

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO “PODER MÉDICO” EM
TEMPO DE AIDS**

Rita de Cássia Cavalcanti Brandão

RECIFE, SETEMBRO DE 2000

RITA DE CÁSSIA CAVALCANTI BRANDÃO

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO “PODER MÉDICO” EM
TEMPO DE AIDS**

Orientador: Prof. Dr. Antonio Roazzi

RECIFE, SETEMBRO DE 2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO “PODER MÉDICO” EM TEMPO DE AIDS

**Dissertação apresentada no Mestrado em
Antropologia da Universidade Federal de
Pernambuco como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Antropologia.**

RITA DE CÁSSIA CAVALCANTI BRANDÃO

RECIFE, SETEMBRO DE 2000

RITA DE CÁSSIA CAVALCANTI BRANDÃO

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO “PODER MÉDICO” EM TEMPO DE AIDS

Banca Examinadora:

Prof.^o. Dr.^o. Antonio Roazzi (UFPE – Orientador)

Prof.^a. Dr.^a. Maria do Carmo Tinoco Brandão (UFPE)

Prof.^a. Dr.^a. Sylvia Maria Lemos Hinrichsen (UFPE – Convidada)

Prof. Dr. Carlos Sandroni (UFPE – Suplente Interno)

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey (UFPE – Suplente Externo)

RECIFE, SETEMBRO DE 2000

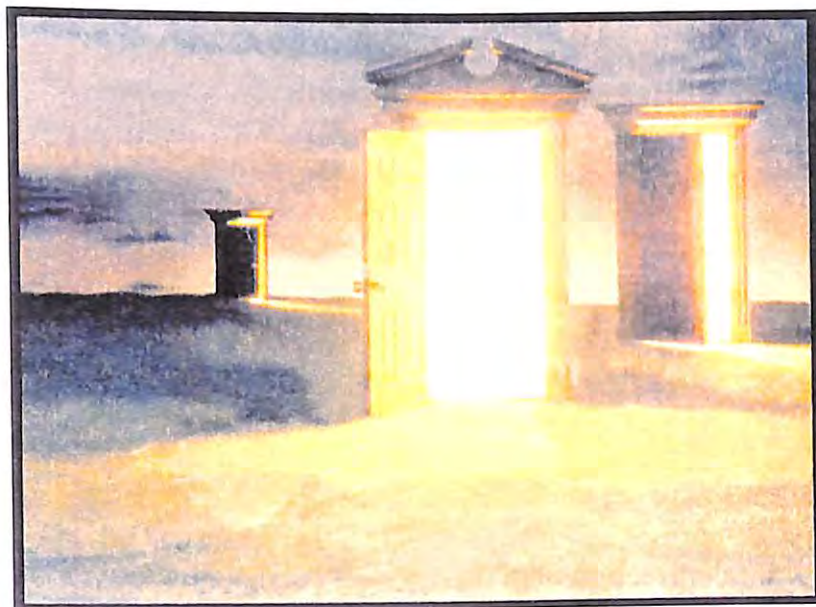
Universidade Federal de Pernambuco
BIBLIOTECA CENTRAL / CIDADE UNIVERSITÁRIA
CEP 50.670-901 - Recife - Pernambuco - Brasil
Reg. n° 10379 - 18/10/2000
Fundo de REPRESENTAÇÃO SOCIAL - DOUTOR MÉDICO

PE-00040458-1

Arquivo: 169150

JV.06

SOBRE A CAPA



Três portas se abrem a nossa frente.

Três caminhos, três decisões.

Três momentos diferentes.

Três oportunidades do homem se perceber humano..., se perceber vivo.

Na primeira porta um pequeno feixe de luz se faz presente.

Neste momento, três siglas ganham poder, H I V.

Poder de questionar o Humano.

Poder de Invadir, de Indagar, de Igualar os homens ditos humanos.

Poder de Valorizar a vida, a sua vida, como uma responsabilidade inevitável a sua existência na
condição de ser vivo.

Na segunda porta percebe-se uma luz forte, intensa.

O temor em relação ao que seria percebido impede sua total abertura.

Neste momento surge uma opção, e três siglas novamente ganham poder, A Z T.

Poder de Angustiar, de Abraçar, de Afastar, de Assistir, de Aceitar, de A...

Poder de Ziziar (enquanto repetição de medos e temores, dúvidas).

Poder de Trazer a vida para primeiro plano, de Trabalhar em prol do doente, de Tentar, de...Tentar
diante às possibilidades e impossibilidades da vida.

Na terceira porta surge uma luz percebida em uma abertura maior.

É o homem, que corajosamente, permite-se desvendar seus temores.

Adere a sigla V I D A. Vivente; Invasor dos seus medos; Desejante em sua própria vida;

Adestrador dos seus sentimentos mais profundos;

Neste momento percebe-se a adesão à vida, a escolha por viver, por ser humano, por ser
... mortal.

Rita Brandão

(Madrugada de 26/07/1999)

De tudo ficaram três coisas:

A certeza que estamos sempre começando;

A certeza que é preciso continuar

E a certeza que podemos ser interrompidos antes de terminar.

Fazer da interrupção um novo caminho;

Fazer da queda um passo de dança;

Do medo, uma escada;

Do sonho, uma ponte

E da procura, um encontro.

(Fernando Sabino)

À Bárbara, Débora e Hannah, minhas maiores produções de vida.
À meu pai, meu maior admirador, minha maior perda. Que saudades...

AGRADECIMENTOS

Aos médicos, meus informantes, os autênticos profissionais da vida. Em especial Doutor Lázaro Protásio, infectologista de especialização e humano na prática da vida.

Aos demais profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares e doutorandos) dos hospitais: das Clínicas, do Oswaldo Cruz e do Correia Picanço. Em especial a Nilzimar e a Ione Suely pela atenção e carinho.

Ao meu amigo, meu orientador da vida e do saber, presente em algumas etapas de minha vida e deste trabalho, sempre crítico, mas extremamente sensível.

A Professora Maria do Carmo Brandão, por seu respaldo intelectual e sua mão amiga.

A Ethiene, minha amiga de caminhada, pela compreensão, atenção, zelo, e não poderia esquecer de sua paciência em tentar por várias vezes me aproximar sem restrições de um computador.

Aos Professores do Mestrado de Antropologia e a todos os seus funcionários, em especial a pequena-grande Regina.

Aos colegas de turma e a todos os demais que tive o prazer em conhecer e trocar palavras, mesmo que por vezes estas tenham sido apenas breves palavras.

A Vanessa Vasconcelos pelo seu incentivo para meu ingresso no mestrado, sua amizade e carinho foram decisivos.

A Bárbara, Débora e Hannah, minhas filhas amadas, minha família tão desejada, que entre fraldas, brinquedos, tarefas de casa, passeios... me impulsionaram a continuar desejando o melhor para nós.

A Hannah minha terceira filha, sua escuta singular em meu ventre se fez imprescindível. Minha vitória traduzida em vida.

A minha mãe, minha mais poderosa crítica. Sempre acreditando em mim como mulher, mãe e profissional.

A Deus, Jesus, meu Anjinho da Guarda, por mim guardarem e me protegerem de todos os males.

A minha irmã Sheylla Sophia, finalmente nos descobrimos.

A meu primo Gonçalo, por sua colaboração e carinho nas horas difíceis.

A meu pai, que quando algo me acontecia pedia que eu levantasse, sacudisse a poeira e desse a volta por cima. Estou tentando me reerguer após sua partida. Ainda é difícil pai.

As meninas do 'Pina de Copacabana', minhas notáveis amiguinhas, Luciana Campos e Gabriela Serejo pelo companheirismo, interesse e empenho na construção deste trabalho.

A minha amiga Marta, por sua companhia nos filmes 'não-antropológicos' com direito a big pipoca e big coca-cola. Sua sensibilidade me confortou em momentos difíceis.

A Katiane Fernandes, por sua amizade.

A minha comadre, Olga Marinho pelos "chás das cinco", desculpa para me tirar da frente do computador.

A Bruno Campelo, pelo apoio na etapa final desta dissertação.

À CAPES pelo apoio ao desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A Representação Social do “Poder Médico” em tempo de AIDS

O presente trabalho aborda a representação social do “poder médico” investido sobre quatro categorias profissionais: médicos infectologistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e doutorandos de medicina que atuam no tratamento da AIDS. Partimos do pressuposto de que anteriormente a detecção desta doença os médicos revestiam-se de um “poder de cura”. Pretendemos averiguar empiricamente a transformação do entendimento deste “poder médico” diante a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Seguiremos uma abordagem teórica-metodológica centrada na Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1961) e na Teoria de Poder contidas na obra de Foucault. Nosso trabalho de campo foi centrado numa investigação tendo como aporte: oito médicos infectologistas, oito enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem e oito doutorandos que trabalham no setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) em três hospitais da cidade do Recife: Hospital Correia Picanço, Hospital das Clínicas e Hospital Oswaldo Cruz. Sendo o primeiro público e os dois últimos universitários. Os dados foram coletados e interpretados, utilizando-se métodos e técnicas da Antropologia: entrevistas, observação participante e o método da associação livre. Também, buscamos na Antropologia Cognitiva, através do SPSS, trabalhar os dados quantitativos. Os resultados obtidos nesta investigação apontam para a formação de uma nova representação social que nos conduzem não ao entendimento de um “poder de cura”, mas a uma preocupação de um poder voltado a promoção da “qualidade de vida”.

ABSTRACT

The Social Representation of “Medical Power” in Times of AIDS.

This present study discusses the social representation the “medical power” invested over four professional categories: infectologist physicians, nurses, nurses auxiliaries and medicines students who work in the treatment of AIDS. We started from the presupposition that before the detection of the disease, those ones were holders of a “healing power”. We intend to verify empirically the transformation of the understanding of this “healing power” face to the AIDS. We will follow an approach methodologic-theoric focused on the theory of Social Representation of Moscovici (1961) and on the Theory of Power present in the works of Foucault. Our field study was centred on an investigation having as sources: eight infectologist physicians, eight nurses, eight nursing auxiliaries and eight students of medicine. Who work in the section of Infections and Parasitary Diseases in three hospitals in the city of Recife: Correia Picanço Hospital, Hospital of Clinics and Oswaldo Cruz Hospital, being the first a public one and the last ones, universitarias. The data were collected and analyzed, utilizing methods and techniques of anthropology: interviews, participative observation and the method of brainstorming we also searched by the Cognitive Anthropology through SPSS, work the quantitative data the results obtained in this investigation point to the formation of a new social representation that leads us not to understanding of “healing power”, but to worriment to a power involved with the promotion to the “quality of life”.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	8
RESUMO	10
ABSTRACT	11
ÍNDICE	12
APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO I - PARA UM CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL	23
1.1 - Aspectos Filosóficos da Representação	23
1.2 - Buscando o Conceito de Representação Social nas Ciências Sócio-Antropológicas	27
1.3 - Descobrindo a Representação Social no Âmbito do Objeto de Estudo	43
CAPÍTULO II – INVESTIGANDO A REPRESENTAÇÃO SOCIAL	
DO “PODER MÉDICO”	47
2.1 - Descrição da Amostra Investigada	47
2.2 - Método de Coleta de Dados	52
2.2.1 - O Material Utilizado	52
2.2.2 - Os Procedimentos Empregados	53
CAPÍTULO III - AIDS: A DOENÇA DO SÉCULO XXI	55
3.1 – A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	60
3.2 – O Período de Incubação	61
3.3 – A Transmissão do HIV	61
3.3.1 – AIDS e Sexo Oral	62
3.4 – A Epidemia de AIDS	63
3.5 – A Representação da AIDS	71
3.6 – Ética e AIDS	73
3.6.1 – O Sigilo como Instrumento Social	76
3.6.2 – A Postura do Médico ante os Doentes e Infectados pelo HIV	76
CAPÍTULO IV - APRESENTANDO O HOSPITAL: ESPAÇO DA DOENÇA, DO	
HOMEM DOENTE E DO PROFISSIONAL QUE TRATA DA DOENÇA E DO DOENTE.-	78
4.1 – A Instituição: Hospital	78
4.2 – O Nascimento da Medicina Social	89

4.3 – O Nascimento do Hospital	95
4.4 – O Aparecimento do Médico de Hospital	99
4.5 – O Poder no/do Corpo	103
4.6 – Analisando a Concepção de Poder entre os Informantes	107
CAPÍTULO V - RELENDO A SIGLA HIV/AIDS À PARTIR DA ASSOCIAÇÃO LIVRE	111
CAPÍTULO VI - A MORTE: O ÁPICE DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL	118
6.1 – Os Estudos Sobre a Morte nas Ciências Sociais	122
6.2 – A Morte no Ocidente	126
6.3 - Representação de Morte	129
6.3.1 - Morte Domada	129
6.3.2 - A Morte de Si Mesmo	130
6.3.3 - Vida no Cadáver, Vida na Morte	131
6.3.4 - A Morte Aparente	132
6.3.5 - A Morte do Outro	132
6.5.6 - A Cor da Morte	132
6.4 - A Suspensão dos Sinais de Vida: A Morte Clínica	133
6.5 – A Morte no Século XX	134
6.6 – Analisando a Concepção de Morte entre os Informantes	136
CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
ANEXOS	152
Anexo 1 - Roteiro da Entrevista.	153
Anexo 2 – Dados obtidos acerca dos conceitos referentes a: escolha profissional, concepção de morte, de AIDS e de poder dos informantes envolvidos nesta pesquisa.	155
Anexo 3 – Considerações da autora acerca dos profissionais médicos infectologistas.	175
Anexo 4 – Ofícios	178
Anexo 5 – Locais de Referência	180
TABELAS	
Tabela 1 – Dados acerca dos Resultados da Terapia Contra a AIDS no Brasil	66
Tabela 2 - Casos de HIV/AIDS no Mundo em 1999	70
Tabela 3 – Incidência de Casos de AIDS por 100.000 hab., Cidades com os dez	

maiores coeficientes de incidência, Brasil, 1999. -----	70
Tabela 4 – As Fontes de Poder da Profissão médica segundo médicos e não-médicos. -----	107
Tabela 5 - As Fontes de Poder da Profissão médica segundo médicos infectologistas e doutorandos de medicina. -----	108
Tabela 6 - Frequência e % das Associações Livre das Palavras Evocadas pelos Informantes -----	114
Tabela 7 – O Conceito de Morte Segundo Médicos e Não-Médicos -----	136
Tabela 8 – O Conceito de Morte Segundo Médicos Infectologistas e Doutorandos em Medicina -----	137

FIGURAS

Figura 1 – Frequência das Palavras Produzidas (Diagrama Box & Whiskers) -----	113
Figura 2 – Análise de Aglomerados (Cluster Analysis) -----	116
Figura 3 – Escalonamento Multidimensional -----	117

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS		Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV		Vírus da Imunodeficiência Humana
DIP		Doenças Infecto Parasitárias
HC		Hospital das Clínicas
HUOC		Hospital Universitário Oswaldo Cruz
HCP		Hospital Correia Picanço
OMS		Organização Mundial de Saúde
ONG		Organização Não Governamental
SUS		Sistema Único de Saúde
DST		Doença Sexualmente Transmissível

OBSERVAÇÃO: Em 1998, o Ministério da Saúde sugeriu a grafia com apenas a primeira letra em maiúscula (Aids), acreditamos que por assim apresentar-se graficamente não há garantia de que suas conseqüências biopsicossociais serão reduzidas. Nesta perspectiva, utilizaremos a grafia toda maiúscula (AIDS), não para dar ênfase a seu sentido de temor, mas apenas, para destacá-la no texto.

APRESENTAÇÃO

*“As palavras são obras de arte que tornam a ciência possível.
As palavras são abstração que tornam possível a poesia.
As palavras significam a recusa do homem a aceitar o mundo como está”.*

(Walter Kaufman,
Crítica da Religião e da Filosofia, III)

Sobre a idéia da pesquisa

Em meados de 1997, quando iniciei estágio no Hospital das Clínicas, hospital escola da Universidade Federal de Pernambuco, para complementação prática da especialização em Psicologia Hospitalar escolhi aleatoriamente atuar no DIP da referida instituição, caracterizado como o setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias. O setor atende pacientes que estão acometidos com doenças contagiosas, como leptospirose, tuberculose, pneumonia, doenças oportunistas desencadeadas pela AIDS, entre outras. Enfim, doenças caracterizadas pela nossa sociedade como doenças de risco a população. Nesta linha de pensamento necessita-se que essas pessoas fiquem isoladas das demais. Esta separação ocorre tanto no âmbito institucional quanto no social.

Neste local encontram-se as enfermarias denominadas **Isolamento**. Elas ocupam as últimas salas do final do corredor, e para se chegar ao paciente isolado devemos seguir as instruções estabelecidas pelo hospital, as chamadas instruções de segurança no “contato” com o paciente. Que fazem referencia a lavagem das mãos antes e após o contato com o paciente, utilização de máscara e luvas.

Na psicologia, questionávamos diariamente essa obrigatoriedade, mesmo sabendo que eram pertinentes ao quadro clínico do paciente que estávamos atendendo, questionávamos no sentido de que esses cuidados deixavam-nos impossibilitadas de sermos vistas integralmente, nossos lábios não

podiam ser vistos, nem tampouco lidos, nossas vozes estavam “filtradas”, “amordaçados” com as duas máscaras que utilizávamos, já que faltava na enfermaria a máscara recomendada para aquele contato.

A partir do contato pessoal com os membros da equipe, isto é, fora do DIP, após liberarem-se do jaleco, do estetoscópio, da maleta, enfim do “branco” (enquanto cor predominante dos profissionais de saúde), buscavam ainda na psicóloga (mesmo fora da instituição) conversar sobre o que não deixavam transparecer no hospital, estamos falando do sofrimento que acompanha esses profissionais que, quer por escolha pessoal (sonho profissional) quer por circunstância profissional (escassez de profissional no setor e/ou ingresso após concurso, abstendo-os do critério de escolha) atuam diariamente com a dor física e mental dos pacientes. Atuam apesar do tempo de existência da doença HIV/AIDS, com a falta de informação das pessoas; com uma mídia fragmentada em relação a emergência de se informar e falar a respeito. Atuam ainda, com a falta de medicamentos, com a má remuneração salarial, com a excessiva carga horária diária de trabalho e com a necessidade de atuar em vários hospitais para complementação da renda mensal.

Freudenberger (1974), antes, e Malasch e Jackson (1981), em etapas sucessivas, tinham já apontado para a existência deste complexo distúrbio que pode acometer o profissional envolvido nas profissões de ajuda, no caso de ser submetido a níveis insustentáveis de stress no trabalho. Tal quadro tornou-se em seguida conhecido como síndrome de Burnout¹. O Burnout é o resultado de um stress exagerado no ambiente de trabalho. Vale ressaltar que a síndrome de Burnout foi o foco do projeto de pesquisa inicialmente apresentado ao programa do Mestrado em Antropologia.

¹Os sintomas geralmente apresentados por estes profissionais são: esgotamento físico, hemicranias freqüentes, episódios de insônias, distúrbios gastrointestinais, dores musculares, distúrbios mal definidos e generalizados. No plano comportamental se adicionam a vulnerabilidade da frustração, irascibilidade, conflitos familiares, tendências ao abuso do álcool e de substâncias psicoativas, impulsividade, rigidez, hostilidade, e, em certos casos, aberta agressividade em relação aos pacientes. E sob o perfil emocional e cognitivo é possível evidenciar sinais de indiferença, como também hipersensibilidade, pessimismo, sensação de impotência, e consequentemente fracasso profissional, hiper-identificação com o paciente, depressão, indecisão e falta de concentração.

Dessa forma, fomos convidados a conhecer um mundo desconhecido dos pacientes, dos demais profissionais dos vários setores do hospital, da instituição hospitalar e da sociedade recifense. Era um mundo do ambivalente, do dialético, um mundo dos extremos representado por um lado pelo homem-profissional, que para os pacientes representa o homem que detém o “poder da cura” que eles tanto anseiam, e por outro lado o homem-humano, aquele que sofre por suas limitações enquanto um ser vivo e mortal. Nesta época ingressei no Mestrado em Antropologia da UFPE, e assim me percebi inserida com um projeto real, fascinante, que era o de pesquisar e dissertar sobre o profissional que atua com pacientes HIV/AIDS, trabalhar as concepções desses profissionais em relação a doença AIDS e consequentemente as posturas mediante as questões relativas a sua profissão (escolha da área de saúde, da infectologia), concepções de vida e morte; concepção de ‘poder’ delegado a sua profissão; concepção de doença e saúde, em específico a AIDS, aos quais o homem (humano e profissional) atual está inserido.

