidade", "bissexualidade" e "heterossexualidade", tais categorias são de fato altamente problemáticas dentro do contexto da cultura sexual brasileira. Embora sejam, claramente, as mais destacadas classificações que estruturam o universo sexual dos Estados Unidos e de grande parte da Europa Ocidental, elas constituem, no Brasil, importações bastante recentes. Estão certamente presentes na cultura brasileira, especialmente no discurso das ciências médicas, mas não representam, de modo algum, as categorias que a maior parte dos brasileiros utilizam para pensar sobre a natureza da realidade sexual. Ao contrário, seu impacto tem geralmente sido limitado a um relativamente pequeno segmento da sociedade brasileira:

uma elite instruída advinda principalmente das classes média e alta da maior parte das áreas urbanas modernas (Fry 1982; Fry e MacRae 1983; Parker 1985, 1987, 1988).

Tradicionalmente, categorias tais como *homossexualidade* e *heterossexualidade* têm sido menos significativas na estrutura ideológica da cultura sexual brasileira do que aquilo que poderíamos descrever como noções de "atividade" e "passividade". Especialmente entre homens de camadas populares da sociedade brasileira, os chamados parceiros "ativos" de interações que envolvam parceiros do mesmo sexo, por exemplo, não se consideram necessariamente nem "homossexuais" nem "bissexuais", designações que são mais comumente reservadas, quando o são, para os parceiros encarados como "passivos" nessas interações. Enquanto que um pesado estigma sempre foi atribuído à passividade masculina (ver Misse 1981), a participação ativa em relações sexuais ocasionais com parceiro do mesmo sexo não se tem constituído, em termos relativos, num problema. Realmente, parece até haver uma certa possibilidade de negociação

quanto aos desempenhos ativo ou passivo nas interações entre parceiros do mesmo sexo, o que, de modo algum, vem impedir as interações sexuais entre parceiros de sexos opostos, que são baseadas no pressuposto da atividade masculina e da passividade feminina. Resumindo: embora os papéis sexuais (assim como os parceiros) possam variar, eles tendem a ser muito mais significativos do que a escolha do objeto sexual na construção da identidade sexual (Fry 1982; Fry e MacRae 1983; Parker 1985, 1987, 1988; Perlongher 1987a).

Um produto desta especial configuração do universo sexual tem sido, então, uma certa fluidez na construção das relações sexuais que certamente se reflete na epidemia da AIDS no Brasil, com sua taxa incomumente alta (21% do número total de casos) de contaminação através de contatos bissexuais. O que poderíamos descrever como uma subcultura sexual focalizada em interações entre parceiros do mesmo sexo tem sido parte integrante da vida urbana brasileira, desde, pelo menos, os primórdios do século vinte, e tornou-se cada vez mais visível no curso das últimas três décadas (Parker s.d.; Perlongher 1987a; Trevisan 1986). As fronteiras dessa subcultura, contudo, têm sido relativamente flexíveis, e esta tem-se organizado menos ao redor de uma "identidade sexual" compartilhada do que ao redor de uma série de desejos e práticas bastante diversos de parceiros do mesmo sexo. (Parker 1987, n.d.) Aquilo que poderia se descrever (ainda que com uma certa dose de exagero) como relativa uniformidade da subcultura homossexual dos Estados Unidos é completamente ausente no Brasil, onde uma pluralidade de classificações e identidades se amontoa sem nunca formar um grupo social único, claramente definido. "Michês", "travestis", "bichas", "bofes", "sapatões", "sapatilhas" e qualquer outra designação, todos se misturam no espaço desta subcultura, e as variações destes diferentes gêneros respondem plenamente às notáveis diferenças regionais e de classes que tão profundamente marcam a natureza da vida social no Brasil (ver Perlongher 1987a). Numa incidência muito maior do que acontece em relação às comunidades homossexuais dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, entretanto, os participantes do complicado mundo desta subcultura (conhecidos coletivamente, e principalmente entre si mesmos, como "entendidos", ou seja, "aqueles que sabem ou entendem" o funcionamento especial desta subcultura) tendem a entrar e a sair dela com facilidade relativa, deixando a maior parte de suas vidas fora de suas fronteiras. Seus relacionamentos com representantes do sexo oposto, de conformidade com as normas de conduta sexual socialmente sancionadas da sociedade brasileira, são freqüentemente até mais significativos para suas concepções de identidade do que são suas excursões ocasionais neste território sexual alternativo (Parker

1987, 1988, n.d.; Perlongher 1987a).