Sobre o trabalho de campo - Campo de Pesquisa

Partindo da constatação de que para uma dissertação de mestrado o tempo destinado a pesquisa de campo é limitado, tivemos que restringir nossa amostra, isto é, nossos informantes. Os profissionais aos quais nos referimos neste estudo são: médicos especializados em infectologia, doutorandos², enfermeiros e auxiliares de enfermagem do setor DIP, de três grandes hospitais da cidade do Recife, tidos como hospitais de referência em atendimento ao portador do vírus HIV e doentes de AIDS, são eles: Hospital das Clínicas, Hospital Oswaldo Cruz e o Hospital Correia Picanço. Sendo os dois primeiros hospitais universitários e o terceiro público e buscamos informações nas ONG's: SOS Corpo e ASAS (A Associação de Ação Solidária), ambas organizações não-

governamentais criadas, sem fins lucrativos, e que tem como missão apoiar as pessoas que vivem com HIV/AIDS, seus familiares e amigos na luta contra a discriminação, o preconceito e no resgate da sua cidadania em parceria com ONG's afins e outras instituições.

Com relação a instituição, hospital, a recepção e atuação transcorreu sem dificuldades, pois a experiência anterior no setor proporcionou uma adequação ao sistema hospitalar. Em relação aos profissionais, as dificuldades se fizeram em maiores proporções, pois em decorrência do aumento de pacientes a atender, conseqüentemente mais evoluções de prontuários, como também um número pequeno de profissionais no referido setor (diferentemente dos demais setores do hospital), a disponibilidade de tempo do profissional para participar da pesquisa proposta era mínima, o que acarretou uma revisão dos materiais inicialmente propostos. Os questionários foram avaliados e reavaliados, adaptados e readaptados ao fator tempo e ao direcionamento as questões que seriam trabalhadas (doença – saúde, vida – morte, ideologia profissional, reflexões pessoais-profissionais, entre outras). Tendo sido estes excluídos, pela não aceitação dos profissionais em respondê-los. As entrevistas ocorreram nos corredores, elevadores, estacionamentos, entre uma evolução e outra, entre um atendimento e outro. E a associação livre foi solicitada após a execução das entrevistas.

Essas informações ressaltam nosso material de pesquisa que foi basicamente a **observação participante, entrevistas e associação livre**.

Sobre a AIDS

Concebemos que a complexidade da AIDS no mundo deixou de ser algo reservado, escondido, apontado, rotulado, no momento em que o grupo dito de risco deixou de ser uma pequena parte da população humana (homossexuais e usuários de drogas injetáveis) para envolver toda a sociedade. O

² Na área médica o termo *doutorandos* designa os acadêmicos de medicina após o 6º ano (entre o 11º e 12º período) do curso.

aspecto contemporâneo mais marcante da epidemia, é sem dúvida, sua expansão para todos os sujeitos, independente de sexo, idade ou orientação sexual. De fato existe outro aspecto, representado pela laceração do tecido das relações tanto no plano interpessoal como no plano coletivo. Reforçando assim a tese de que o grupo de risco não mais se restringe a uma parte da sociedade, mas a toda sociedade. Provocando neste sentido o surgimento de seres humanos com “*coração de homem e alma de cidadão*” (Herbert Daniel in: Richard Parker, 1992), propondo desta maneira aos homens uma reavaliação do seu papel no mundo, como também propondo a possibilidade de “religar” o pessoal ao cultural, e consequentemente a algo bem maior, a existência humana (a finitude, a morte).

De acordo com nossa proposta de trabalho traçamos os objetivos a atingir:

Objetivos Específicos da Pesquisa

- ▶ Verificar se houve uma reformulação dos conceitos relativos aos chamados “grupos de risco” (homossexuais e toxicômanos) no meio médico e institucional;
- ▶ Caracterizar as atitudes pessoais dos médicos na relação médico-paciente HIV/AIDS;
- ▶ Identificar as concepções de vida e morte dos profissionais de saúde;
- ▶ Identificar as concepções de saúde e doença;
- ▶ Pesquisar acerca da escolha profissional.
- ▶ Identificar o nível de preconceito presente na relação profissional de saúde-paciente HIV/AIDS;
- ▶ Pesquisar a relação de conseqüências entre conhecimentos e atitudes dos médicos (e demais profissionais de saúde da nossa amostra) e a AIDS;
- ▶ Pesquisar acerca da representação da AIDS, tendo como referencia cronológica o seu conhecimento através da mídia no início da década de 80 até os dias atuais.

► Identificar as mudanças ocorridas nos serviços de saúde (nos hospitais em análise) após a descoberta da AIDS;

Sobre a Dissertação

Esta dissertação se apresenta constituída por seis capítulos e pela Consideração Final. No Capítulo I é realizado uma revisão contextual das representações sociais, seus pressupostos teóricos. Buscamos nas representações, os seus aspectos filosóficos em Habermas, Kant, entre outros. Apresentamos as representações sociais no intuito de compreendermos não somente o que os profissionais de saúde pensam de um objeto (poder médico), cujo conteúdo possua valor socialmente evidente e relevante, mas também como e por que o pensam daquela forma. Discorreremos pelo tema das representações utilizando os autores pertinentes, como Durkheim (1858-1917), Lèvy-Bruhl, Moscovici (1961), Jodelet (1989), Minayo (1996).

No segundo capítulo delimitamos a escolha do tema estudado, apresentamos a metodologia aplicada, a descrição dos procedimentos, instrumentos de pesquisa, suas finalidades e o grupo estudado.

No capítulo três apresentamos a doença AIDS, esclarecimentos acerca do HIV/AIDS, primeiros casos registrados e informações atualizadas em torno da epidemia, assim como os aspectos éticos que a envolvem.

No capítulo quatro ressaltamos o hospital enquanto espaço institucional, local que evidencia o “poder médico”. Alicerçamos nosso pensamento em Foucault.

O capítulo cinco trata da análise dos dados coletados através da associação livre. A partir destes e da utilização do referencial teórico é possível a construção de uma análise compreensiva acerca do tema em estudo.

O capítulo seis versa acerca da morte, palavra de grande incidência neste trabalho de pesquisa. Fazemos neste capítulo um trajeto histórico da relação homem-morte, intercalando com as concepções de morte de nossos informantes.

As Considerações Finais apontam para uma leitura reflexiva direcionada ao comportamento do profissional de medicina, assim como a doença AIDS, propondo uma reavaliação das mesmas, na medida em que estas se destinam à formação pessoal-profissional do homem.

Para encerrar, lembramos Gilbert Durand quando diz que: *“Qualquer antropólogo, quer seja psicólogo, sociólogo ou psiquiatra especializado, deve ter uma soma cultural tal que ultrapasse de longe ... pelo conhecimento das línguas, dos povos, da história, das civilizações, etc. – a magra bagagem distribuída pela nossa Universidade sob o título de Psicologia, Sociologia, Medicina...”* (p. 18).

CAPÍTULO I

PARA UM CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

"... a representação não é simplesmente um objeto para as Ciências Humanas, ela é o campo mesmo das Ciências Humanas..." As Palavras e as Coisas (Foucault)

Este capítulo apresentará considerações acerca do surgimento da teoria das representações, assim como as contribuições de alguns estudiosos no seu processo de formação.

1.1 - ASPECTOS FILOSÓFICOS DA REPRESENTAÇÃO

"As máscaras são expressões controladas e ecos admiráveis do sentimento, ao mesmo tempo fiéis, discretas e supremas. As coisas vivas em contato com o ar devem adquirir uma cutícula, e não pode argumentar que as cutículas não são corações; contudo alguns filósofos parecem aborrecidos com as imagens por não serem objetos e com as palavras por não serem sentimentos. Palavras e imagens são como as conchas, não menos partes integrantes da natureza do que as substâncias que cobrem, porém melhor dirigidas ao olhar e mais abertas à observação. Não diria que a substância existe por causa da aparência, ou o rosto por causa da máscara, ou as paixões por causa da poesia e da virtude. Coisa alguma surge na natureza devido a qualquer outra coisa; todas essas faces e produtos estão igualmente envolvidas no ciclo da existência..."

George Santayana³

Estruturar um trabalho tendo como ponto principal de enfoque a representação social, requer do pesquisador uma disponibilidade para percorrer nos vários conceitos que cercam esta teoria, pois discutir sobre as representações sociais é tão antigo quanto o ato de filosofar.

Atualmente a representação social se caracteriza como uma nova abordagem epistemológica de interpretação da realidade cotidiana, capaz de atender os interesses de várias ciências, e vem demonstrando seu valor heurístico nos estudos de apreensão de significados.

Encontra-se em Foucault que a categoria esclarecedora do saber clássico é a representação: *"relação do significante com o significado é a ligação estabelecida entre a idéia de uma coisa e a*

³ Soliloquies in England and Later Soliloquies (Nova Iorque: Scribner's, 1922), p. 131-132.

idéia de uma outra”⁴. Um saber baseado na análise dos seres vivos, das palavras e das riquezas, expressado respectivamente pela história natural, pela gramática geral e pela análise da riqueza, e alicerçado num solo epistemológico que ilumina toda possibilidade de saber, inclusive a Medicina. Em outros termos, um terreno gnosiológico que constitui *“uma ciência universal da ordem, tendo como instrumento o sistema de signos e efetuando uma análise em termos de identidade e diferenças, em que o quadro dos signos é a própria imagem das coisas”*⁵.

A representação, entre as palavras e as coisas, torna-se uma “realidade” que produz e é produzida por uma ação, realizada por um agente. A representação, dessa maneira, faz entrar na história o sujeito, que se percebe por ela e através dela. Ela é *“um princípio ativo de produção não somente do saber sobre o social, mas do social sobre ele mesmo”*⁶. Surge, assim, a necessidade de o sujeito portador das representações se perceber como objeto de si mesmo para apreender o processo de representação.

Segundo Perrusi (1992), tematizar a vida, a linguagem e o trabalho é transformar o homem no objeto do saber. Ou seja, *“... estudar esses objetos é estudar o homem. Eles o requerem, na medida em que o homem é meio de produção, se situa entre os animais e possui a linguagem. Eles o determinam, na medida em que a única maneira de conhecê-lo empiricamente é através desses conteúdos do saber”*⁷, tornando-se homem, então, no objeto central da filosofia moderna.

Habermas⁸ considera a linguagem essencialmente como uma forma de ação no real e não meramente de representação do real, como na tradição clássica. (p. 102)

O paradigma clássico é um sistema de signos ordenados, em que predomina a compulsão classificatória e lançam as ordens taxonômicas. O conhecimento é, então, ordenação do visível pelo

⁴ Roberto MACHADO, Ciência e saber, a trajetória da arqueologia de Foucault, p. 143.

⁵ Ibid, p. 143.

⁶ Ibid, p. 326.

⁷ Ibid, p. 133

⁸ in Marcondes (1992)

sentido dos sentidos, a visão. Não ocorre a penetração na profundidade e sim o privilégio da superfície essencial de um ser: linhas, volumes e superfícies, ou, em outras palavras, o que é essencial naquele é a sua estrutura. Não é sem sentido, pois afirmar que o conhecimento clássico não deixa de ser um protoestruturalismo⁹. O discurso clássico, desse modo, surge como uma análise espontânea da representação e, como tal, entender-se-ia por si mesmo, sobrevoando as práticas que o sustentam.

Assim, para Descartes, Hobbes e Leibniz, *“a natureza se transforma na totalidade daquilo que pode ser ‘representado’ em duplo sentido, isto é, representado e também exposto, como representação, mediante signos convencionais”*¹⁰. A linguagem passa a ser uma membrana fina que envolve o real e permite a representação se conectar com o representado. Ela efetua uma coordenação entre as coisas e as representações de forma transparente, formando uma rede em que estas se ordenam¹¹.

Ainda segundo Perrusi (1992) a linguagem se torna um “tableau” em que as ordenações são niveladas num mesmo plano, e qualquer representação pode e deve ser ordenada, não existindo hierarquia alguma de valor entre elas. Neste sentido, o saber depende praticamente da função representativa da linguagem, demonstrando uma limitação, através da qual não seria possível apreender a anterioridade do processo de representação, ou, em última análise, tematizar o portador das representações enquanto sujeito. Na forma, portanto, de ordenar, o homem se nivela a uma planta, dela não se distinguindo enquanto ordem. Não que ele não seja percebido; afinal, *“a gramática geral, a história natural, análise das riquezas eram, em certo sentido, maneiras de reconhecer o homem”*¹². O que o saber clássico não tem, na verdade, é uma *“consciência epistemológica do homem como tal”*¹³.

⁹ Jürgen Habermas, El discurso filosófico de la modernidad, p. 322.

¹⁰ Ibid, p. 308

¹¹ Ibid, p. 310

¹² Michel Foucault, As palavras e as coisas, p. 402

¹³ Ibid, p. 402.

Desse modo, *“no pensamento clássico, para o qual a representação existe, e que se representa ele mesmo nela, nela se reconhecendo como imagem ou reflexo, aquele que tece todos os fios entrecruzados da ‘representação em quadro’ – esse jamais se encontra lá presente. Antes do fim do século XVIII, o homem não existia”*¹⁴.

Esta, por sua vez, tanto como as ciências empíricas, questiona o enclausuramento do saber no espaço da representação¹⁵. A crítica filosófica moderna, desse modo, será inaugurada por Kant contra a filosofia clássica (baseada numa metafísica da representação e do ser) de Descartes aos Ideólogos, analisando portanto *“a possibilidade de conhecer a priori os objetos através de uma submissão necessária do objeto ao sujeito. Kant explica a possibilidade do conhecimento a partir de uma investigação sobre as faculdades de conhecimento. Não procura mais uma correspondência, um acordo, uma harmonia entre o sujeito e o objeto, na medida em que é o próprio sujeito que legisla e que constitui o objeto”*¹⁶.

Kant funda, assim uma Razão centrada no sujeito, que transforma o seu mundo e o outro em objetos, com o propósito de representá-los como são ou para intervir neles, buscando, dessa forma, torná-los como deveriam ser. Uma filosofia do sujeito, pois, que tem como modelo uma práxis, baseada na representação sujeito-objeto, na adequação entre os fins e os meios, e um espelho na racionalidade instrumental.

O homem, desse modo, torna-se um sujeito que, agora, *fala e trabalha*, e se transforma em objeto das ciências empíricas; um objeto, como todo objeto aliás, singular e circunscrito e, portanto, com limites. Assim, para a filosofia, a reificação do homem em objeto assume uma ironia amarga,

¹⁴ Ibid, p. 402. Foucault, nesse trecho, vem de uma análise, extremamente original, de uma pintura de Velázquez, As meninas, em que a representação é representada em cada um de seus momentos

¹⁵ E polêmica, contudo, a visão foucaultiana de que, com Kant, a filosofia abandonou o espaço da representação. Ora, a filosofia Kantiana “... é o reconhecimento do dualismo, por um lado, entre o pensar e o ser (entre a representação e a existência) e, por outro, entre o dever e o ser (...) a filosofia teórica Kantiana é uma filosofia da representação que consagra a diferença entre a razão e o seu objeto” (Zeljko LOPARIC, Heidegger réu: um ensaio sobre a periculosidade da filosofia, p.89-90).

desde que se cria uma aporia em que *“o sujeito cognoscente se levanta por cima das ruínas da metafísica para, com a consciência da finitude de suas forças, resolver uma tarefa que requereria uma força infinita”*¹⁷.

É justamente neste momento em que o homem, este ser autoconsciente, concebe a tarefa divina de construir um mundo e ordenar as coisas, que surge a percepção de si mesmo como ser finito e limitado. E sua expectativa da morte significa uma angústia permanente, mas a perspectiva da destruição coletiva que a AIDS simboliza é bem mais angustiante. Neste sentido, a AIDS é representada pela humanidade como propulsora de uma morte eminente, sendo dessa forma geradora de conflitos pessoais e sociais.

1.2. BUSCANDO O CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL NAS CIÊNCIAS SÓCIO-ANTROPOLÓGICAS

Os conceitos aqui apresentados foram obtidos através de uma revisão bibliográfica dos autores pertinentes a este assunto, a representação social.

Os trabalhos sobre representação social possuem uma tradição francesa, mas sendo a teoria considerada fio condutor para os estudos que envolvem compreensão e transformação da vida social e seus significados (Guareschi, 1995), muitos pesquisadores estudam e se utilizam da teoria em diversos campos de trabalho.¹⁸

Segundo Guareschi (1995), a representação social abrange no indivíduo as dimensões: cognitiva relativa à construção dos saberes sociais, que envolve o caráter simbólico e imaginativo dos sujeitos, colocando em cena a dimensão afetiva, pois a busca da compreensão e do sentido do mundo

¹⁶ Roberto MACHADO, Ciências e saber, a trajetória da arqueologia de Foucault, p. 137.

¹⁷ Jürgen HABERMAS, El discurso filosófico de la modernidad, p.312.

¹⁸ Sobre os estudos realizados na Europa ver: Doise, W. & Palmonari, A. (org.) 1996; Jodelet, D. (org.) 1994; e Moliner, P. (1996). Sobre estudos brasileiros pode-se ter acesso dentre outros: Spink, M. J. (org.) 1993 e o próprio Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (org.) 1995.

não é feita só a partir do conhecimento, mas também com emoções e sentimentos; e estas duas dimensões baseiam-se nos acontecimentos da realidade social, produto das instituições, comunicação de massa e comunicação social, movimentos sociais etc.

Surgindo da transposição do pensamento científico para o senso comum a representação social resulta do recebimento e da reelaboração das informações, sendo então absorvida ao conhecimento já possuído, produzindo novos conhecimentos e comportamentos neste meio. Este sistema possibilita ao indivíduo interiorizar experiências, práticas sociais e modelos de comportamento através das formas de comunicação social. As representações sociais permitem construir, elaborar e se apropriar de objetos socializados.

Minayo (1996) relata que nas ciências sociais a representação social é considerada como categorias de pensamento, de ação e sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a, sendo de Durkheim o mérito de ter conceituado pela primeira vez a representação, que denominou-a como sendo coletiva.

Durkheim e as representações coletivas

A Teoria da Interação social proposta por Gabriel Tarde constitui o oposto do conceito de representação coletiva, de autoria de Emile Durkheim (1858-1917). Se ao primeiro coube a tarefa de dar uma contribuição à Psicologia Social, ao segundo tocou sondar ainda mais profundamente o que havia sob a superfície da interação social e examinar a estrutura e funções da vida societária, no passado e no presente. No processo, alinou ele considerações sociológicas de suma importância.

Positivista até certo ponto, Durkheim acreditava no valor da aplicação dos métodos das ciências físicas ao estudo dos atos sociais. Convicto do valor dos métodos científicos, procurava, acima de tudo, trabalhar com dados empíricos e evitar julgamentos de valor. Por outro lado, não subscrevia uma teoria individualista sobre a sociedade. O interesse que manifestava por objetivos

sociais levou-o a conceber a idéia de uma integração societária de partes componentes. A sociedade amiúde determinaria ativamente aquilo que seria melhor para seus próprios fins e, definitivamente, fomentaria esse julgamento. Por isso mesmo, a atividade societária deveria ser estudada. Os valores sociais poderiam ser claramente definidos e tratados como realidades objetivas. O estudo de meios e fins, por conseguinte, poderia ser feito cientificamente, conquanto a promoção dos mesmos caísse no terreno do controle social, reforma ou propaganda.

“Discutimos métodos”, Durkheim insistia em que deviam ser evitadas todas as considerações sentimentais, que melhor seria deixar de fora do quadro a equação pessoal, que os objetos de estudo deviam ser cuidadosa e previamente definidos, e que os dados normais, ou dados objetivamente considerados, deveriam ser distinguidos daqueles que, sob fundamentos morais, se julgariam ser deste ou daquele tipo. Deu ele especial importância ao método que chamava de *“variações concomitantes”*¹⁹. A simples correlação não seria suficiente, uma vez que a concomitância de variações talvez não fosse necessariamente causal. Deviam demonstrar razões lógicas e estatísticas entre si, antes que se pudesse supor uma conexão causal.

Nos seus métodos, nenhuma consideração foi mais importante do que os *“fatos sociais”*, que seriam aspectos da conduta (pensamento, sentimentos ou ação) objetivamente encarados pelo observador e que encerrariam natureza coercitiva²⁰. Seriam de dois tipos: normais e patológicos. Ambos exerceriam influência constrangedora sobre a mente do indivíduo conquanto fossem exteriores a ela. Implicariam normas e regulamentos, sistemas de ação e conjuntos de crenças costumeiras.

Os **fatos sociais** possuiriam aspecto moral, pois afetariam o bem-estar individual. Seriam produtos da consciência coletiva relativa à conduta individual. A consciência coletiva, por

¹⁹ Émile Durkheim, *Les Règles de la methode sociologique*, págs. 15 e seguintes.

²⁰ *Ibid.*, págs. 59, 142 e seguintes.

consequente, foi considerada por ele como autoridade da ética. Os fatos sociais implicariam deveres que deveriam ser necessariamente desempenhados pelo indivíduo. Presumivelmente em virtude de suas origens pragmáticas, esses deveres seriam desejáveis ou tão desejáveis como tudo aquilo que o indivíduo pode saber em determinada ocasião. Encerrariam, portanto, valor supra-individual ²¹.

Temos na representação coletiva uma das principais contribuições de Durkheim ao pensamento social. Alguns a consideram sua principal contribuição. Do entrelaço de mentes surgiriam produtos-símbolos, mutuamente possuídos e proclamados. Essas simbolizações coletivas teriam força porquanto haviam sido coletivamente criadas e desenvolvidas. A bandeira, por exemplo, seria uma representação política; os escritos sagrados seriam, amiúde, representações religiosas, ao passo que os heróis desenvolveriam qualidades míticas que seriam, parcialmente, resultado de reações coletivas. As representações coletivas contrabalançariam o aumento da especialização e as crescentes possibilidades de conflitos sociais. Salvavam a sociedade, inçada de conflitos. Derivadas não-cientificamente como tantas vezes se mostram e, não raro, exercendo um controle que persiste depois de perdida sua utilidade, encerrariam força social e constituiriam aspecto vital do tema relativo a cooperação.

Na opinião de Durkheim, as representações coletivas seriam objetos, ou fatores, de valor social. Essa teoria, por conseguinte, é virtualmente uma teoria de valores. Distinguiu ele entre duas possíveis significações de valor, e demonstrava que o público amiúde as usa uma pela outra, provocando confusão. Mostrou que fazemos julgamentos de fato e julgamento de valor. Os primeiros são julgamentos de observações, os segundos, de apreciação. Um objetivo; o outro, parcialmente subjetivo na medida em que inclui reações sentimentais. O primeiro se referiria às relações entre

²¹Para um tratamento crítico, conciso, do método sociológico de Durkheim, com sua ênfase para a observação e suas implicações para a Psicologia Coletiva, veja ETHEL M. WILSON, "Emile Durkheim's Sociological Method", *Sociology and Social Research*, 18:511-518.

coisas e pessoas ²². Essa segunda classe de julgamentos-valores revestia-se de interesse especial para os sociólogos.

Anunciou Durkheim que as representações coletivas, os valores sociais e os ideais criados pela sociedade possuem natureza imperativa. O indivíduo seria mais ou menos irresistivelmente forçado a reagir a eles. Justamente porque tinham origem coletiva, possuiriam natureza imperativa. O indivíduo a elas reagiria mais prontamente do que a quaisquer outros estímulos.

E uma vez que eram produtos de ação coletiva, e não de ato individual, seriam de natureza objetiva. Para o indivíduo, seriam imperativos objetivos, isto porque não se originariam nem principal nem totalmente da utilidade visível para a pessoa, mas da natureza coletiva obrigatória de que se revestiam.

À sociedade, Durkheim atribuía especial importância. Ele a considerava a *“mais poderosa combinação de forças físicas e sociais de que a natureza nos dá exemplo”*. As formas mais altas de pensamento teriam como matriz a sociedade. A consciência coletiva, *“a forma mais alta de vida psíquica”*, visto ser exterior ao indivíduo e à parte assuntos locais, *“encararia os fatos apenas em seus aspectos permanentes e essenciais”*. A sociologia, ou a ciência da consciência coletiva, estaria *“destinada a desbravar novos caminhos na ciência do homem”*. ²³

Para o mestre francês, o socialismo não satisfazia. As objeções que levantou neste sentido foram sumariadas por Marcel Mauss. Objetava, por exemplo, a importância atribuída à classe. As limitações inerentes ao espírito de classe proletária, ditadas pela doutrina, pareciam-lhe por demais estreitas. Seria duvidosa a importância atribuída ao conceito de guerra de classe, e além disso. De caráter político. Interessava a Durkheim o bem-estar da sociedade em seu conjunto, e não simplesmente de uma de suas partes.

²² Cf. Charles Bouglé, *The Evolution of Values*, págs. 10, 88.

²³ Emile Durkheim, *The Elementary Forms of the Religious Life*, págs. 444-447

As representações coletivas, assim, “... correspondem à maneira na qual esse ser especial que é a sociedade, pensa as coisas de sua própria experiência”²⁴. De acordo com Perrusi (1992), “a sociedade, portanto, é postulada como uma pessoa coletiva que tem uma estrutura transcendente às consciências individuais, e tal personificação foi o preço que Durkheim pagou na sua concepção de “consciência coletiva” e de representação coletiva”.

Continua sua explanação, “contudo, igualmente, cria-se um círculo vicioso em que a moral se baseia no sacro, que se alicerça nas representações coletivas de um macro-sujeito, que produz um sistema de normas obrigatórias... *ad nauseum*”²⁵. Portanto, aquele método objetivo e positivo, que Durkheim desenhou como fundante da sociologia, fica, portanto, comprometido. A sociologia se ajoelha, então, diante de uma Filosofia da qual Durkheim tentava tanto se afastar. Uma sociedade postulada como um Sujeito Coletivo que pensa sobre a sua própria experiência, através de suas próprias representações, isto é, com uma capacidade de reflexão, nada mais do que o eu transcendental – ou Deus, numa linguagem mais coloquial – da filosofia da representação, fundada por Kant. A sociedade se torna o *a priori* histórico do ser humano, e o objetivismo, então, é trocado por uma ontologia do social²⁶.

Com a separação ontológica entre o social e o psíquico, a representação coletiva ficou além de uma apropriação cognitiva, em que se examinariam as relações entre o sujeito e as idéias e entre estas e suas condições sociais de produção. Não é possível discutir sobre a cognição de um sujeito transcendental, pois não existe um cérebro transcendente e uma intersubjetividade a examinar, visto

²⁴ Emile DURKHEIM, apud, E. Marc LIPIANSKY, Representations sociales et idéologies: analyse conceptuelle, p.42, In AEBISCHER V. et alii – Idéologies et représentations sociales – Suíça, Delval, 1991.

²⁵ Ver Jürgen HABERMAS, Teoria de la acción comunicativa, p. 76.

²⁶ Mesmo assim, o corpo teórico de Durkheim lhe permitiu fazer “... investigações etnológicas, e em particular a se ocupar dos sistemas totemistas australianos. Estes estudos conduzem finalmente a um esclarecimento da estrutura simbólica do santo e a uma interpretação não positivista da consciência coletiva”. Jürgen HABERMAS, Teoria de la acción comunicativa, p. 76. Ao mesmo tempo, é possível, através de Durkheim, pensar, via representações coletivas religiosas, os rituais primitivos como expressões lúdicas e dramáticas da vida social.

ele se relacionar sempre consigo mesmo. Definitivamente, quem pensa, chora, sorri e se alimenta é o homem concreto da vida.

Entretanto, é impossível negar os avanços do conceito de representação coletiva de Durkheim e o parentesco direto de seu conceito com o de Moscovici. Existe, também, a ênfase nos aspectos, “dramatúrgicos” da representação coletiva, isto é, ela não apenas cristaliza formas de conhecer, mas também simboliza e dramatiza as relações sociais. A representação coletiva incorpora elementos cognitivos e intelectuais, bem como elementos lúdicos e estéticos da vida social. (Perrusi, 1992)

Os elementos expressivos seriam, para Durkheim, subprodutos das determinações cognitivas da representação, que, expressando “intelectualmente” relações sociais, abrem espaço para a dimensão imaginária e, conseqüentemente, para a dimensão lúdica-estética – os elementos expressivos são inerentes às operações mentais. Em suma, as representações coletivas condensam no seu seio elementos cognitivos-instrumentais, normativos e expressivos, sendo, praticamente, uma espécie de ‘forma de vida’.

As representações por Lévy-Bruhl²⁷

Lucien Lévy-Bruhl, aceitando o conceito de “representações coletivas” de Durkheim, em função delas estudou os povos primitivos. Definiu-as da seguinte forma: *“São comuns aos membros de um determinado grupo social, são transmitidas de geração a geração, ficam gravadas na mente de cada membro individual, e assim por diante”*.²⁸

As representações dos povos primitivos difeririam das nossas. Uma das suas principais características seria a *“percepção mística”*. Os povos primitivos acreditariam que certa influência

²⁷ Lévy-Bruhl, sociólogo e filósofo francês, estudioso das imagens míticas nas sociedades arcaicas. Sua ênfase nos aspectos afetivos e normativos da representação coletiva e uma abordagem que se aproxima da Psicologia Social, fizeram de Lévy-Bruhl um ponto de referência importante para Serge Moscovici.

²⁸ L. Lévy-Bruhl, *How Natives Think*, pág. 13.

emana das representações, como se encerrasse uma espécie de poder oculto. O indivíduo primitivo viveria num mundo místico, um mundo de espíritos. Todos os objetos possuiriam espírito ou neles residiriam forças especiais. Todas as representações coletivas encerrariam aspectos místicos. E, uma vez que encaravam misticamente os objetos, não era de admirar que atribuissem características também místicas às representações coletivas.

Outra característica da mente primitiva seria a de destacar o “*princípio da participação*”. O homem primitivo, por exemplo, julgava-se humano, mas, ao mesmo tempo, possuidor de certos traços próprios de suas representações coletivas. Os *bororos*, uma tribo da região Norte do Brasil, por exemplo, insistiriam que eram araras ou papagaios. Não os preocupava saber como poderiam ser simultaneamente homens e papagaios. Não percebiam que estavam sendo ilógicos e que constituíam vivos exemplos de contradição. Mas, à medida que se deixava a escala dos indivíduos primitivos para os cientificamente treinados, notar-se-ia que as representações coletivas e as conexões entre elas perdiam gradualmente o aspecto místico e atingiam o nível de autênticos “*conceitos*”.²⁹ A percepção mística, a lei da participação e a ignorância da lei das contradições constituiriam provas, segundo M. Lévy-Bruhl, do pensamento pré-lógico do homem primitivo. A incapacidade de os mesmos distinguirem, por exemplo, a diferença entre poder de um fetiche e de um veneno era mais uma prova da existência de raciocínio pré-lógico. Não raciocinavam eles em função das propriedades físicas da substância venenosa. Não eram nem mesmo ilógicos. Simplesmente não podiam compreender ainda o lógico.³⁰

Divergindo de M. Lévy-Bruhl, que considerava a mentalidade primitiva de espécie diferente da mentalidade civilizada. Franz Boas reuniu número considerável de provas em apoio da teoria de que, basicamente, não há qualquer diferença real. Demonstrou ele, no trabalho intitulado *The Mind of*

²⁹ Ibid., págs. 76, 361, 368, 375.

³⁰ Ibid., págs. 65, 67, 71, 78.

Primitive Man (A Mente do Homem Primitivo), que, na questão da inibição de impulsos, de poder de atenção, de capacidade de formular raciocínios originais, etc., os povos primitivos não temem confronto com os civilizados. Segue-se logicamente a conclusão de que, na medida em que o meio social e a educação possam reformar o ambiente, o primeiro poderá elevar todas as raças ao mesmo nível e, ao mesmo tempo, unificá-las sobre as mesmas base de cultura.

Há grande verdade nas opiniões de Lévy-Bruhl e Boas. O último tratou de processos mentais, ao passo que o primeiro estudou os resultados desses processos. A criança primitiva, nascida em meio civilizado e cuidadosamente educada, provavelmente demonstrará os mesmos traços mentais das crianças civilizadas. No primeiro caso, temos uma herança científica; no outro, uma herança mística que dissolve lentamente com o aumento dos ensinamentos científicos.

A representação social por Moscovici

A representação social segundo Moscovici , seria produto dos movimentos sociais, agentes típicos do mundo vivido, que estão inscritos numa *"socialidade vivida, possuindo uma ação anti-institucionalizadora na cultura e anticonvencional na política"* ³¹.

Segundo Moscovici (1994)³², *"O conceito de representação social ou coletiva nasceu na sociologia e na antropologia. Foi obra de Durkheim e de Lévi-Bruhl. Nessas duas ciências ele serviu de elemento decisivo para a elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico. Poderia acrescentar que ele desempenhou um papel análogo na teoria da linguagem de Saussure, na teoria das representações infantis de Piaget, ou ainda do desenvolvimento cultural de Vigotsky. E, de certo modo, este conceito continua presente nesse tipo de teoria"*. (p. 8)

³¹ Serge MOSCOVICI, *La fin des représentations sociales?*, p.82, IN: AEBISCHER V. et alii – *Idéologies et représentations sociales* – Suíça, Delval, 1991.

³² No prefácio do livro *Textos em Representações Sociais*, de Guareschi e Jovchelovitch (1995).

Diz ainda que: “*Apoiando-nos nos argumentos de Durkheim e de Wittgenstein, nossa teoria os leva a seu termo. Isto quer dizer que as representações sociais são racionais, não por serem sociais, mas porque elas são coletivas. Para dizer as coisas brevemente, é somente dessa maneira que os homens se tornam racionais, e um indivíduo isolado e só não poderia sê-lo*”. (Serge Moscovici, Paris, maio de 1994, p.11).

Moscovici (1994) sintetiza sua posição a Teoria das Representações Sociais, afirmando que ela (a representação) “*permanecerá criativa por tão longo tempo, o quanto ela souber aproveitar as oportunidades que cada método disponível possa oferecer. Se minha preferência se relaciona com os métodos de observação e de análise qualitativa, como ilustrados pelos trabalhos de Jodelet, Parker ou Palmonari, isso é problema de escolha pessoal, e não problema epistemológico. Em suma, eu sou um metodólogo politeísta, e não monoteísta*”. (p.14)

O referido autor se apropriou do conceito de representação coletiva de Durkheim, utilizando-o como um conceito fundante de um novo continente de pesquisas. Primeiro retirou do conceito durkheiminiano o peso da ontologia social, mudando, conseqüentemente, o seu campo de aplicação, agora situado a meio caminho entre o social e o psicológico³³; segundo, inscreveu no conceito uma consistência cognitiva bastante acentuada; terceiro, delimitou-o, especificando o seu campo de ação, ou seja, o cotidiano; e quarto, especificou a representação como uma forma de conhecimento particular, relacionada à comunicação, à interação social e à socialização.

Moscovici, igualmente, trocou o termo “coletivo” por “social” não devido a uma mera originalidade nominal, nem por oposição às representações individuais mas, sim, para realçar o dinamismo social que existe no âmago da representação, impregnando a vida afetiva e intelectual dos

³³ Vale frisar que, anteriormente a Moscovici, Halbwachs já tinha criticado o radicalismo sociológico de Durkheim, aceitando no estudo das representações coletivas determinações psicossociais. Ver, E. Marc LIPIANSKY, *Représentations sociales et idéologies: analyse conceptuelle*, IN: AEBISCHER V. et alii – *Idéologies et représentations sociales* – Suíça, Delval, 1991.

indivíduos de uma sociedade. O termo “coletivo” insinua apenas uma diferença face ao termo “individual”, fixando, na verdade, uma ontologia distinta, ao passo que “social” é bidirecional, isto é, afirma por um lado, a representação como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada e, por outro percebe a sua realidade psicológica, afetiva e axiológica, inscrita no comportamento do indivíduo. As representações seriam sociais, desde que produzidas nos processos de mudança e de interação social.

Assim, a representação pode ser considerada como um sistema de interpretação da realidade, organizado as relações do indivíduo com o mundo e orientando as suas condutas e comportamentos no meio social. Tal sistema de interpretação se enraiza nas formas de comunicação social, permitindo ao indivíduo interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta. O indivíduo consegue, através das representações sociais, construir e se apropriar de objetos socializados. Nesse sentido, as representações sociais *“são abordadas ao mesmo tempo como produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento, e de elaboração psicológica e social desta realidade”*³⁴.

A representação, ao substituir mentalmente um determinado objeto (uma pessoa, uma coisa, uma idéia, etc), reconstrói as cadeias de significações que o formam, restituindo-o simbolicamente e, também, inscreve no significante novos significados. Na realidade, a reconstrução do objeto da representação forma um novo objeto que tem uma certa independência do original – se é que se pode falar em objeto “original”, porque, geralmente, as representações são representações de representações. O objeto, assim, seria reconstruído, interpretado e expressado pelo sujeito³⁵.

³⁴ Denise JODELET, Représentations sociales: un domaine en expansion, p.37 – IN: JODELET D. et alii – Les représentations sociales – Paris, PUF, 1989.

³⁵ Ibid, p.37.

Observa-se que as representações sociais, por serem, elaboradas na divisa entre o psicológica e o social, tornam-se capazes de estabelecer conexões entre as abstrações do saber e das crenças, e a concretude da vida do indivíduo em seus processos de troca com os outros.

Retomando Minayo (1996), as representações sociais expressam-se através de condutas, chegando a ser institucionalizadas, com isso sua análise deve ser realizada a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais e que a forma privilegiada de medir a representação social é a linguagem do senso comum, compreendida como forma de conhecimento e interação social, apesar de traduzir um pensamento fragmentário, limitando-se a alguns aspectos da experiência existencial muitas vezes contraditórias e nem sempre clara quanto à realidade. A autora considera que a representação social é resultado da vivência das contradições do cotidiano das classes sociais, marcando sua expressão o entendimento das classes com seus pares, seus contrários e as instituições. Os autores sociais, constroem sua vida e explicam-na por intermédio do senso comum e dos seus conhecimentos.

A representação não é uma cópia da realidade, mas sim, uma espécie de *analagon*, isto é, uma tradução construtiva da realidade percebida³⁶. Um *analagon* que seria menos “realista” do que, propriamente, tradutor e transformador do objeto representado. A representação, como diria Husserl, “presentifica” a realidade. A percepção de um objeto (idéia, coisa, outra representação, etc.) implica na sua apropriação neuro-sensorial, transformando os “proto-signos” em informações codificadas “... *que, por sua vez, será objeto de novas traduções, até uma última e maior transformação que é a representação*”³⁷.

A representação seria, ao mesmo tempo, uma construção do objeto afastada do original e um *analagon*, isto é, uma presença do mundo exterior na mente do indivíduo. Podemos perceber nessa

³⁶ Dan SPERBER, L' étude anthropologique des représentations, p.116 – IN: JODELET D. et alii – Les représentations sociales – Paris, PUF, 1989.

aparente dicotomia a constituição imaginativa da representação, por um lado, e a sua relação umbilical com a realidade, por outro. Na verdade, não existe uma irredutibilidade entre estas duas facetas da representação, uma vez que ela *“... é o ato constitutivo idêntico e radical do real e do imaginário”*. Segundo Morin, *“o espírito humano sabe distinguir, nas suas representações, o imaginário, o passado (recordação), o real imediato. (...) O espírito discerne espontaneamente as diferenças entre percepção, recordação, fantasma, sonho, mas ignora a sua natureza de imagem mental. (...) Se o espírito humano considera diferentemente as suas representações, é porque o cérebro as trata diferentemente”* (p. 106)

A representação seria uma forma de conhecimento compreensivo *“... porque transmite um conhecimento no próprio ato que faz surgir um analogon do fenómeno percebido”*³⁸. A representação, de fato, funciona por redução analógica, ou seja, ela é *“... um conhecimento do semelhante pelo semelhante que detecta, utiliza, produz similitudes de maneira a identificar os objetos ou fenómenos que percebe ou concebe”*³⁹.