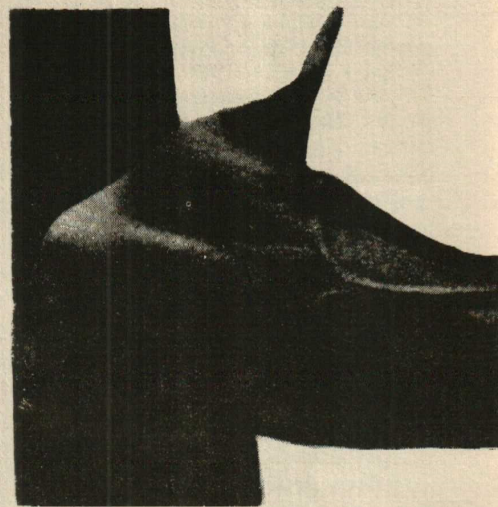
Gradativamente, ao longo da última década, esta subcultura alternativa e relativamente diferente recebeu claramente a influência do movimento de liberação homossexual de países como os Estados Unidos e a França (as duas sociedades que talvez tiveram o maior impacto na vida cultural brasileira). Especialmente entre representantes da classe média do Brasil, a noção de uma "identidade gay" tem exercido uma certa atração (realmente, a classe média gay tem contribuído para a profusão de classificações sexuais), e a possibilidade de um "movimento homossexual" tem sido explorada como uma opção política distinta (ver Daniel e Miccolis 1983). Mas o modelo oferecido pela experiência das comunidades homossexuais da Europa e dos Estados Unidos não conseguiu influenciar significativamente nem mesmo as vidas da grande maioria daqueles indivíduos envolvidos em interações entre parceiros do mesmo sexo. Apesar de se terem formado numerosas organizações homossexuais, em cidades de todo o país, o número de seus associados tem quase sempre sido limitado e sua existência, na melhor das hipóteses, frágil. Realmente pouco tem sido feito para a formação de uma "comunidade gay" claramente definida, com suas próprias instituições, publicações etc. (ver, também, a discussão em Daniel e Miccolis 1983; Perlongher 1987a; Trevisan 1986).

Esta configuração foi, é claro, especialmente importante no Brasil, com a emergência da epidemia da AIDS. A existência desta distinta subcultura sexual abriu imediatamente espaço para a disseminação da epidemia, ao mesmo tempo em que lhe deu um caráter e direção próprios: sua inicial emergência entre homens envolvidos em relações com parceiros do mesmo sexo, juntamente com sua rápida disseminação entre homens envolvidos em relações com parceiros de ambos os sexos. Entre certos segmentos desta subcultura tais como, por exemplo, os *travestis*, que quase sempre não têm muita escolha a não ser a de ganhar a vida através da prostituição, e cujos clientes estão freqüentemente, de maneira diversa, envolvidos em relações sexuais com mulheres, a taxa de infecção pelo HIV-1, de acordo com estudos limitados, chega a 38% (Rodrigues e Chequer 1988).

Ao mesmo tempo em que a forma especial desta subcultura tem parcialmente definido a disseminação da epidemia, ela, entretanto, tem também influenciado as maneiras pelas quais a sociedade brasileira vem reagindo a ela. Realmente, a falta geral de uma comunidade claramente definida com sua própria estrutura institucional e corpo de representantes identificados consigo mesmos tem limitado intensamente a habilidade da população (sob enorme risco de contaminação pelo HIV-1) de não só agir em seu próprio benefício, mas também de exercer pressão política sobre o Estado. Os tipos de campanhas de

educação e informação elaboradas por grupos homossexuais dos Estados Unidos ou dos países da Europa Ocidental, juntamente com as atividades extremamente importantes das organizações de voluntários dedicadas ao cuidado e tratamento dos pacientes portadores de AIDS têm sido quase que desconhecidos no Brasil. Da mesma forma, a pressão política usada para contra-atacar a inatividade governamental naqueles países tem provado ser praticamente impossível, numa conjuntura em que os grupos homossexuais politizados são muito limitados e divididos em facções. Enquanto alguns grupos (tais como o *Atobá*, no Rio, e o *Grupo Gay da Bahia*, em Salvador) se envolveram na educação sobre a AIDS, encarando-a como questão significativa, outros não fizeram o mesmo, pouco tendo ocorrido para uma mais ampla coligação de organizações ou cooperação entre grupos diferentes.