No caso específico da AIDS, permite-se aproximar uma primeira caracterização da representação social com a qual concorda a comunidade científica. É uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada (medo da morte) tendo um objetivo prático (busca da cura) e contribuindo para a construção de um realidade comum a um conjunto social (prevenção).

Igualmente designado como “saber de senso comum” ou ainda “saber ingênuo”, “natural”, essa forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Mas ela é tida como objeto de estudo tão legítimo quanto esta última em razão de sua importância da vida social, do esclarecimento que ela traz sobre os processos cognitivos e as interações sociais.

³⁷ Ver, op. Cit., p.104.

³⁸ Edgar MORIN, O método III: o conhecimento do conhecimento, p.106.

³⁹ Ibid, p. 131. Ver também; Foucault, Michel – As palavras e as coisas – Lisboa, Portugal, 1966.

Geralmente se reconhece que as representações sociais, enquanto sistema de interpretação regendo nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma interferem em processos tão variados como difusão e assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos, e as transformações sociais.

Enquanto fenômenos cognitivos eles envolvem a pertinência social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas, com as interiorizações de experiências, de práticas, de modelos de condutas e de pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social, que a eles estão ligados.

Desse ponto de vista, as representações sociais são abordagens ao mesmo tempo do produto e do processo de uma atividade de aproximação da realidade exterior ao pensamento e elaboração psicológica e social dessa realidade. Quer dizer que interessam à modalidade de pensamento, tanto seu aspecto constituinte - os processos - e o constituído - os produtos e conteúdos. Modalidade de pensamento que apoia sua especificidade de seu caráter social.

Este (o objeto) pode ser ou uma coisa, ou uma pessoa, ou um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, uma idéia, uma teoria, etc.; ele pode ser tanto real como imaginário ou mítico, mas é sempre necessário. Não existe representação sem objeto.

Quanto ao ato de pensar que estabeleceu a relação entre sujeito e objeto, existem características específicas em relação a outras atividades mentais (perceptiva, conceitual, memorial, etc.). Por outro lado a representação mental, como a representação pictorial, teatral ou política, mostra esse objeto substituindo o outro; ela o torna presente quando ele está longe ou ausente.

A representação é então o representante mental do objeto que ela restitui simbolicamente. Além do mais, conteúdo concreto do ato de pensamento, ela traz a marca do sujeito e de sua

atividade. Esse último aspecto retoma o caráter construtivo, criativo, autônomo da representação que comporta uma parte da reconstrução, da interpretação do objeto e da expressão do sujeito.

Essas características gerais dos fenômenos das representações sociais dão conta das focalizações das pesquisas sobre representações sociais. Tomada em conta a particularidade dos objetos. Dupla centralização sobre os conteúdos e os processos. Atenção à dimensão social suscetível de deformar a atividade representativa e seu produto.

Partindo da riqueza fenomenal observada intuitivamente, as diferentes abordagens vão selecionar os objetos que serão recolhidos, analisados e manipulados graças a procedimentos empíricos, desembocando em construções científicas que justificam um tratamento teórico.

A riqueza da noção de representação como a diversidade das correntes de pesquisa permitindo ângulos de abordagem e ópticas variadas no tratamento de fenômenos representativos.

Abordagens da noção de representação social segundo Denise Jodelet

Denise Jodelet demonstra, como tantos outros poderiam fazer, que as representações sociais são os fenômenos complexos sempre ativando e modificando a vida social. Na sua riqueza fenomenal se descobre elementos diversos, onde, alguns são estudados isoladamente: elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc.

Mas esses elementos são sempre organizados, sob uma diversidade de conhecimentos dizendo alguma coisa sobre como se apresenta a realidade. É esta totalidade significativa que em relação com a ação se encontra no centro da investigação científica. Esta tendo por papel descrever, analisar e explicar em suas dimensões, formas, processos e funcionamento.

Para Jodelet (1989) *“representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se relaciona a um objeto”*.

Buscar a representação social de certo objeto ou fato social, é basicamente, participar, vivenciar, se predispor observar o cotidiano das pessoas, pois desta maneira se faz possível apreender os significados atribuídos por si e pelos outros sobre os diversos papéis vividos pelos homens. Jodelet (1989) afirma que *“a representação social é sempre representação de qualquer coisa (o objeto) e de alguém (o sujeito ou o grupo). As características do sujeito e do objeto terão uma evidência sobre o que ela (a representação) é”*.

Em suma, as representações não são somente construídas por crenças e informações, mas também por regras (normas sociais), as quais o homem está sujeito. Isso não quer dizer que as representações sejam sistemas fechados, o fato de podermos dar significados as experiências e atribuir sentido a realidade, indica que estamos aptos a fazê-las na prática e de fazer a prática.

A proposta em elaborar esse trabalho alicerça-se na possibilidade da representação social como forma de conhecimento dos efeitos que a ordem social (o “poder médico”) produz nos seus membros. Estes compreendidos, através da perspectiva antropológica, enquanto grupo relacional definido por uma vivência.

Fica evidente que, como cita Minayo (1996), na sociedade capitalista a representação de saúde e doença é caracterizada pelas contradições sociais do sistema. Sob a perspectiva das classes dominantes, a saúde é um potencial individual mantido através do equilíbrio e da harmonia com o meio, a doença é responsabilidade do indivíduo na luta contra o mundo opressivo. As representações são predominantemente elaboradas pelos médicos que têm o poder de formar conhecimento e imputá-los à sociedade. Quanto as classes dominadas, apesar de terem suas representações sobre o assunto também formadas pelo conhecimento médico, têm um código de resistência que as diferencia. Mesmo reconhecendo, e muitas vezes acatando, o poder do profissional de saúde e da medicalização, constroem uma visão crítica de saúde e doença a partir da experiência com o médico e o sistema social de saúde.

Chega-se a um ponto de suposição, que as representações sociais formam-se por intermédio do profissional de saúde, ocorrendo independentemente do sistema em que atue, se público ou privado, e mais, para os indivíduos a representação social de saúde e doença não é apenas formada, mesmo que criticamente pelos médicos e o sistema de saúde, mas também que se formam através de outras experiências no seu dia-a-dia, na interação com ‘o outro’ e com o meio social de uma maneira geral (escola, meios de comunicação – mídia).

1.3. DESCOBRINDO A REPRESENTAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO DO OBJETO DE ESTUDO

A AIDS tem sido objeto de grande publicidade, e as informações veiculadas nem sempre são adequadas. Distorções maiores na comunicação ao grande público parecem ter contribuído para a “histeria da AIDS”⁴⁰ que aumenta o preconceito em relação aos pacientes, seus familiares e amigos, e aos grupos sociais aos quais eles pertencem. Preconceito e discriminação tornaram-se ainda mais intensos em função da identificação de uma maior prevalência da AIDS em grupos sociais já estigmatizados – homossexuais e toxicômanos.

A respeito da relação homossexualismo e AIDS, a opinião generalizada e divulgada pelos meios de comunicação é de que os homossexuais masculinos constituem um grupo de risco, *apenas devido às facilidades de contágio* que resultam das peculiaridades inerentes a determinadas práticas sexuais, como o coito anal e uma certa promiscuidade. Acredita-se que esta opinião esteja perigosamente errada.

Em primeiro lugar, ela é preconceituosa, porque pode sugerir a idéia de que certas práticas sexuais, por favorecerem o contágio, constituem algo intrinsecamente errado ou antinatural. Isto não é verdade, porque estas mesmas práticas vêm sendo utilizadas pela humanidade, homens e mulheres,

faz longo tempo, pelo menos desde a Antigüidade clássica, e nunca houve uma epidemia por causa disto. Não é muito lógico, nem provável sob o ponto de vista probabilístico, supor que algum grupo de retrovírus só no final do século XX sofreu uma mutação e se tornou capaz de atacar e destruir seletivamente os linfócitos T4 auxiliares de homossexuais masculinos da espécie humana, devido às peculiaridades de suas práticas sexuais.

É muito mais lógico, não preconceituoso e de acordo com os conhecimentos gerais científicos de nossa época, admitir simplesmente que os homossexuais possuem algum tipo particular de imunodeficiência intrínseca – assim como outros grupos humanos têm outros tipos de imunodeficiência – anterior e independente da AIDS e que favorece certos tipos de infecção, não apenas viróticas como bacterianas e até infestações por fungos. Reconhecer isto e tentar determinar *que tipo* de imunodeficiência é esta seria muito mais importante para o controle da doença.

Uma análise objetiva da epidemiologia da AIDS mostra claramente que homossexuais masculinos continuam apresentando uma probabilidade muito maior de contrair a doença, *em comparação com outros grupos de risco*, como o dos hemofílicos, que também estão expostos a facilidades de contágio. Isto pode ser deduzido dos dados apresentados na III Conferência Internacional de AIDS, realizada em Washington, em junho de 1987, e comentada por Barnes (1987).

Por outro lado, a relação da AIDS com certas formas de câncer também é complexa e ainda mal compreendida. Sabe-se que o sarcoma de Kaposi, por exemplo, ainda segundo Gallo (1987), é raro na população em geral e tem uma incidência relativamente alta em homossexuais *antes e independentemente* de contrair a doença, embora esta incidência aumente muito, *depois da doença*.

Esta relação intrínseca entre baixa imunidade e homossexualismo merece ser bem estudada. Homossexuais masculinos muitas vezes têm-se destacado na literatura, na música, nas artes plásticas,

⁴⁰ A palavra “histeria” aqui utilizada está representando terror.

nas artes cênicas e na matemática. Será que o preço da genialidade talvez seja alguma imunodeficiência não-adquirida?⁴¹

A partir desta visão, integramos o médico como pertencente à população que sofre discriminação social por estar junto à pacientes HIV/AIDS. Então podemos inferir que os familiares, amigos e parceiros desses pacientes, assim como os médicos que atuam no setor de doenças infecciosas e parasitárias (DIP), vivem um conflito entre seus sentimentos com relação ao paciente e um constrangimento social, por vezes até a humilhação, por sua vinculação com ele. A confusão em torno do risco de contaminação, e sobre as precauções⁴² que devem ser seguidas aumentam a tensão nas relações interpessoais, especialmente nas que envolvem relacionamento sexual.

Ocorre que, de uma forma geral, muitas vezes grande parte da população não inclui o profissional médico como sendo pertencente a este grupo “marginalizado”, por haver uma associação de sua profissão ao seu “poder” de curar o outro. Detentor ou não do poder de cura, questiona-se aqui o óbvio, a AIDS até o momento desta investigação não tem cura, portanto após esta constatação científica da impossibilidade da cura, podemos nos indagar: Quais os recursos pessoais (interesses, sentimentos) que os médicos utilizam para continuar lidando com pacientes HIV/AIDS, já que seu ‘poder de cura’ encontra-se cientificamente impossibilitado de ocorrer?; Como o médico lida com o paciente e demais pessoas (familiares, amigos, parceiros) que chegam ao hospital depositando nele o poder de cura? Como já dito anteriormente que a AIDS até o momento não possui cura. Não podemos deixar de acrescentar a esperança que a maioria dos pacientes com AIDS expressa de que a cura desta seja descoberta a tempo de salvar suas vidas.

⁴¹ Artigo apresentado à Redação em 21.08.87 pelo Profº do Instituto da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Octávio Soares Leite. IN: Arquivos Brasileiros de Psicologia. Vol.40 – Jan/Mar. 1988.

⁴² Segundo panfleto entregue pela Prefeitura da Cidade do Recife, na Campanha Recife 2000, intitulado “Saiba Como Se Pega AIDS”, no tópico ‘Assim pega’ consta: sexo na boca (oral); sexo na vagina; sexo anal; uso de seringa por mais de uma pessoa; transfusão de sangue contaminado; de mãe para filho durante a gravidez ou no parto; instrumentos que furam ou cortam não esterelizados. E no tópico ‘Assim não pega’: suor, beijo no rosto; aperto de mão/abraço; sabonete/toalha; talheres/copo; assento de ônibus; picada de inseto; piscina; banheiro; doação de sangue; pelo ar.

Estas indagações nos colocam frente a história da AIDS, pois sabemos que a descoberta da infecção pelo HIV é capaz de gerar intensa reação emocional e a relação médico-paciente é de suma importância a partir deste momento. Em termos gerais, as possibilidades de reação emocional guardam semelhanças com as observadas em outros pacientes terminais (pacientes dos setores de geriatria, oncologia, nefrologia, traumatologia, entre outros). As reações emocionais estão relacionadas não só, obviamente, à ameaça de morte, mas também à discriminação, à marginalização, à estigmatização que os pacientes podem antecipar que vão sofrer a partir da representação social da doença. Pois, a representação que a doença AIDS estabelece atualmente no senso comum faz referência a morte, a certeza da aproximação com a finitude humana.

A participação dos médicos num hospital geral, no que se refere à assistência a pacientes com AIDS é relevante não só para avaliação diagnóstica de manifestações psicopatológicas, como também na sua tarefa de interconsultor referida à relação médico-paciente. O medo de contaminação, a frustração, a impotência, a identificação com pessoas jovens que, no entanto, estão evoluindo para a morte, enfim o médico que assiste a pacientes com AIDS está diante de uma tarefa complexa, lidar com os seus sentimentos na relação com 'o outro', o seu paciente.

Segundo relato de um informante do HUOC: *"Trabalhar com AIDS me ensinou muito porque a visão que eu tinha da morte era o fim, era como algo que eu deveria lutar contra o tempo inteiro. Nós lutamos contra a morte na maior parte das vezes, mas existe uma morte muito maior, que é a morte social; que é a discriminação, o preconceito, e é essa morte que eu acho que a gente tem que lutar. A morte biológica ela faz parte do contexto da vida, aliás a vida só existe porque existe a morte, então eu entendo isso às vezes até como alívio, para algumas famílias, para alguns pacientes, nessa hora a gente tem que aprender a respeitar esse momento, a morte"*.

Essas verificações se fazem necessárias para que possamos introduzir nossa metodologia de pesquisa.

CAPÍTULO II

INVESTIGANDO A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO “PODER MÉDICO”

2.1 – Descrição da Amostra Investigada

Foi investigada uma amostra de 32 (trinta e dois) profissionais de saúde sendo 20 (vinte) do sexo feminino e 12 (doze) do sexo masculino, dentre eles:

- 08 (oito) médicos formados e especializados em infectologia com dois anos ou mais de atuação em DIP. Sendo 07 (sete) médicos do sexo masculino e 01 (um) do sexo feminino;
- 08 (oito) doutorandos de medicina, que encontravam-se no setor DIP para cumprir uma obrigatoriedade do curso de medicina. Sendo 04 (quatro) do sexo masculino e 04 (quatro) do sexo feminino;
- 08 (oito) enfermeiras atuantes no DIP;
- 08 (oito) auxiliares de enfermagem do referido setor. Sendo 07 (sete) do sexo feminino e 01 (um) do sexo masculino.

Entendemos que para compreendermos o “poder médico”, teríamos que contar com a participação de outros profissionais de saúde que atuam diariamente junto ao médico, por isso complementamos a nossa amostra com enfermeiros, auxiliares de enfermagem e doutorandos. Entendemos ainda que o “poder médico” é um poder relativo aquele que possui o entendimento concernente a área da saúde. E para caracterizarmos o “poder do médico” tornou-se imprescindível as concepções de poder advindas dos demais profissionais desta amostra. Até porque o universo que circunda o meio hospitalar não é composto apenas pela relação médico-paciente.

Compreendemos que o médico é, no mundo moderno, o principal agente de difusão do conhecimento sobre a doença e, ao mesmo tempo, aquele que limita a sua reprodução, porquanto a

legitimidade do discurso sobre a doença é monopólio da Medicina, não permitindo, em consequência, o surgimento de outras concepções de doença suficientemente competitivas e legítimas.

Moscovici diz que na sociedade moderna existe uma categoria de indivíduos que tem como *métier* a produção de representações sociais e, como encargo, a difusão de conhecimentos científicos e artísticos: médicos, terapeutas, animadores culturais, especialistas da mass-mídia, etc. Eles seriam para o mundo contemporâneo o que os fazedores de mitos teriam sido para as civilizações arcaicas⁴³.

As investigações acerca do poder encontram-se embasadas na Teoria do Poder de Foucault e são discutidas no Capítulo IV.

Após apresentarmos os informantes, situamos o espaço no qual os profissionais referidos estão inseridos. Vale ressaltar que os hospitais que compõem nossa amostra foram selecionados por serem hospitais de referência no atendimento e tratamento do paciente HIV/AIDS, são eles:

† Hospital das Clínicas (1ª Porta)



O hospital das Clínicas localiza-se na rua Acadêmico Hélio Ramos, s/n. No bairro da Cidade Universitária. Mais especificamente no Campus universitário da Universidade Federal de Pernambuco. O setor DIP encontra-se no 8º andar, ala sul do referido hospital. Este departamento conta com 18 (dezoito) leitos para atendimento de casos variados inclusive AIDS. Sendo 15 (quinze) para atendimentos gerais e 3 (três) leitos denominados Isolamento. Este setor também possui o chamado “Hospital Dia”, local onde os pacientes após alta da

⁴³ Serge Moscovici, Des représentations collectives aux représentations sociales, p.83, IN: JODELET D. et alli – Les représentations sociales – Paris, PUF, 1989.

atualmente⁴⁴ presta assistência a 14 (quatorze) pacientes. O ambulatório possui 543 (quinhentos e quarenta e três) pacientes registrados para receber medicação além daqueles que aguardam em lista de espera. Outro atendimento que merece ser referido é o de Atendimento Domiciliar, este atendimento como o próprio nome diz é o serviço de assistência ao paciente em seu domicílio, o médico vai até a residência do paciente, junto com um auxiliar de enfermagem, um psicólogo e um assistente social. De acordo com as informações obtidas no departamento, 11 (onze) pacientes recebem atualmente este tipo de serviço. Este setor possui no seu quadro de funcionários:

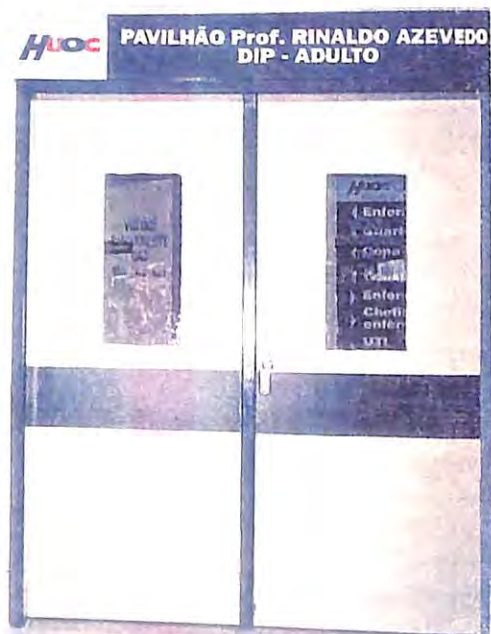
Médicos Infectologistas	02
Residentes	-
Enfermeiros	03 (01 por turno)
Auxiliares de Enfermagem	09 (03 por turno)

Cabe salientar que no Hospital das Clínicas foi criado o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Infectologia (NEPAI) a partir da necessidade de trabalhar os medos e preconceitos da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e outras infecções, assim como diagnosticar as causas desses preconceitos para elaboração e execução de estratégias de ações que viessem melhorar o nível de conhecimentos técnicos sobre AIDS/DST, repassando esse conhecimentos para profissionais do Hospital das Clínicas da UFPE, bem como para comunidade.

⁴³ Serge Moscovici, Des représentations collectives aux représentations sociales, p.83, IN: JOULET D. et alii – Les représentations sociales – Paris, PUF, 1989.

⁴⁴ Dados obtidos em 01 de agosto de 2000.

† Hospital Universitário Oswaldo Cruz (2ª Porta)



O Hospital Universitário Oswaldo Cruz localiza-se à rua Arnóbio Marques, nº 310 no bairro de Santo Amaro. Possui 19 (dezenove) leitos, sendo 07 (sete) pertencentes ao isolamento. O Hospital Dia atualmente atende a 06 (seis) pacientes. O seu ambulatório recebe por dia aproximadamente 15 (quinze) pacientes. Neste hospital não há o serviço de atendimento domiciliar. O seu quadro de funcionários encontra-se assim distribuído:

Médicos Infectologistas	05 (ambulatório e enfermaria)
Residentes	04
Enfermeiros	08 (07 na UTI e 01 na enfermaria)
Auxiliares de Enfermagem	12 (04 por turno); 15 na UTI (05 por turno)

† Hospital Correia Picanço (3ª Porta)



O Hospital Correia Picanço pertence a rede pública de saúde da cidade do Recife, encontra-se localizado à rua Padre Roma, 149, no bairro da Tamarineira. Possui 17 (dezessete) leitos para atendimentos gerais, dentre eles 02 (dois) leitos destinados ao isolamento. Recebem atendimento atualmente 03 (três) pacientes no Hospital

Dia. No ambulatório, 10 (dez) a 15 (quinze) pacientes são atendidos diariamente. Não há o serviço de Atendimento Domiciliar. É referencia em atendimento a crianças e adultos acometidos por meningite e ao recebimento, acompanhamento (ambulatório) e internamento (enfermaria) de pacientes adultos portadores do vírus HIV/AIDS. O seu quadro de profissionais está assim configurado:

Médicos Infectologistas	03
Residentes	-
Enfermeiros	04 (em alguns turnos não há enfermeiros)
Auxiliares de Enfermagem	09 (03 por turno)

Durante a vivência no campo (nos hospitais) ficou evidente que um dos maiores impactos da AIDS foi nos serviços de saúde que assumiram o seu tratamento. Houve uma transfiguração dos serviços para poder dar conta da nova doença. E os médicos infectologistas e demais profissionais de saúde viram seu dia-a-dia mais intensos e arraigados de interrogações dirigidas a esta doença que trazia ao serviço pacientes com infecções múltiplas. O que era conhecido e diagnosticável (como a clareza regular de sintomas das doenças parasitárias) passou a ser de difícil diagnóstico e sem respaldo do saber médico; o que antes era peculiar a falta de condições sanitárias das populações carentes e efeito da pobreza passou a fazer parte em variados setores da população, pobres ou ricos, muitas vezes superinformados e com trajetórias de luta por direitos civis que incluíam o questionamento do poder médico.

Nesta época observou-se o que Parker (1994) chamou de “*ilhas de primeiro mundo*”, pois dentro de hospitais degradados, surgiram através de fluxos financeiros inesperados, verdadeiros “quartéis gerais” dotados de maquinaria, material de apoio, e mesmo infra-estrutura hospitalar para prestar atendimento ao paciente portador do vírus HIV. Temos como exemplo concreto os hospitais em análise nesta pesquisa, que de acordo com dados atuais, segundo informante do HC, ele desabafa:

“estão querendo acabar com o setor, é o mesmo que o que acontece nas guerras, não querem o serviço então jogam uma bomba para acabar de uma vez. Não sei até quando suportarei a pressão. Continuo fazendo meu trabalho. Continuo com o meu desafio. Se a AIDS como a maioria das doenças infecciosas começa a acometer pessoas da classe baixa, não é mais interesse do governo repassar medicamentos caros para essa população”.

É de acordo com esses dados inquietantes que estamos construindo essa pesquisa. Pois, a AIDS transforma os médicos infectologistas em heróis de criatividade, flexibilidade e resistência.

Quer seja pela indignação que causa, pela novidade de assuntos que congrega, pela maneira que põe em questionamentos o poder e a ordem, a AIDS tem mobilizado forças sociais capazes de transformar, mudar, criar e apresentar linhas de ação necessárias para responder a epidemia.

Percebemos que os médicos, desde internos e residentes a chefes de serviço, viram-se confrontados com uma grande complexa cadeia de problemas. Posturas de onipotência (ainda que idealizada), certeza (ainda que provisória) e arrogância (ainda que estrutural-involuntária) deram espaço às de impotência, dúvida e humildade, questionando-se assim, o papel do médico enquanto detentor do ‘poder’ em curar ‘o outro’.

Portanto, é de *poder*, que trata a AIDS. Poder em questionar, interrogar, equacionar, reunir forças e recursos suficientes para responder à indignação e desinformação acerca deste agravo à saúde. Consequentemente, vislumbramos na AIDS, um assunto político, e social.

2.2 – Método de Coleta de Dados

2.2.1 – O Material Utilizado

Para se chegar aos informantes desta amostra, foi feito, inicialmente contato com os hospitais através de **ofícios**, um entregue a instituição e outro ao profissional de saúde (vide anexo p. 178).

Utilizou-se como material para a coleta de dados deste trabalho um **roteiro de entrevista** (vide anexo p. 153), tendo sido privilegiado os conceitos que versam as narrativas acerca da concepção da doença AIDS, do poder profissional e do significado da morte. Compreendendo-se que estas palavras compõem palavras-chaves para o entendimento antropológico do tema em estudo.

Para realização das entrevistas, utilizamos o **gravador** como meio seguro ao registro fidedigno da fala dos informantes.

As entrevistas completas encontram-se distribuídas em quinze **fitas cassetes**, sendo uma fita para cada médico infectologista, totalizando oito fitas com uma média de 45 (quarenta e cinco) minutos a 01(uma) hora e 15 (quinze) minutos para cada informante, e entre os demais profissionais: enfermeiros, auxiliares de enfermagem e doutorandos, a média de duração das entrevistas permeia o tempo médio entre 15 (quinze) a 45 (quarenta e cinco) minutos para cada informante, estando contidas em sete fitas cassetes. Vale ressaltar que todas as entrevistas, com todos os informantes, estão fidedignamente transcritas e arquivadas. As mesmas não foram anexadas na íntegra ao corpo deste trabalho de pesquisa por acarretar um volume demasiado de páginas.

Os informantes serão referenciados no corpo da dissertação como pertencentes aos hospitais em que atuam, exemplo: um informante do HC (...). Dessa forma sua identidade ficará preservada.

2.2.2 – Os Procedimentos Empregados

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas fases, uma primeira fase, essencial para se chegar aos instrumentos posteriormente utilizados, foi a elaboração e execução de um questionário composto de vinte e cinco questões que investigavam todas as inquietações inerentes a esta pesquisa de forma minuciosa. Este questionário foi entregue a doze profissionais (doutorandos, residentes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) e após várias solicitações para recebimento, apenas duas foram devolvidas espontaneamente e os dez que restavam não foram reavidos. Os motivos pelos quais

não chegaram as nossas mãos, foram em sua maioria justificados como sendo o fator o tempo o grande responsável.

A partir desta ocorrência, de fundamental importância, abandonou-se os questionários e houve uma adequação a rotina hospitalar para se chegar as informações necessárias para a escolha dos instrumentos a serem utilizados. Neste período anotou-se em um diário de campo todas os acontecimentos observados durante o campo de pesquisa. De posse de todas essas informações elaborou-se um roteiro para conduzir as entrevistas, e logo após o fechamento desta, executamos a associação livre.

A **observação participante** foi imprescindível durante todo o período de campo, pois participamos da dinâmica hospitalar tendo como fonte de observação os profissionais já mencionados.

Os informantes foram abordados individualmente, no ambiente de trabalho, e solicitados a participarem da entrevista proposta. Uma **entrevista semi-estruturada**.

E, empregamos a **associação livre**, por ser uma técnica que faz parte do repertório dos métodos antropológicos, que apesar de sua simplicidade é uma técnica muito eficiente que normalmente é usada em estudos de domínio cultural e variações intraculturais. Ela pode ser usada em pesquisa aplicada e básica. Apresenta-se como atraente aos informantes e produz valiosos resultados e podem ser comparadas tanto por informantes como por culturas.

As análises acerca dos dados coletados nas entrevistas foram tratados durante a elaboração da dissertação, pois ao explorarmos determinado assunto incorporamos a eles citações pertinentes dos autores estudados, e quando conveniente associamos os relatos dos informantes sobre a temática enfocada.

CAPÍTULO III

AIDS: A DOENÇA DO SÉCULO XXI

"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.

A eternidade possível é a transmissão do brilho de cada ator humano ao que lhe sucede em cena: este ato de transmissão é o que chamamos solidariedade. O resto é apenas uma arenga supersticiosa sobre a ganância da infinitude. Nosso cintilar de humanos é a alma de cidadão que manufaturamos com dedos que não se superpõem, mas se encaixam; as mãos são espelhos das mãos dos outros; nosso passar no tempo é o coração que ritma as pequenas coisas, as fundamentais, já que o planeta – este nosso, que tem as dimensões exatas da nossa humanidade –, como um coração, pulsa.

A vida não vence. Acontece. Teça, portanto, coração de homem e alma de cidadão".

Herbert Daniel⁴⁵

Segundo Albert Camus (*A peste*, 1948), *"Todos sabem que as pestes tendem a se repetir no mundo; mas de certa forma é difícil acreditar naquelas que nos caem sobre a cabeça vindas não se sabe de onde"*.

O capítulo que se inicia ressalta uma doença, atualmente conhecida como AIDS. Uma doença que no momento de sua descoberta dividiu a sociedade em mais um grupo social diferenciado, o chamado 'grupo de risco', representado por homossexuais (gays) e os usuários de drogas injetáveis (UDI). Se a população mundial categoriza-se em diferentes culturas, raças, línguas, classes sociais, econômicas, políticas, mais uma foi criada nesta época, eram os *aidéticos* (expressão mundialmente utilizada para referir-se aos pacientes portadores do vírus HIV e doentes de AIDS). No início, a AIDS (a peste) caiu sobre poucas cabeças, atualmente muitas cabeças desapareceram do mundo por ela, e muitos a possuem dentro da sua cabeça, em seu corpo. E o conhecido, temido e excluído grupo de risco quase desapareceu (ainda sobrevive o preconceito), dando lugar ao grande grupo, *o mundo*,

⁴⁵ IN: Richard Parker, *A AIDS no Brasil*, 1992, pg. 11 – A Alma do Cidadão.

aquele que todos, independente da sua cor, da sua posição social, das suas escolhas pessoais, profissionais, sexuais faz parte. O que esta doença trouxe consigo ? O medo. Sim, o medo do contágio, o medo do preconceito, enfim o medo da morte. Atualmente ao falar da AIDS, paralelamente fala-se da morte, fala-se de sexo (um assunto tempos atrás repugnado, encoberto de falsos moralismos) e fala-se de prazer (a busca do prazer sexual com a prevenção de DST's, talvez para não anular a vitória conseguida após os anos 70, representado pela pílula anti-concepcional).

“Não houve tempo para lágrimas”, diziam os médicos da UCLA (Universidade da Califórnia) que acompanharam os primeiros casos da doença em agosto de 1981, o CDC (Centro de Controle de Doenças) tinha registros de 107 casos de sarcoma de Kaposi, ou pneumocistose, ou os dois combinados, em 95 homossexuais do sexo masculino, seis homens heterossexuais, cinco homens de tendência sexual não definida e uma mulher⁴⁶.

Neste mesmo mês o sociólogo Bill Darrow, do CDC, estava inteiramente convencido de que a estranha e letal doença era causada por algum micróbio transmitido através de relações sexuais. Havia algo mais, nesta época as evidências também o haviam persuadido de que outros fatores como os estimulantes e práticas sexuais como a penetração com o punho não tinham nada a ver com a doença. Mas isso teria que ser provado.

Após ter examinado vários pacientes até aquele momento, presenciado sua agonia lenta e dolorosa, Dr. Paul Volberding⁴⁷ tinha concluído que *“esta era a pior doença que ele poderia imaginar que existisse”*⁴⁸. E embora Volberding não admitisse publicamente, afinal de contas, ele

⁴⁶ In: A próxima Peste, Laurie Garrett 1985

⁴⁷ Em 1º de julho de 1981, o Dr. Paul Volberding inaugurou a primeira clínica especializada em câncer do Hospital Geral de San Francisco. Tendo terminado a residência fazia pouco tempo, Volberding foi nomeado, para a sua satisfação, chefe efetivo do setor de oncologia do principal hospital público da cidade, que também servia de local de treinamento para a Faculdade de Medicina de San Francisco, da Universidade da Califórnia. Nem bem a clínica fora oficialmente inaugurada, chegou um paciente indigente que sofria de câncer e que já havia sido examinado por vários médicos do hospital. O caso deixara a todos desconcertados: Sarcoma de Kaposi.

⁴⁸ In: A próxima peste, 1995-p.283.

fizera o juramento de Hipócrates, que o obrigava a tratar de doentes independentemente do mal que tinham, se esta doença fosse infecciosa, ele teria medo.

Neste momento, lembramos um comentário feito por um informante do HC: *“Eu odeio a morte, ela não deveria existir”*. Continuou seu discurso dizendo que: *“o homem é ensinado a não chorar em público, pois caso o faça, sua masculinidade será interrogada. Na medicina, o médico é ensinado a não sofrer, senão sua profissão perderá o poder a ela designado”*.

Medo da morte. Os médicos estão em constante presença da morte, por isso, criam maneiras de se manter distantes do sofrimento de seus pacientes, evitando o risco de ficarem emocionalmente paralisados e incapazes de exercer a profissão. Isso não era difícil quando o paciente tinha cinquenta anos a mais do que o médico. Mas, a maioria dos homens com esta estranha doença era constituída de pessoas brancas da classe média, e que tinha idade semelhante ou inferior com a dos médicos que o acompanhava. E, quanto mais tempo passava com eles, mais pontos em comum achava entre si próprio e os homens que estavam morrendo. Era fácil sentir medo.

Nesta época esta terrível doença foi sendo tratada como sendo um caso de GRID (Gay Related Immunodeficiency Disease – Doenças de *Gays* Relacionadas à Imunodeficiência). Mas, Havia naturalmente, uma falha fundamental na tentativa de explicar a GRID com base em fatores peculiares às grandes comunidades *gays* americanas: eles não eram os únicos que estavam sofrendo e morrendo da misteriosa doença ⁴⁹.

Para o Dr. Michael Gottlieb do Centro Médico de Los Angeles, da Universidade (UCLA) tinha sido desesperador presenciar, com uma impotência atípica, a falência de todo organismo do paciente, um órgão após o outro aparentemente dominados por infecções sucessivas. Foi o seu único caso observado até então que envolviam tais sintomas, assim o Dr. Gottlieb se sentiu obrigado a relatar o mistério em algum boletim médico desconhecido, para que fosse cientificamente analisado.

Mas não foi o único caso. Um clínico geral particular de Los Angeles, que tinha uma numerosa clientela *gay*, constatara desde o fim de 1979 numerosos casos de fadiga prolongada e persistente, que lembrava a mononucleose, entre seus pacientes. A maior parte dos clientes homossexuais de Dr. Joel Weisman que sofriam de fadiga estava infectada com o inofensivo citomegalovírus. Em janeiro de 1981 o estado de um dos pacientes de Weisman se agravou bastante. Em poucas semanas, os glânglios linfáticos desse homem de 39 anos tinham aumentado consideravelmente, ele havia perdido mais de quinze quilos e desenvolvido uma acentuada infecção por *Candida*, e tinha diariamente uma febre de mais de 39° C.

Em fevereiro do mesmo ano, quando ficou evidente que a terapia antifúngica de anfotericina B não havia melhorado o estado de saúde do homem, Weisman encaminhou-o para o Centro Médico da UCLA. Weisman e Gottlieb discutiram acerca do caso, assim como outras doenças infecciosas aparentemente estranhas que estavam se manifestando entre os homossexuais da cidade. Em abril, quando o paciente de Weisman também desenvolveu pneumocistose, os médicos começaram a temer que estivessem diante da repetição de um padrão. A repetição padrão representa a ocorrência da *Pneumocistose* (PPC) seguida da *Candida/Citomegalovirus* (CMV).

Gottlieb redigiu um breve relatório e enviou-o ao Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) do CDC. A Dra. Mary Guinan achou que este relatório merecia a atenção de Jim Curran. Após discutirem as coincidências e, sabendo que muitos casos de DST eram epidêmicos na comunidade *gay*, começaram a especular se não poderiam ser atribuídos a qualquer um dos vários micróbios que predominavam entre a população. Em seguida Curran decidiu colocar o relatório de Gottlieb no Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade do CDC, e em 5 de junho de 1981 os

⁴⁹ In: A próxima peste, 1995-p.289.

médicos americanos tomaram conhecimento, pela primeira vez, de um novo e curioso problema de saúde que envolvia os homossexuais americanos.

O artigo redigido por Gottlieb e seus colegas de Los Angeles era seguido de um editorial assinado por Curran:

*“A ocorrência de pneumocistose nesses cinco indivíduos anteriormente sadios e sem aparente imunodeficiência clínica subjacente é desconcertante. O fato de os pacientes serem homossexuais sugere a associação entre alguns aspectos do estilo de vida homossexual ou doenças adquiridas por contato sexual e a ocorrência de pneumonia por *Pneumocystis* neste segmento da população.*

Todas as observações acima sugerem a possibilidade de uma disfunção imunocelular relacionada a uma exposição comum que predispõe os indivíduos a infecções oportunistas como a pneumocistose e a candidíase⁵⁰”.

Seus sintomas estavam relacionados à **pneumonia**, que até então era uma doença que acometia pessoas idosas; ao **câncer de pele**, um tipo raro, o sarcoma de Kaposi; enfim, uma **deficiência no sistema de defesa do corpo**, um corpo comprometido. Uma **baixa imunidade**. Uma doença chamada **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**.

Na França, conhecida como **SIDA**. Nesta época ficou reconhecida como a **Peste Gay**, o **Câncer Gay**, pois os pacientes que apresentavam esta doença na Europa, nos EUA, no Brasil eram homossexuais, gays.

Vale comentar uma informação obtida durante a fase da pesquisa de campo por um dos médicos do HC, a 14 anos atuante na infectologia, ele nos diz que: *“o primeiro caso de AIDS foi identificado em 1959, após uma sorologia numa soroteca no país da África. Então não é uma doença*

⁵⁰ Centro de Controle de Doenças, “*Pneumocystis pneumonia among homosexual men – New York City and California*”, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 30 (1981): 305-8.

*recente, de 80. Casos identificados nos EUA em 1981-83, no Brasil 1983, mas a história dela é antiga, então o primeiro caso que se tem é de 1959. Quarentona ela também, como eu (risos) ”.*⁵¹

3.1 - A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)

A AIDS é uma sigla em inglês, que traduzida para o português, quer dizer “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”.

Chama-se **Síndrome** porque é um conjunto de doenças ou sintomas que aparecem ao mesmo tempo. **Imunodeficiência** porque um vírus – o HIV – ataca o sistema imunológico que é o sistema que protege o nosso organismo de doenças. Com o tempo o HIV enfraquece tanto o sistema imunológico, que ele se torna incapaz de lutar contra doenças que normalmente conseguiria combater. **Adquirida** porque em algum momento a pessoa se contaminou com o vírus de alguém.

A **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)**, como o próprio nome indica, é uma síndrome de eventos clínicos que ocorrem devido a uma imunodeficiência adquirida. Tal imunodeficiência é causada por um vírus denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, em inglês). A infecção é causada por dois principais tipos de vírus, HIV-1 e HIV-2. Mundialmente, o HIV-1 é o maior responsável pela grande maioria das infecções. O HIV pertence ao grupo dos retrovírus, isto é, um vírus cujo material genético caracteriza-se essencialmente por um fragmento de RNA. Ele infecta seletivamente as células T4 do sistema imune, levando-as a sua destruição. O resultado dessa infecção é um defeito quanti-qualitativo no sistema imunológico, sendo ausente ou defeituosa a resposta de defesa do organismo à futuras infecções. Após o contágio, o indivíduo iniciará a produção de anticorpos que serão detectados somente após três meses da exposição.

⁵¹ Esse novo dado obtido, posteriormente será investigado. No momento centralizaremos nossas atenções neste estudo diante as dimensões de tempo obtidas e pesquisadas até então, isto é, como início de flagrador da AIDS na década de 80.