* O texto aqui publicado é um trecho do artigo de Richard Parker, "Responding to Aids in Brazil", que foi escrito para o livro *Action on Aids: National Policies in Comparative Perspective*, organizado por David Moss e Barbara Misztal; Westpost, CT: Greenwood Press. Agradecemos ao autor a gentileza de nos ceder a publicação deste trecho. Richard Parker é antropólogo e vive atualmente no Brasil.



EXPEDIENTE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS

Boletim nº 6 — fevereiro de 1989

distribuição interna

Rua Vicente de Sousa, 24 —

CEP 22251 — RJ — Brasil

Telefone: 286-4241

Editores responsáveis:

Herbert Daniel

Ranulfo Cardoso Júnior

Diagramação:

Cláudio Mesquita

Produção:

A 4 Mãos Consultoria e Serviços

Culturais Ltda. (ME) - Tel: 262-2011

Este boletim foi financiado com

recursos liberados pela

FUNDAÇÃO FORD e pela CAFOD.

UMA GRANDE VITÓRIA NO SUPREMO

Há algum tempo o CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro) vem travando uma verdadeira batalha judicial contra as Empresas de Medicina de Grupo (Golden Cross, Unimed, Amil, e outras "Empresas de Seguro-Saúde") no sentido de responsabilizá-las pela cobertura no atendimento de todas as doenças. Muitas dessas empresas concebiam algumas sutis armadilhas em contratos, tanto com pessoas físicas como com pessoas jurídicas, que as eximiam da responsabilidade de assumir a devolução dos custos que o seu segurado havia dispendido com o tratamento de certas doenças, como as doenças infecciosas, por exemplo. No contexto das "doenças infecciosas" a AIDS está incluída. Finalmente, e de forma definitiva, o Supremo Tribunal Federal de Recursos deu ganho de causa POR UNANIMIDADE ao CREMERJ. Em síntese a decisão do TFR assegura que:

— As empresas de medicina de grupo estão obrigadas a atender e proporcionar cobertura das despesas em todas e quaisquer enfermidades;

— O segurado tem o direito de receber ressarcimento de todos os custos que dispendeu com o seu tratamento (honorários médicos e despesas hospitalares), *mesmo que o profissional médico e a clínica e/ou casa de saúde que o tenha assistido não sejam conveniados com a empresa de medicina de grupo da qual é filiado;*

— A cobertura das despesas do segurado (quer ele tenha se associado individualmente ou através da firma em que trabalha) obedecerá à tabela de honorários médicos e custos hospitalares estabelecida pela AMB — Associação Médica Brasileira;

— A empresa de medicina de grupo está obrigada a efetuar o pagamento ao médico que o seu segurado escolheu de acordo com a tabela acima referida e no prazo máximo de 30 dias.

Qualquer infração ou tentativa de desrespeito a esta determinação deverá ser imediatamente comunicada ao CRM de cada Estado. A decisão tem validade em todo o território nacional. No Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro — CREMERJ — o telefone para este tipo de denúncia é o 210-3216. Procure Dr. Albuquerque ou Cláudia.

BOAS-NOVAS PSICANALÍTICAS

Agora, as pessoas com Aids, os portadores do HIV, seus familiares e amigos já têm onde buscar acompanhamento psicoterápico no Rio de Janeiro. A Escola Lacaniana de Psicanálise, coordenada por José Nazar, acaba de decidir que seus membros estarão disponíveis para esses atendimentos. Maiores informações, ligar para a ABIA ou diretamente para o telefone da Escola — 239-3626, das 14 às 17 horas. Os valores das sessões serão combinados caso a caso, de acordo com as possibilidades de cada inte-

ENCONTRO DE ONGs EM MONTREAL

Dando continuidade ao trabalho de preparação do encontro de organizações não-governamentais (ONGs) que lidam com a Aids, em todo o mundo, a ABIA já contactou mais de 200 entidades, visando a realização desse evento durante a V Conferência Internacional sobre Aids em Montreal, Canadá, no próximo mês de junho.

Já recebemos respostas de apoio e sugestões de aproximadamente 70 entidades sobretudo dos EUA e Europa. No momento, tentamos sensibilizar as organizações não-governamentais da África, Caribe, América Central e do Sul.