3.2 – O Período de Incubação

O período de incubação da doença (período entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sintomas) é estimado atualmente ser de oito a dez anos, podendo provavelmente aumentar considerando-se uma avaliação precoce e tratamento profilático disponível. Portanto, uma das variáveis que interferem no tempo do período de incubação é a acessibilidade dos indivíduos portadores do vírus aos serviços de saúde e a oferta, por parte destes, de apoio diagnóstico e de tratamento. Em decorrência disto, as pessoas portadoras do HIV, em países em desenvolvimento têm, provavelmente, uma qualidade de vida prejudicada pela falta de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e ainda, pela deficiência destes em responder adequadamente às necessidades da demanda.

3.3 - A Transmissão do HIV

A transmissão do HIV, como em outras DST, dá-se através do sangue e seus derivados, do sêmen e das secreções vaginais e da mãe para o feto ou recém-nascido (Transmissão Vertical). Não se transmite através da água, dos alimentos ou do ar.

A OMS coloca que intercursos sexuais sem o uso de camisinha, com pessoa infectada com HIV, expõe o parceiro não infectado ao risco de contaminação. O tamanho do risco vai depender de um número de fatores, incluindo, a presença de outras DST's, o sexo e a idade do parceiro não infectado, o tipo de ato sexual, o estágio da doença do parceiro infectado e a virulência da cepa de HIV envolvida. Em relação ao sexo entre pessoas heterossexuais, a Organização Mundial de Saúde sugere que a transmissão do homem para a mulher é duas vezes mais provável do que da mulher para o homem: a mulher teria uma grande área de exposição (vagina e cervix) e o sêmen contém uma concentração de HIV bem maior do que os fluidos vaginal e cervical. Considerando o ato sexual, o intercuro anal, entre um homem e uma mulher ou entre dois homens, carrega um alto risco de transmissão devido a uma maior probabilidade de injúrias dos tecidos do parceiro receptor. O sexo

oral é considerado de menor risco para a transmissão do que o sexo vaginal e anal . Vale ressaltar, no entanto, estudo feito em Boston/USA que questiona as bases de propagação desta informação sobre o grau de risco do sexo oral.

Como formas de reduzir a propagação do HIV através do sexo, a OMS propõe: abstinência sexual, fidelidade mútua (entre parceiros não infectados), formas de sexo não envolvendo penetração, uso de camisinha para todas as formas de sexo penetrativo.

3.3.1 - AIDS e Sexo Oral

No começo dos anos 80, quando o francês Luc Montagner e o americano Joe Gallo descobriram que aquela doença que vinha atacando principalmente os homossexuais masculinos, provocando o aparecimento de um sarcoma de pele, era causada por um vírus mortal, pouco se sabia do seu modo de transmissão. Em pouco tempo se chegou à conclusão de que o vírus era transmitido através de relações sexuais, preferencialmente anais, já que a doença quase não acometia mulheres. Muitos chegaram a pensar que não haveria contágio através do sexo oral ou vaginal.

No entanto, o vírus já havia sido isolado tanto na saliva quanto nas secreções vaginais. A crença era de que a carga viral era tão pequena na saliva que seria necessário haver algum ferimento na mucosa da boca para que a doença fosse transmitida dessa forma.

Demorou, mas essa versão caiu definitivamente por terra. Primeiro, alguns pesquisadores americanos descobriram que o vírus HIV atravessava a mucosa bucal de um tipo de macaco, sem que houvesse feridas no local. Em estudo realizado na Universidade de Washington demonstrou que sexo oral sem proteção causou a doença em um bom número de pessoas. Essas vítimas não apresentaram qualquer outra forma conhecida de contágio e, assim como a história de que mulher não pegava AIDS, mais um mito da medicina desabou.

3.4 – A Epidemia de AIDS

Atualmente entre 500 e 700 mil pessoas, no Brasil, estão contaminadas pelo vírus HIV e dessas 90% não sabem que possuem a doença. Dessa estatística acredita-se que 85% dos casos são provenientes de relações sexuais⁵².

A AIDS é uma DST como quaisquer outra, neste sentido por que o termo DST/AIDS ? Acreditamos que a AIDS foi notoriamente desvinculada das demais DST's, porque em nenhum momento da existência humana, jamais existiu um inimigo biológico tão poderoso, capaz de trazer consigo tantos desafios e de confundir tanto a opinião pública como vem fazendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Ela trouxe perplexidade e inquietação, seja no seu aspecto epidêmico, moral ou imunológico, seja no seu caráter incurável e letal.

É importante entender que a AIDS é um vírus e não um castigo divino. Ainda escutamos profissionais de saúde fazendo tal associação, como nos relata um auxiliar de enfermagem do HCP: *“A AIDS é uma doença criada por Deus, pois as pessoas estão muito promíscuas. Tem que ser feito um trabalho de prevenção apropriado para combater de frente essa doença”*.

O ministério da saúde possui 180.000 casos registrados, no Brasil, entre seus 5.600 municípios. Em 1999, desses 180.000 casos de incidência da doença, existe uma estatística de 43,6% referentes a pessoas heterossexuais. Diferentemente do início da doença, década de 80, em que 99% dos casos acometiam os homossexuais masculinos. Também os dados obtidos em 1999, fazem indicação a uma interiorização da doença, isto é, houve um aumento considerável dos casos nos interiores das grandes cidades, como também um aumento dos casos entre mulheres infectadas pelo vírus HIV, vulnerabilidade da/na mulher.

⁵² Informação obtida em 09 de julho de 2000, na I Jornada de Cultos Afro-Brasileiros e Prevenção às DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis, ministrada por François Figuerê, Coordenador do Programa Estadual de DST/AIDS, da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Desta forma a AIDS continua exercendo seu poder de aterrorizar, amedrontar pessoas de todas as classes sociais, de todas as escolhas sexuais. Somos ‘todos’ pertencentes a um grupo social de risco. Se falamos tanto da AIDS, esquecemos das demais doenças que fizeram e fazem ainda hoje parte da preocupação dos departamentos de saúde pública do nosso país. Não podemos deixar de relatar que apesar de existir vacina para a tuberculose, 60% dos brasileiros são infectados por este vírus (possuindo o bacilo guardado no pulmão). Outras doenças como a Hepatite B, C, são vírus ainda sem cura, assim como o HTLV ⁵³, que tem seu período de incubação entre 20 e 25 anos para aparecer.

Por conseguinte, acreditamos que falar de AIDS é também falar da cidadania e por isto é importante o acesso a informações atualizadas. De acordo com o relatório publicado⁵⁴ pela ONU e pela Organização Mundial da Saúde, 33,6 milhões de pessoas no mundo estão infectados, dentre elas 1,2 milhão de crianças, são portadores do HIV, o vírus que causa a AIDS.

Neste mesmo relatório, o Programa de DST's/AIDS do Ministério da Saúde estima que 500 mil brasileiros convivem com o HIV. E que, somente no ano de 1999 o país investiu R\$ 650 milhões em medicamentos e conseguiu diminuir o número de internações de pessoas com HIV, graças a distribuição gratuita de remédios.

Infelizmente, apesar dos esforços direcionados aos programas de informações e a descoberta de novas e poderosas drogas, o vírus da AIDS está se disseminando muito rapidamente.

Estudos sobre comportamento sexual realizado pelo Ministério da Saúde, indica que 70% das pessoas com vida sexualmente ativa, principalmente a população “mais velha”⁵⁵, não usam camisinha.

⁵³ É um retrovírus, adquirido pelos mesmos meios de transmissão que a AIDS.

⁵⁴ Relatório publicado pelo Ministério da Saúde em 1 de Dezembro de 1999, Dia Mundial de Luta Contra a AIDS. Material consultado no site <http://www.fenapsi.org.br> no dia 16 de dezembro de 1999.

⁵⁵ O termo “mais velha”, utilizado neste parágrafo faz referência as pessoas com mais de 25 anos, isto é, pessoas fora da fase da adolescência.

Outro dado de relevância mencionado no referido relatório é que mesmo ocorrendo que os programas de prevenção cortassem o número de novas infecções a zero, o que é improvável, as mortes continuariam a crescer por muitos anos. Pois, as pessoas geralmente tornam-se infectadas antes dos 25 anos e morrem antes dos 35.

Para compor as informações pertinentes ao relatório em questão, noventa e cinco por cento dos portadores de HIV vivem em países em desenvolvimento, uma proporção que tende a crescer, pois nesses locais os sistemas de saúde costumam ser ineficientes e os recursos escassos. No leste europeu e na Ásia Central, o número de infectados cresceu com o aumento do uso de seringas infectadas por viciados em drogas injetáveis, razão também apontada como um grande problema no Oriente Médio. O número de infecções vem crescendo na América Central e nas ilhas do Caribe, mas a África continua a ser o local mais atingido, com quase 70% dos casos registrados em todo o mundo.

Iniciar um trabalho de pesquisa com dados tão alarmantes, representa uma valorização ao objeto de estudo ao qual faremos referencia, o médico infectologista. Haja visto que inúmeras pesquisas dirigem-se ao paciente HIV/AIDS, mas na literatura brasileira há uma escassez de produções literárias que façam menção aos profissionais que atuam junto a pacientes HIV/AIDS, não no sentido das terapêuticas medicamentosas, mas no âmbito da representação do profissional, enquanto detentor do “poder de cura” no contexto que envolve doença - saúde, vida - morte. Fato esse que contribuirá para desmistificar a dita “frieza” do profissional ao lidar com pacientes crônicos.

Podemos contextualizar a AIDS categorizando-a em três etapas correlatas. Uma fase inicial em que a pessoa infectada pelo vírus da AIDS podia perder as esperanças. Pois como a doença estava totalmente além de qualquer possibilidade de controle, o que se podia esperar era uma lenta agonia até a morte inevitável. Essa primeira fase surpreendeu os médicos e foi marcada pela alta taxa de mortalidade. Na Segunda fase já era possível assegurar uma sobrevida sofrida, à custa de muito AZT, um remédio de efeitos colaterais devastadores. O exemplo que marca este período foi o drama vivido

pelo cantor Cazuza definindo até morrer. *“A doença entrou numa nova fase. Quem toma as drogas corretamente não morre de AIDS”*, diz Pedro Chequer, diretor da Coordenação Nacional de AIDS do Ministério da Saúde. Essa terceira fase da AIDS é tida como: *“o estágio da vida com qualidade”*.⁵⁶

Para consubstanciarmos essas informações, apresentamos a tabela a seguir com os dados cedidos pela Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde.

Tabela 1: Dados acerca dos Resultados da Terapia contra a AIDS no Brasil

DADOS ANIMADORES
Resultado da terapia contra a AIDS no Brasil
• O número de mortes é metade do que era em 1995 • Evitadas 47 000 internações hospitalares • Queda de 61% nos casos de pneumonia e 69% de meningite
Fonte: Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde

Esses dados são referenciados como sendo “dados animadores” obtidos após a introdução dos coquetéis. Para um melhor esclarecimento acerca da Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV – 1999, recorremos ao consenso de AIDS publicado em julho de 1999 pelo Ministério da Saúde. Este consenso foi elaborado por 23 especialistas de várias regiões do país, com o objetivo de sugerir condutas que facilitem a prática diária do uso de anti-retrovirais.⁵⁷

De acordo com as colocações de um informante do HC, ele relata:

⁵⁶ Informações extraídas da Revista Veja, em 27 de outubro de 1999.

“Eu vejo assim, existe uma tendência, a AIDS teve duas histórias, uma história importante, bem recente que é a história do advento do coquetel. A AIDS antes do coquetel e depois do coquetel. Mudou bastante, reduziu mortalidade, reduziu a internação, reduziu a complicação, mas só que tem uma coisa, ela tende a se expandir, e aí até quando o governo federal, já que ele fez uma opção por uma intervenção cara (isto é, ao invés de investir na prevenção, preferiu investir na terapia medicamentosa e a respectiva adesão do paciente). Então, até quando o governo federal vai segurar isso aí, porque ela está se expandindo, porque ela está atingindo as populações pobres”.

Durante esse desabafo, ele se pergunta: *“Até quando podemos contar com a manutenção e conseqüente distribuição dos medicamentos?”*

Junto ao novo consenso de AIDS apresentado pelo Ministério da Saúde, no que faz referência a indicação da Terapia Anti-Retroviral, o Drº Marco Antônio de Ávila Vitória, Infectologista, Assessor Técnico da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, se põe frente ao título: **“Governo incentiva estratégias para aumentar adesão”**, afirmando que *“A decisão tem de ser calcada em aspectos técnicos-científicos, dirigidas pelo médico, mas deve ser levada em conta a posição do paciente”*. Isso nos confirma o relato do nosso informante quanto à prioridade do governo em trabalhar voltado a medicalização, deixando a desejar os aspectos preventivos (informação, educação) que seriam imprescindíveis ao momento histórico que vivemos, em que a AIDS prolifera uma representação sustentada no temor da morte que deixa de ser ‘apenas’ biológica para tornar-se uma morte social (como exposto por um informante ⁵⁸).

E quanto ao governo, ele continua a investir nesse tipo de tratamento, por verificar que segundo estimativas do Ministério da Saúde, o Brasil possui um índice de adesão ao tratamento anti-retroviral entre 60% e 70%. Sabemos que apesar desses dados representarem um patamar semelhante

⁵⁷ Ver, caso interesse, os tipos de drogas utilizadas nos tratamentos chamados Terapia dupla ou tripla, a Revista AIDS – Novos Horizontes, uma publicação patrocinada pela Merck Sharp & Dohme. E-mail: officed@uol.com.br

ao comprovado em países do Primeiro Mundo, esse índice ainda encontra-se longe de ser considerado ideal para minimizar o desenvolvimento da resistência do HIV aos anti-retrovirais. Já que atualmente, considera-se como patamar adequado de adesão acima de 95% das doses tomadas corretamente. Neste sentido, o governo vem realizando ações para o estímulo e adesão à terapia anti-retroviral combinada, promovendo uma melhor capacitação das equipes de saúde que atuam com os pacientes de HIV/AIDS.

Quando perguntado se os remédios estão chegando à instituição, o mesmo nos diz:

“Estão sim, por enquanto estão chegando, mas é aquela coisa, o programa de AIDS (pensa)... O que é que está acontecendo? Hoje o programa de controle da AIDS se restringiu apenas ao tratamento. Eu vejo muito assim, a influência da indústria farmacêutica, a pressão da indústria farmacêutica, o ‘lobby’ da indústria, porque outras coisas você não vê. (...) É pela questão opção, a opção política que se fez”.

Ao ser perguntado se a medicina se prende a questão ‘medicamento’ para lidar com o paciente com AIDS, ele continua sua explanação: *“A medicina de uma maneira geral fez, aqui no Brasil, a opção pela medicina curativa, é o modelo que agente chama de hospitalocêntrico, tudo gira em torno dos hospitais. Os programas, por exemplo, os especialistas tem críticas a fazer, principalmente aqueles que discutem mais a questão da medicina social, eles fazem a crítica de que esses programas são limitados. Eles começaram desde a época da Fundação Rockfeller, quando ela veio para cá, e mais ou menos depois ficou a Fundação SESC. E fazia relativamente bem o controle da Esquistosomose, da Malária, da Leishmaniose, da Febre Amarela, do Aedes Egypty, houveram muitas críticas, mas que funcionaram, até um certo ponto, depois que houve o desmonte disso aí, ... Depois da AIDS parece que esqueceram que existem outras doenças. Ela fica como se fosse um ‘boi de piranha’. A AIDS está aí, a gente tá garantindo o coquetel, e parece que o resto das coisas não*

⁵⁸ Esta informação consta no capítulo 1, 1.3. Descobrindo a Representação Social no Âmbito do Objeto de Estudo, pg.46.

existem. Por exemplo, a tuberculose. Sempre costumo dizer: a AIDS é uma coisa importante, uma doença que está aí, que está incomodando, etc. Mas também tem a tuberculose, que mata no mundo inteiro 3 milhões de pessoas, 3 milhões de pessoas por ano, o sarampo mata 2 milhões de pessoas, a malária mata 3 milhões de pessoas por ano, de 1 milhão e meio a 3 milhões principalmente crianças da África. E por aí vai. Então se juntarmos isso é muita gente que morre. Mas agora, por que não existe essa preocupação? Porque a AIDS... ela rompeu a barreira social, ela não só atinge o pobre, mas também o cara de classe média, o rico, etc.

O que está acontecendo com a AIDS é o que a gente chama.... é a AIDS na mulher, na criança, e a interiorização da doença e a proletarização, ela é uma doença de grandes centros urbanos, você vai a qualquer interior desses e a doença está lá. Nesses interiores não existiram trabalhos de prevenção e provavelmente não vão existir, porque por esse modelo que está aí, o programa de AIDS ficou restrito só a distribuição da medicação, o tratamento de pacientes doentes, mas um programa mesmo de prevenção e etc. De educação acessível as pessoas, principalmente as das populações mais pobres não existe. Você vê algumas campanhas esporádicas, em épocas de festas, como o carnaval, aí vê aquelas coisas bem tronchas, que é aquela coisa do 'peru'⁵⁹.

Tem que se trabalhar a educação sexual aberta sem preconceito, sem mistificar, estigmatizar. Tem que ser feito um trabalho direcionado ao chamado sexo seguro, para a população usar a camisinha, mas sabemos que não há interesse em um trabalho de massificação à utilização da camisinha”.

Após a obtenção dessas informações, apresentamos a tabela a seguir para ilustrar os casos de AIDS no mundo, segundo relatório publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1999.

Tabela 2: Casos de HIV/AIDS no Mundo em 1999

Local	Total de casos	Novos casos no ano
África sub-saariana	23,3 milhões	3,8 milhões
Norte da África e Oriente Médio	220 mil	19 mil
Sul e Sudeste da Ásia	6 milhões	1,3 milhão
Ásia Oriental e Pacífico	530 mil	120 mil
Europa Oriental e Ásia Central	360 mil	95 mil
Europa Ocidental	520 mil	30 mil
América do Norte	920 mil	44 mil
América Latina	1,3 milhão	150 mil
Austrália e Nova Zelândia	12 mil	500
Caribe	360 mil	57 mil

Após transcorrermos acerca da realidade a qual se insere a doença AIDS em âmbito mundial, centralizaremos a AIDS no Brasil.

Uma observação que pode ser feita sobre a evolução da epidemia no Brasil, desde a identificação dos primeiros casos, refere-se a distribuição geográfica dos mesmos. Embora a incidência em termos absolutos, em especial a incidência acumulada, ainda mostre uma importante concentração nas duas maiores cidades brasileiras, isto é, São Paulo e Rio de Janeiro, a incidência proporcional (com relação ao número de habitantes) traz algumas surpresas (Boletim Epidemiológico, tabela XXI). Das dez cidades com maiores incidências no país, apenas uma delas é capital de Estado (Florianópolis, em 4º lugar); São Paulo está em 18º lugar nesta lista e o Rio de Janeiro em 25º.⁶⁰

A tabela a seguir esclarece as informações acima comentadas:

⁵⁹ O termo 'peru' empregado faz referência ao pênis.

⁶⁰ Informações colhidas do artigo: Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos Antropológicos e Sociológicos – Richard Parker & Kenneth Rochel de Camargo Jr. In: Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens. 1999 – 1ª edição – Ministério da Saúde.

Tabela 3: Incidência de casos de AIDS por 100.000 hab., cidades com os dez maiores coeficientes de incidência. Brasil, 1999

CIDADE	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA
Itajaí (SC)	854,8
Balneário de Camboriú (SC)	721,4
São José do Rio Preto (SP)	665,3
Florianópolis (SC)	651,9
Santos (SP)	636,3
Ribeirão Preto (SP)	626,6
Bebedouro (SP)	579,8
Barretos (SP)	526,8
Catanduva (SP)	474,7
BRASIL	218,0

Fonte: Boletim Epidemiológico — CN/DST AIDS, Ano XII Nº 2

Nas questões relativas a representação que cerca a AIDS, sua caracterização primeira enquanto doença contagiosa, incurável, mortal e ligada principalmente à homossexualidade, fez associar à doença diversos estigmas e preconceitos provenientes das nossas posições diante a morte, a contaminação, a sexualidade. Muitos desses estigmas haviam sido socialmente vividos em face a outras enfermidades, como a hanseníase (lepra), a tuberculose, a sífilis, o câncer. Na AIDS, porém, houve uma precipitação em todos os estigmas que a envolveram. E, em concomitância, o grande aparato da mídia que envolveu a sua divulgação tornou-a uma questão pública e impossível de negar.

Várias pesquisas elaboradas ao longo destes anos têm unanimemente mostrado que as pessoas sabem que a AIDS existe, e têm sobre ela uma opinião, coincidente ou não com o que diz a ciência, os governos ou os ativistas.

3.5 - A Representação da AIDS

Segundo Parker (1994), “o papel das representações no trajeto da epidemia no Brasil é tanto mais importante quanto a AIDS apareceu primeiro como um fenômeno da mídia, e só depois tornou

uma evidência médica. Antes mesmo de o ser, o doente-padrão já estava definido; coincidentemente, o primeiro óbito publicamente identificado correspondia ao modelo “midiático”: homossexual, glamoroso, afortunado, badalado e viajado – estamos nos referindo ao costureiro Markito, nascido em Uberaba (MG), mas radicado e projetado socialmente em São Paulo, considerado o primeiro caso de AIDS no país. Essa representação persistiu apesar das evidências contrárias que surgiram de acordo com o tempo. Hoje assiste-se à pauperização da epidemia, e aventa-se que sempre tenha estado distribuída pelos vários segmentos sociais e de renda;⁶¹ 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. Na imprensa, na opinião pública, nessa área fugaz do imaginário coletivo que se vai transformando e recompondo, aproximando e desfazendo das representações que a ciência dá a público, constantemente se mantiveram três temas associados à AIDS: morte, sexo e medo do contágio”. (pg.31-32)

O enfoque dado por Richard Parker configura a representação da AIDS, que ainda nos dias atuais, ano 2000, prevalece no senso comum que envolve toda uma população (pacientes, familiares, profissionais de saúde), apesar do novo consenso da AIDS⁶², da adesão aos coquetéis. Esta pesquisa centra-se na representação social do suposto “poder médico” mediante a todo o estigma a qual a AIDS está inserida.

⁶¹ A menor visibilidade das classes populares, bem como a sua associação crônica a um vasto e por vezes indiferenciado leque de problemas de saúde, terá deixado maior destaque para a faixa de homossexuais de classe média nos primeiros tempos da AIDS, a ponto de se ter reificado o vínculo AIDS/homossexualidade. Tal efeito não é exclusivo do Brasil. Sabe-se hoje que o HIV já estava se disseminando na África nos anos setenta, sem que, por entre as múltiplas causas de morte e infecção, se vislumbrasse a presença de uma nova epidemia neste continente. A visibilidade da AIDS entre homossexuais da classe média teve alguns efeitos positivos no que toca às ações comunitárias; se a AIDS não tivesse sido identificada entre os *gays* norte-americanos e rapidamente enfrentada por diversas organizações e pela medicina. Ter-se-ia atrasado a identificação da epidemia mundial em uns cinco anos (J. Mann, palestra à conferência internacional de AIDS, 1992), com resultados mais catastróficos ainda do que aqueles que conhecemos.

3.6 - Ética e AIDS

Esse ponto merece uma atenção especial, pois *“como nada é a priori a não ser em circunstância, o que fica valendo é a prática contínua de julgar e ajustar nossos julgamentos, graças ao aperfeiçoamento das nossas virtudes e de nossas opiniões, que se hustram conforme relativizamos e ampliamos nossas perspectivas”*.⁶³

Dentro desta perspectiva entraremos no âmbito da Bioética⁶⁴, disciplina que surgiu em função da necessidade de se discutir moralmente os efeitos provenientes do avanço tecnológico das ciências da área da saúde, como também aspectos tradicionais da relação de profissionais desta área e pacientes.

Não podemos deixar de perceber que junto a descoberta da AIDS, vieram uma série de fatos morais novos, decorrentes de suas características epidemiológicas, clínicas e sociais. Sendo assim, como relata Morando (1998): *“O exercício da ética e da cidadania só se realizaria, contudo, com o exercício de uma outra prática: a política. Na década de 80 ouvia-se falar nessas duas palavras ética e cidadania. Nas décadas de 80 e 90 se exercia a prática do diálogo, da negociação e da busca do equilíbrio entre as partes, do contrário da década anterior política, ética e cidadania constituíram as bases da convivência social democrática”* (p.11).

Inicialmente relataremos as deficiências da legislação brasileira, partindo do ponto de que as questões de saúde pública representam um direito inerente à cidadania e uma irrecusável e fundamental obrigação do Estado, cabe, através de uma estratégia bem articulada junto ao SUS, uma atenção desdobrada à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da AIDS.

⁶³ GIONOTTI, José A. Moralidade pública e moralidade privada. In: NOVAES, Adauto (Org.). Ética. São Paulo: Companhia das Letras/ Secretaria Municipal de Cultura, 1992, p. 245.

⁶⁴ A Bioética é um ramo da filosofia, mais especificamente da ética aplicada, e pode ser definida como “o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo uma visão moral, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e cuidados da saúde, empregando uma variedade de metodologias éticas em um ambiente multidisciplinar”.

Atualmente, em muitos países foram criadas normas específicas que regulam os direitos dos pacientes portadores do vírus HIV, que vão desde a proibição da rejeição de crianças sorologicamente positivas em escolas e creches, até a censura aos pedidos de testes para o HIV de pacientes em internamentos hospitalares.

Levanta-se na legislação em vigor, que fique bem claro, o direito que tem o paciente HIV positivo da manutenção do sigilo médico (sendo este um importante dispositivo para fortificar ainda mais a relação médico-paciente HIV/AIDS), do respeito a sua privacidade, o impedimento de demissão sem justa causa do seu trabalho, a proibição da divulgação do seu nome ou de seus parentes em listas de resultados de exames e o direito de ter solicitado seus exames complementares quando pedidos pelos seus médicos assistentes.

Seria importante um espaço gratuito na mídia, nos meios de comunicação, para propagação desses direitos (interesses) do cidadão portador do vírus HIV/AIDS. Isto representa falar das garantias que cercam todos os direitos trabalhistas, previdenciários e administrativos, além de assistência jurídica gratuita, acesso fácil e sem ônus ao tratamento dos hemofílicos como forma de prevenção à AIDS, direito de receber visitas no hospital, de atendimento médico de urgência e de intercorrências clínicas e o de ter seu corpo velado em locais e condições respeitadas, de acordo com a reverência que se deve à dignidade humana.

Genival Veloso de França⁶⁵ diz que *“qualquer que seja o andamento da discussão que favorece a esterilização humana, como forma de inserção numa política de planejamento demográfico, não existe nenhuma justificativa de ordem ética ou legal, capaz de legitimar essa prática em pessoas portadoras de sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), porque qualquer forma de insinuação eugênica traz sempre o ranço do constrangimento e as marcas da repugnância”*.

Segue sua indignação: *“Mais grave do que esterilizar um homem ou uma mulher, hígido (são) e capaz, é invadir a intimidade de um ser humano, aviltando-o na sua dignidade e mutilando-o nas suas funções, unicamente com o sentido de privar a sociedade da responsabilidade, da vigilância e dos cuidados, pelo fato de ser portador - mais de um estigma do que de uma doença, deixando bem claro o indisfarçado preconceito contra esses indivíduos, expostos quase sempre às crueldades de uma sociedade hipócrita e egoísta”*.

É politicamente correto afirmar que atualmente, em toda a parte, os portadores de AIDS enfrentam situações constrangedoras. Sofrem o horror de uma doença que os estigmatiza no convívio social (ou seria na separação social?) e os avilta na luta pelos meios de sobrevivência. São claramente denominados como marginais do desprezo e do abandono. Negam-lhes afeto, a estima, a solidariedade,... o direito de morrer dignamente. Isso é a política democrática que acreditamos possuir em nosso país? Lembrando o que nosso informante do HC falava: *“...ser imparcial diante a representação que assume a AIDS em nosso meio social é o mesmo que jogar sem piedade alguma, ou melhor, sem humanidade alguma, uma ‘bomba’ no que conseguimos fazer até agora. Só porque não é mais interesse da política vigente tratar dos ‘pobres’⁶⁶ acometidos pela AIDS”*.

Partindo do princípio de que as questões de saúde pública representam um direito inerente à cidadania uma irrecusável e fundamental obrigação do Estado, cabe, através de uma estratégia bem articulada junto ao Sistema Único de Saúde, uma atenção desdobrada à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da AIDS, assim como uma abordagem mais séria em favor dos infectados pelo HIV.

⁶⁵ Dados obtidos em 22/03/00, no site: <http://www.opcnline.com.br/~gvfranca/aids.htm>.

⁶⁶ O vocábulo ‘Pobre’ utilizado em seu sentido original, isto é, aquele que não tem o necessário à vida.

3.6.1 - O sigilo como instrumento social

Sabe-se que o segredo médico é um direito do paciente, como forma definitiva de conquista da cidadania e somente a ele cabe abrir mão desse privilégio. A não ser nas duas outras situações que o Código de Ética Médica desobriga: por justa causa ou por dever legal. O paciente infectado pelo HIV não foge a essa regra.

Se os portadores de HIV confiarem na preservação do sigilo das informações prestadas às equipes multiprofissionais que cuidam desses casos, e que somente na condição de doentes de AIDS haveria comunicação aos setores sanitários responsáveis, além da certeza do respeito a sua privacidade, estaria resolvida, em parte, a questão dos exames periódicos voluntários, contribuindo de forma significativa para o controle e a avaliação do quadro epidemiológico.

3.6.2 - A postura do médico ante os doentes e infectados pelo HIV

Nenhum médico pode recusar o atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana, pois essa assistência representa um imperativo moral da profissão médica. Assim se reporta em tom dogmático a Resolução CFM nº 1.35, de 11 de novembro de 1992.

Levando em conta que a medicina é uma profissão voltada para a saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem nenhuma forma de discriminação; que a AIDS continua avançando e mudando seu perfil epidemiológico quando agride os diferentes grupos populacionais; e que o impacto da doença é medonho e limita o paciente, vulnerando-o física, moral, social e psicologicamente, tem-se de admitir que a obrigatoriedade do atendimento há de ser extensiva a todas as instituições de saúde, sejam elas públicas, privadas ou ditas filantrópicas.

É preciso também que esse atendimento seja integral e compatível com as normas de biosegurança recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, e, por isso, não se pode aventar qualquer forma de desconhecimento ou falta de condições técnicas para recusar

assistência. Essas instituições devem também propiciar a todos os profissionais de saúde condições dignas para o exercício da profissão, inclusive os recursos para a proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis. A garantia dessas condições de atendimento é de responsabilidade do Diretor Técnico de cada estabelecimento de saúde.

No próximo capítulo contextualizaremos o hospital enquanto espaço da doença, do homem doente em busca da cura, do saber médico e sua integração com a equipe de saúde.

CAPÍTULO IV

APRESENTANDO O HOSPITAL: ESPAÇO DA DOENÇA, DO HOMEM DOENTE E DO PROFISSIONAL QUE TRATA DA DOENÇA E DO DOENTE.



“A personalidade humana é uma coisa sagrada; ninguém pode violá-la ou infringir seus limites, embora, ao mesmo tempo, o maior bem consista na comunicação com os outros”.

Émile Durkheim, *Sociology and philosophy*, traduzido por D. F. Pocock (Londres: Cohen & West, 1953, p.37)

Mediante observação da prática médica hospitalar, assim como dos demais profissionais de saúde e do comportamento dos pacientes internos, desenvolveremos este capítulo transcorrendo acerca das concepções de poder correlacionadas ao surgimento do hospital, sendo este reconhecido enquanto sede do poder e dos exercícios médicos.

Nossas explanações aqui registradas, versam acerca da obra literária de Michel Foucault, mas precisamente, *Microfísica do Poder*, (1988).

4.1 - A Instituição: Hospital

A instituição hospitalar, representada pelo poder médico, estrutura as relações entre médicos e pacientes em relações sociais de subordinação, através das regulamentações de suas práticas e de seus discursos, o discurso institucional, garantindo com isso o exercício de suas funções e assegurando as relações institucionais de poder: poder de imposição de uma visão de mundo, baseadas na pose de um capital simbólico de que possuem os médicos (Bourdieu, 1990), em detrimento a inexistência de um

contra-discurso suficientemente eficaz por parte dos pacientes para se contrapor ao existente, neste campo legitimamente diferenciado e dotado de valores simbólicos do qual desconhece.

O “*poder*” aqui destacado, refere-se ao exercício do saber como exercício do poder, poder em nomear, classificar, enquadrar, prescrever, e punir; e a partir deste, proporcionam uma relação terapêutica fundada na hierarquia que pressupõe desigualdade.

A noção de “*instituição total*” proposta por Goffman (1992) fornece uma leitura importante acerca de dois universos distintos: de médicos e pacientes, vividos em um mesmo espaço físico, o hospital, marcados por uma situação desigual refletida e justificada em sua funcionalidade social. Com relação à dramaturgia social de Goffman (1985), a noção de papéis e atores sociais, é utilizado com o objetivo de permitir uma compreensão acerca da mobilidade destes no ambiente hospitalar, cenário de representação de papéis e espaço de luta pelo reconhecimento e legitimação de saberes e práticas.

Sobre o desenvolvimento de relações sociais e práticas institucionalizadas a nível hospitalar, notadamente no que se refere à instituição hospitalar universitária brasileira, Luz (1986) fornece uma compreensão acerca deste espaço como cenário marcadamente hierarquizado, cuja formação, controle e repressão constituem a cotidianidade no exercício de funções que não se circunscrevem a ação medicalizadora, mas a extrapolam, constituindo-se espaço para o exercício do poder e de um saber que se sobrepõe aos demais.

Neste sentido, garante o exercício profissional através da intervenção sobre *o outro* que sofre (*o paciente*). Não estamos com isso desmerecendo a dor que acompanha essa construção profissional.

O paciente de um lado utiliza-se de gestos, mímicas faciais, do choro, da palavra falada e/ou do silêncio ou ainda da adoção de outras posturas, enfim, através da utilização de uma linguagem simbólica, da qual a expressão como um todo faz parte. Do outro lado está o médico, objeto

focalizado neste estudo, utilizando-se de simbolismos próprios para executar seu profissionalismo sem (pelo menos não aparentemente) mobilizar seus sentimentos diante uma situação de dor.

Lembramo-nos da fala de um dos nossos informantes do HCP: *“O médico é ensinado a não sofrer, ou pelo menos a controlar suas emoções, suas lágrimas”*.

Essa expressividade à dor, do qual Fabrega e Tyma (apud Helman, 1994, p.166) denominam *“comportamento de dor”*, se refere às mudanças de expressão facial e modificações comportamentais, que se associam a essa quando de sua ocasião, evidenciadas a partir de uma linguagem própria, de acordo com as condições sociais, culturais e psicológicas do qual se origina.

A indicação da dor ou desse mal-estar, se reveste dessa linguagem da qual seus membros específicos identificam e reconhecem (Helman, 1994, p.170), essencial para a busca de auxílio, e da qual faz parte.

O reconhecimento da doença parte de duas perspectivas distintas: por um lado, se alia às categorias de apreensão desta a partir de sua associação às queixas apresentadas, pelos pacientes; por outro, se distancia da realidade mais imediata dos pacientes, na medida em que se privilegia o conhecimento científico sobre o corpo, dissociado da correspondente representação popular acerca desse e de suas manifestações, proporcionando o que Cassell (apud Helman, 1994,p.104) denomina por *‘doença’* e *‘enfermidade’*.

Nesta perspectiva essa denominação se insere à cotidianidade hospitalar, na medida em que esta se pauta na legitimidade do discurso dominante e das práticas instituídas, no intuito de garanti-la, afastando-se do conhecimento popular sobre o corpo e suas sensações. Com isso se possibilita o poder do discurso médico em detrimento ao saber popular, conforme proposto por Kleinman (apud Helman,1994, p.108):

“O poder atribuído aos médicos em virtude de seu background e sua formação profissional pode dar-lhes o direito de moldar os ME (Modelo Explicativo) do paciente de modo que se adapte ao

modelo médico das enfermidades (diseases) ao nível de permitir que o paciente expresse sua própria perspectiva da doença (illness) emergente.”

Em Laplantine (1991)⁶⁷, encontra-se que a *Disease* é a doença apreendida pelo médico, isto é, como o médico pensa e age em relação a doença. O *Illness* é a doença vivenciada pelo paciente, sua mudança no estado social, suas expectativas e cobranças. Para completar, têm-se o *Sickness* que é o processo de socialização entre o *Disease* e o *Illness*, ou melhor, é o fenômeno que ocorre na sociedade.

Nesse espaço, do qual a perspectiva de doença pelos pacientes se faz compreender a partir de uma outra lógica, a expressividade resulta de um condicionamento vinculado à convenções sociais pré-estabelecidas (Marinho, 1994, p. 11), não se apresentando livre à arbitrariedade individual, do qual Breton (1991, p. 107) finaliza se referindo a essa como: “(...) *uma realidade largamente convencional, mesmo se cada um a exprime a seu modo*”. Assim, o apagamento da expressividade a que o autor acima se refere, resulta de uma resposta convencionalizada ao meio, da qual participam e não podem evadir.

Essa resposta convencionalizada à dor, do qual Mauss (1979, p. 148) faz referência em seus estudos sobre as relações entre o ritual oral dos cultos funerários australianos e a expressão dos sentimentos, revela a vivência pública de que se cerca e desta não parecer experienciada de modo individual, este autor ressalta o seguinte: “*Os ritos mais simples (...) não tem um caráter tão público e social, mas falta-lhes no mais alto grau, qualquer caráter de expressão individual de um sentimento experimentado de modo puramente individual*”.

No meio hospitalar, diferentemente constituído daquele estudado por Mauss, as sensações de dor de que se cerca o paciente são vividas individualmente e a sua comunicação, dotado de uma

⁶⁷ IN: Antropologia da Doença.

simbólica, revela um sofrimento que se faz reconhecer e tratar, mesmo que sob diferentes perspectivas.

Um informante comenta: *"A dor maior que nos acompanha (entre os médicos infectologistas) é a da impotência diante a AIDS. Não há cura... ainda não existe a cura. A dor do paciente é para com seus sentimentos de culpa, de negação da doença"*.

Sobre esse aspecto a expressividade à dor se diversifica entre os povos, segundo estudos sobre a fisiologia da dor (Guyton, 1977, p. 585-8), especialmente quanto à resposta frente a diferentes intensidades de estímulos nociceptivos e parece se explicar através de um processo de aprendizagem iniciado na infância, em diferentes grupos sociais, o que justifica a diversidade de respostas frente ao mesmo estímulo.

Nesse sentido, Breton (1991) e Wolff e Langley (1977), se referem às diferentes respostas à dor como resultantes de uma condição social, cultural, psicológica e biológica, interrelacionadas, das quais o sujeito apreende durante o seu desenvolvimento, e participa sem que para tal tenha um nível de consciência prévio.

A partir desse enfoque, torna-se possível a compreensão acerca das diferentes formas de expressão à dor encontradas no estudo de Zborowski, do qual Wolff e Langley (1977, p. 318) relatam. Segundo as autoras, para que se proceda a compreensão da dor, se faz necessário que sobre essa se inclua a emoção, a cognição e os aspectos psicossociais e culturais que constituem o sujeito social e o meio do qual procedem, na tentativa de favorecer *"um nexó entre a desordem psicológica e várias formas de separação e desintegração sociocultural"*, do qual nos fala Bakan (1979, p. 18), proporcionando uma adequação do tratamento e valorização das queixas dos pacientes.

Mediante essa inter-relação entre os diferentes aspectos constituintes da condição do sujeito, é possível apreender abrangência proporcionada pelos curandeiros populares de Zinacantan (México). Segundo Helman (1994, p. 77), os *h'ílol*, como são conhecidos, articulam e ressaltam os valores

culturais da comunidade em que vive, proporcionando a essas elevadas vantagens em relação à medicina.