Estamos tentando dar o primeiro passo para a construção de um maior intercâmbio entre essas entidades e a nossa sugestão de pauta para essa reunião preliminar é a seguinte:

— discutir os diversos problemas enfrentados pelas ONGs no desenvolvimento de suas atividades;

— como estreitar a colaboração entre ONGs em vários países e regiões do mundo;

— garantir colaboração produtiva entre ONGs e agências internacionais, como a OMS, por exemplo;

— como assegurar a efetiva alocação de recursos e tecnologias para as ONGs, assim como para agências governamentais lidando com Aids;

— discutir a formação de uma rede de comunicação/informação internacional de ONGs, através do correio eletrônico;

— o futuro das ONGs.

AIDS E DIREITOS LEGAIS

Os Drs. Paulo Bessa e Sandra Currô, advogados e procuradores da República no Estado do Rio de Janeiro, nossos grandes colaboradores desde o início do nosso vôle, permanecem prestando informação e assistência jurídica, como voluntários da ABIA, a pessoas contaminadas pelo HIV e a pessoas com AIDS que estejam enfrentando situação de desrespeito aos seus direitos nos serviços de saúde, em situações no local de trabalho etc.

Não hesite em contactá-los. Telefone para a ABIA para maiores informações.

O BEIJO E A ABIA PROCLAMAM: "MULHER DÁ VIDA!"

O Programa Prostituição, do ISER, coordenado por Gabriela Silva Leite, edita o 1º número do seu jornal "O BEIJO DA RUA", que já é o grande "best-seller" da Zona do Manguê. Vida longa ao BEIJO!

Um grupo de pesquisadores e voluntários da ABIA e o pessoal d'O BEIJO tem-se reunido e discutido um projeto-piloto para uma campanha de informação sobre AIDS para prostitutas. Este projeto integra a nossa programação de diversificar as abordagens informativas para distintos grupos, acompanhando suas especificidades.



JANEIRO — 89

* A ABIA visita alguns grupos não-governamentais que trabalham com a prevenção da AIDS no Nordeste. Contatos com o TELE-AIDS, em Campina Grande-PB; o GIDA (Grupo Interdisciplinar de AIDS), em João Pessoa-PB; o MAP (Movimento Antônio Peixoto) e o GAPA (Grupo de Apoio aos Portadores de AIDS) em Recife-PE; o GGB (Grupo Gay da Bahia) e o GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS) em Salvador-BA. Na ocasião reunimo-nos com cada um dos grupos citados, trocamos material informativo (boletins, revistas, folhetos, audiovisuais) e discutimos as questões que a AIDS têm suscitado em cada Estado visitado.

A imprensa falada, escrita e televisada ofereceu à ABIA amplo espaço para informação, debate e difusão das nossas investigações sobre a AIDS no Brasil — agradecemos o apoio. Oportunamente, apresentaremos um relato dessa viagem.

* Encontro Interdisciplinar de AIDS e Visão Espírita — (24, 25 e 26 de janeiro)

O Lar Paulo de Tarso — Instituição Espírita de Estudos e Assistência Social convida a ABIA para discutir o tema AIDS e SOLIDARIEDADE: um compromisso com a vida. Sábado, 25, às 10 horas da manhã. Raulfo Cardoso Jr. é o nosso representante. Local: Rua dos Inválidos — Lapa, 182 - Térreo.

FEVEREIRO — 89

* A ABIA participa, como entidade brasileira, do I Encontro Internacional de Organizações Não-Governamentais (ONGs) em Viena. No Encontro, coordenado pela Organização Mundial da Saúde, Walter Almeida, Secretário Geral da ABIA, além de representar nossa entidade, foi convidado para ser o coordenador das ONGs da América Latina. Após Viena, Walter visitará a London Light House, a maior casa de apoio para pessoas com Aids da Inglaterra, e também o projeto SIGMA desenvolvido na South Bank Polytechnic University, de Londres, que vem realizando uma importante investigação sócio-sexual entre homens gays e sua relação com a Aids.

MARÇO — 89

* TRIBUTO A CHICO MÁRIO — Orquestra Sinfônica, no Teatro Municipal de São Paulo. Execução de Músicas de Chico Mário. Participação especial do pianista Marcos Pereira, filho de Chico. Dia 14.

* EM LUTA PELA VIDA — O Gapa-RJ faz festa. A partir das 22 horas na BOITE MEMÓRIA, na Rua Bartolomeu Mitre. Dia 13. Lançamento da Campanha para 1989 e homenagem aos beneméritos de 1988.