Loyola (1984), se refere à eficácia terapêutica oriunda dos curandeiros populares sobre sua clientela, para evidenciar com isso o quanto a proximidade entre estes e seus clientes favorecem a compreensão de seu processo de adoecimento e de cura. A apresentação da doença se realça – ou seja, se expressa – mediante esta proximidade, favorecendo a leitura e compreensão deste de uma forma mais ampla e contextualizada, em contraposição ao que se estabelece no ambiente hospitalar.

No hospital, sua contemporaneidade foi marcada pelo disciplinamento de seus espaços e pelo controle sobre o corpo do paciente (Foucault, 1979), de forma a cumprir uma função de dominação eminentemente hegemônica (Nunes, 1989, p.61). Breton (1991, p.104) se refere a esse controle, quando ressalta a necessidade do homem moderno silenciar suas emoções, especialmente quando se refere àquelas as quais Rodrigues (1975, p.121) denominou de *“expressões emocionais que a coletividade tem por inaceitáveis”*.

A intervenção sobre essas, através das *“próteses farmacológicas”*, das quais Breton faz referência (1991, p.104), introduz o uso de medicamentos para interditar a dor, como forma de controlar o corpo e suas sensações, suprimindo desses pacientes a sinalização proporcionada pelo estímulo doloroso, essencial à identificação da doença, da avaliação física e de seu tratamento.

No hospital, o controle sobre o corpo ou a interdição de sua expressividade tem por finalidade afastar a ameaça de finitude humana, da morte, àqueles que cuidam e àqueles que são cuidados, afastando desses as sensações desagradáveis e vexatórias proporcionadas pela dor. Para os profissionais, no entanto, o apagamento da expressividade à dor resultante das práticas controladoras, tem por finalidade, também, assegurar o exercício profissional com um mínimo de sofrimento, proporcionado pelo contato diário e contínuo com situações dessa natureza, facilitando assim a difícil e árdua tarefa de lidar com a dor e sofrimento alheios (Pitta, 1990, p.37).

Os mecanismos utilizados pelos médicos para a consecução desse controle se exprime, em sua cotidianidade, a partir de um modelo de assistência e de relações sociais baseados na hierarquia, na posse de capitais simbólicos, na diferença de classe e na imposição de disciplina e normas, a serem seguidas sob o rigor esquadrinhador da instituição hospitalar.

Assim, o hospital se apresenta como sede do poder e exercício médicos, e o paciente como o seu objeto de estudo e intervenção, apesar desse se insurgir, em algumas situações, frente às demandas que se apresentam em seu estar institucional.

Para que esse espaço se constitua dessa forma, a figura ‘paradigmática’ (Antunes, 1991, p.163) de paciente, “*sofredor resignado, manso, vítima (...)*”, se institui como tal para servir de elemento essencial ao modelo de atenção médica proposto.

Essa condição histórica, se alia à situação de desfavorecimento proporcionado pela ausência de conhecimento das pessoas para com o seu corpo e suas sensações (explorado pelo médico como sintomas), pela transferência de cuidados e submissão às intervenções médicas, pela ausência de informações e esclarecimentos acerca de sua doença por parte da equipe, que poderia ser feita através de uma linguagem simples, acessível, pela obrigatoriedade ao cumprimento das normas e de certos rituais (a que estão sujeitos no momento das consultas e durante o internamento), pelo despojamento transitório de seus bens e de sua apresentação pessoal, finalizando com a aquisição temporária de outra identidade, substituída por outras designações, nem sempre condizentes a sua condição de sujeito social, proporcionando o que Goffman (1992, p.27-28) denomina de “*uma grande mutilação do eu*”.

Ainda utilizando às contribuições de Goffman (1985), ele argumenta: “*a noção geral de que fazemos uma representação de nós mesmos para os outros não é nenhuma novidade. O que deveria ser acentuado, para concluir, é que a própria estrutura do “eu” pode ser considerada segundo o*

modo como nos arranjamos para executar estas representações na nossa sociedade anglo-americana". (p. 230)

O “*eu*”, portanto, como um personagem representado, não é uma coisa orgânica, que tem uma localização definida, cujo destino fundamental é nascer, crescer e morrer; é um efeito dramático, que surge difusamente de uma cena apresentada, e a questão característica, o interesse primordial, está em saber se será acreditado ou desacreditado. (p.231)

Ao analisar o “*eu*”, então, somos arrastados para longe de seu possuidor, da pessoa que lucrará ou perderá mais em tê-lo, pois ele e seu corpo simplesmente fornecem o cabide no qual algo de uma construção colaborativa será pendurado por algum tempo. E os meios para produzir e manter os “*eus*” não residem no cabide. Na verdade, freqüentemente estes meios estão aferrolhados nos estabelecimentos sociais. Haverá uma região de fundo com suas ferramentas para dar forma ao corpo e uma região de fachada com seus apoios fixos. Haverá uma equipe de pessoas cuja atividade no palco junto com os suportes disponíveis construirá a cena da qual emergirá o “*eu*” do personagem representado, e outra equipe, a platéia, cuja atividade interpretativa será necessária para esse surgimento. O “*eu*” é um produto de todos esses arranjos e em todas as suas partes traz as marcas dessa gênese. (p.232).

O mecanismo completo da produção do “*eu*” é lento, sem dúvida, e às vezes se rompe expondo seus diversos componentes: o controle da região dos fundos; a convivência da equipe; o tato da platéia; e assim por diante. Mas, sendo bem lubrificado, as impressões fluirão dele com bastante rapidez para nos colocar no domínio de um dos nossos tipos de realidade. A representação se realizará e o firme “*eu*” conferido a cada personagem representado parecerá emanar intrinsecamente de seu ator. (p.232).

Essa condição histórica do paciente enquanto vítima da doença, assim como vítima da instituição e muitas vezes do profissional responsável pelo seu caso, vem no decorrer da “história da

AIDS” passando por uma reformulação conceitual. Segundo Rosana Lucena, educadora engajada ao SOS Corpo, no trabalho de prevenção a AIDS junto ao grupo de mulheres de duas comunidades de Casa Amarela⁶⁸, ela relata que *“A AIDS traz o discurso médico para o leigo”*. Complementa esse fato direcionando ao ativismo, acreditando que este foi fundamental, principalmente para os homossexuais, como eles foram os primeiros a sentir o impacto do preconceito e da rejeição, eles foram também os primeiros a se organizar, inicialmente em “grupos de ajuda” formado por pessoas que não sabiam muito bem o que estava acontecendo. Posteriormente se agruparam em organizações não governamentais e foram as primeiras a pegar para si o discurso dessa nova doença.

Naquele momento nem os cientistas, nem os médicos sabiam exatamente o que era aquilo, então as pessoas que foram diretamente atingidas, tiveram oportunidade de acompanhar os avanços de pesquisas e se apropriarem desse conhecimento. Dessa forma tira-se o poder do corpo médico, do corpo científico, e pessoas leigas, isto é, pessoas não engajadas a área da saúde, se reúnem para discutir tudo o que surge em termos de terapia. Essas pessoas tem como fato em comum a soropositividade e também são consideradas, neste momento, detentoras do poder sobre o seu corpo, sobre sua doença.

Rosana segue informando: *“Isso é fantástico, porque você sai do campo médico, você tira esse conhecimento do campo médico e aí você dar o direito as pessoas de ter acesso a sua ficha médica, pois todo paciente tem o direito de ter informações sobre cada conduta médica, e ele participa de seu tratamento”*.

Observa-se que a AIDS muda essa “relação de força” muitas vezes existente na relação médico-paciente. E caso o médico que esteja acompanhando o paciente HIV/AIDS não tenha

⁶⁸ Casa Amarela é um dos bairros mais populosos do Recife que concentra um grande número de pessoas de baixa renda econômica.

especialidade em infectologia, ocorre algumas vezes dos pacientes obterem informações sobre a epidemia mais atualizadas do que o referido médico.

Vale ressaltar, que o Brasil é um país modelo no atendimento as pessoas soropositivas, na questão da medicação e dos exames. Mas, isso não é mérito do governo, foi a sociedade civil que entrou com força para monitorar, para cobrar, para propor uma política que fosse eficiente e que pudesse dar respostas para a epidemia.

Segundo Foucault, a medicina está profundamente enraizada nas estruturas sociais. Contudo, o que desconcertou Foucault, sobre seu trabalho, foi o fato das pessoas não considerarem o que ele dizia. Foucault atribui a não aceitação do seu trabalho a três coisas: a primeira está relacionada aos intelectuais marxistas os quais não consideravam medicina e psiquiatria como causas nobres e sérias e que não estavam a altura das grandes formas do racionalismo clássico; o stalinismo pós- estalinista permitia apenas a abordagem de caminhos já desvelados; para alguns médicos ligados ao partido comunista francês a política psiquiátrica, *“a psiquiatria como política não eram coisas honrosas”*.

Foucault diz também que ciências como a medicina e psiquiatria não obedecem a um esquema de continuidade. Segundo ele, nos anos 25 a 30 as transformações romperam não só com as “verdades”, mas também e mais profundamente com as maneiras de falar e ver e com todo o conjunto das práticas que serviam de suporte a medicina.

Surge então um novo regime no discurso e no saber e isto ocorre em poucos anos. Entretanto não se trata de uma Ode à descontinuidade, mas sim a oportunidade de levantar uma questão: “como é possível que se tenha em certos momentos e certas ordens de saber, estas mudanças bruscas, estas precipitações de evolução, estas transformações que não correspondem à imagem tranqüila e continuísta que normalmente se faz?”. “O que está em questão é o que rege os enunciados e a forma de como eles se regem entre si para constituir o conjunto de proposições aceitáveis cientificamente e,

consequentemente, susceptíveis de serem verificadas ou informadas por procedimentos científicos.” Em suma, problema de regime de política do enunciado científico.

O Conceito de acontecimento, com o surgimento do estruturalismo, tenta ser eliminado, contudo, não é este o objetivo de Foucault, e sim o de distinguir os acontecimentos, diferenciar as redes e os níveis a que pertencem e reconstituir os fios que os ligam e que fazem com que se engendrem, uns a partir dos outros. É preciso compreender que o sujeito deve ser analisado a partir de sua historicidade, isto é o que se pode entender por genealogia, ou seja, *“uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história”*.

A noção de **Ideologia** parece não ser bem empregada por três razões:

1. ideologia implica na oposição de virtual a alguma coisa que seria a verdade;
2. alguma coisa que refere-se a sujeito;
3. enfim, ideologia está sempre em oposição a alguma coisa.

Assim, sua utilização deve ser feita com precauções.

Segundo José Nivaldo Júnior⁶⁹, Ideologia é, antes de tudo, justificação. O homem, animal pensante, não suportaria viver apenas com explicações frias e racionais. Na busca constante de uma razão para existir, o homem inventa permanentemente, fantasia a realidade para tornar menos cruel a sua aceitação. É por isso que o sonho faz parte indissociável do real.

No intuito em investigarmos sobre a escolha profissional (ideologia profissional) dos nossos informantes, chegamos a algumas *“justificativas”* que merecem destaque: *“Escolhi infectologia ainda no sexto ano do curso de medicina. Participei do serviço ainda embrionário no HC, fiz*

⁶⁹ “Maquiavel - O poder e a História e Marketing”. José Nivaldo Junior. 2ª edição Editora Martin Claret Ltda. São Paulo, 1999.

especialização no HUOC e logo após fui convidado para trabalhar aqui no Correia Picanço com AIDS. Trabalhar com a questão do HIV é muito especial porque você cuida do paciente desde a entrega do resultado até infelizmente os últimos dias, você adquire aquele elo de confiança, de amizade com aquela pessoa, você acompanha praticamente do começo ao fim. Tem todos aqueles estágios de alegria e de sofrimento, eu sei que os de sofrimento são mais do que os de alegria. A gente costuma dizer que tem mais espinhos do que flores nessa trilha, nessa caminhada". (Médico Infectologista HPC)⁷⁰

Um enfermeiro do HOC diz: *"Não passei em medicina, aí passei em enfermagem e vi que era o eu queria, pois em enfermagem você está mais perto do paciente. Tem mais contato, dar uma assistência mais integral".*

Os doutorandos quase que por unanimidade dizem que escolheram a medicina por *"paixão a profissão"*.

Dentre os auxiliares de enfermagem, destacamos: *"Minha escolha em ser auxiliar de enfermagem foi a seguinte. Eu precisava trabalhar e queria atuar na área de saúde, junto com o humano. Não tinha dinheiro nem tampouco condições de ficar anos na universidade, assim fiz o curso de auxiliar e logo consegui emprego. Trabalhar no DIP foi surpresa até para mim, pois fui cotada para lá. Lidei com muita discriminação, minha e das pessoas que comigo conviviam. Hoje sei da importância da minha profissão que é a de poder estar perto dos pacientes de AIDS que são abandonados muitas vezes pelos familiares". (HOC)*

4.2 - O nascimento da medicina social

⁷⁰ No anexo 2, página ____ encontram-se outras colocações dos profissionais de nossa amostra relativas a escolha profissional (ideologia.profissional).

Segundo Foucault, *“a medicina moderna é uma medicina social que tem por background uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um dos aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente”*. (p. 79)

Podemos observar isso, no discurso dos médicos infectologistas entrevistados, no que se refere a sua atuação junto a uma população menos favorecida, a qual além de “carregar” o estigma da pobreza, ainda tem que conviver com as “mazelas” (enfermidades) epidêmicas.

Com o capitalismo, séc. XVIII - XIX, deu-se a passagem da medicina individual para a coletiva devido a socialização do corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade começa no corpo, com o corpo. O corpo está como realidade bio-política e a medicina é uma estratégia bio-política. Contudo, o corpo como força de produção só foi visto pela medicina no final do século XIX.

Pode-se dividir em três etapas a formação da medicina social:

1. A medicina de Estado, que se desenvolveu sobretudo na Alemanha, no começo do século XVIII. Nesse momento, surge a noção de ciência do estado que pode agrupar duas coisas que aparecem nesse momento na Alemanha: um conhecimento que tem por objeto o estado como a soma dos recursos naturais de uma sociedade, o estado de uma população e o funcionamento geral de seu aparelho político. Outra razão é o não-desenvolvimento econômico e a estagnação do desenvolvimento econômico na Alemanha, no século XVII, que levou os soberanos a se unirem em um corpo de funcionários disponíveis para os aparelhos do Estado que organizassem, modificassem, em seu proveito a relação com os vizinhos Inglaterra e França. Assim se deu uma cumplicidade entre soberanos e burguesia.

Enquanto em países como França e Inglaterra a preocupação do Estado era aumentar a população, na Alemanha se desenvolveu uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população.

A política médica, que é programada na Alemanha, em meados do séc. XVIII, e que será efetivamente posta em aplicação no final do séc. XVIII e começo do séc. XIX, consiste em:

- a) Observação da morbidade pela contabilidade, feita em todos os hospitais do estado e com os médicos de várias regiões, dos diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos observados.
- b) Deixa-se a cargo dos próprios médicos em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas. A normalização é iniciada com a medicina e o médico. “Antes de se aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico”.
- c) Houve uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos. Este poder fica subordinado a um poder superior, o do Estado que é responsável por “ver como é realizado o esquadramento da população, verificar que tratamentos são dispensados, como se reage ao aparecimento de uma doença epidêmica, etc.

Podemos associar a isso, o engajamento atual de médicos infectologistas, predominantemente mais ligados a saúde pública, numa política médica institucionalizada.

- d) Emerge a criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidades sobre uma região. “*Aparece, neste momento, o médico como administrador de saúde*”. Com todas essas nuances adotadas surge a medicina de estado.
2. O surgimento da medicina social, na França, devido à urbanização. Razões econômicas, políticas, sociais, como por exemplo, a multiplicidade de jurisdição e de poder, o desenvolvimento das cidades com as indústrias, as revoltas urbanas no lugar das camponesas, tudo isso leva o estado francês a tomar medidas de dominação dos fenômenos médicos e políticos que inquietavam a população das cidades.

A primeira medida a ser tomada, parte da burguesia, e é a quarentena. Esse processo pode ser atualmente chamado de “*plano de urgência*” que consiste em:

- a) as pessoas deveriam permanecer em suas casas, isoladas. Ninguém se movimenta.

- b) Divisão da cidade em bairros, com autoridades responsáveis pelo cumprimento da quarentena. Vigilância que esquadrinhava o espaço urbano.
- c) O registro era centralizado, já que os vigias deviam fazer um relatório ao prefeito da cidade.
- d) Todos os habitantes da cidade eram revistados diariamente, para verificar quem estava vivo ou morto, e quem estivesse doente era mandado para uma enfermaria especial fora dos campos da cidade.
- e) Desinfectavam as casas com perfumes queimados.

No momento da lepra, o mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar era mandar o doente para fora, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão (era?), com a peste o mecanismo de exílio é trocado pelo da vigilância, do internamento. Com referencia a AIDS, a exclusão existe, só que não representa uma exclusão física, mas sim uma exclusão social.

Com isso, pode-se perceber que a medicina urbana com métodos de vigilância, de hospitalização, etc., no século XVIII, nada mais é do que um aperfeiçoamento do esquema de quarentena do final da Idade média. A higiene pública é um modelo renovado da quarentena, da qual provém a grande medicina urbana que aparece no final do século XVIII, sobretudo na França. Essa medicina urbana consiste, basicamente, de três grandes objetivos, são eles:

1. A análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano, ou seja, a transferência dos cemitérios e matadouros posteriormente, para a periferia das cidades. Os cemitérios, nesse momento, tornam-se individualizados, isto é, o caixão individual, as sepulturas reservadas para as famílias, etc., mas não por questões religiosas, e sim por razões político-sanitárias;
2. O controle e estabelecimento de uma boa circulação da água e do ar. Com isso, foi proposto a abertura de grandes avenidas no centro das cidades para que o ar pudesse circular mais

livremente, e assim, evitar a propagação de miasmas, etc. Para tal feito foram consultados os médicos e químicos da Academia de Ciências que concordaram em limpar o ar e as águas das cidades;

3. A organização de distribuições e seqüências, ou seja, o controle da água de esgoto e a de beber, pois as principais doenças epidêmicas eram associadas à contaminação da água de beber pelos barco-lavanderia.

Um fator importante que não foi referido até o final do século XVIII, dizia respeito ao conflito da medicina e os outros tipos de poder: a propriedade privada. Essa não admitia o controle do seu solo (subsolo) pelas autoridades públicas, ou seja, o caráter sagrado da propriedade privada, o qual contribuía para inércia de todas as políticas médicas urbanas com relação à ela. Pode-se perceber que muito do que se observa hoje em termos de saúde pública tem sua raiz na origem da medicina urbana, os entraves burocráticos para uma melhor política de saúde pública consistem no controle dessa política por interesses além (aquém) do público, ou seja, interesses privados, individuais. Um exemplo disso é a tentativa de extinção do DIP, num hospital público, universitário em detrimento da privatização de outros setores do hospital.

A medicalização da cidade, no século XVIII, é importante por várias razões:

- a) A relação entre medicina e ciências extra-médicas devido à urbanização;
- b) A medicina nesse momento é uma medicina de coisas mais que de homens, com isso surge a necessidade de se observar a relação entre organismo e meio;
- c) Surge a noção de salubridade. Salubridade não é sinônimo de saúde, mas um estado de coisas, do meio e seus elementos constitutivos. Correlativamente a ela surge a noção de higiene pública.

Existe muita diferença entre a Medicina urbana e a Medicina de estado Alemã, a primeira tem maior fineza de observação, maior cientificidade e a segunda mais poder.

3. “A terceira direção da medicina social pode ser sucintamente analisada através do exemplo inglês”. (p.93)

A medicina social teve como primeiro objeto o Estado, depois a cidade e por último os pobres. Estes não eram vistos como perigo para a saúde da população. O pobre não foi analisado como os cemitérios, os ossuários, os matadouros, etc. Existiam várias razões para que os pobres não fossem problematizados como fonte de perigo médico, eles conheciam a cidade meticulosamente, entregavam as correspondências, despejavam o lixo, apanhavam móveis velhos, faziam parte da instrumentalização da cidade. Eram bastante úteis para a sociedade, não poderiam ser vistos como perigosos.

Apenas no segundo terço do século XIX é que o pobre aparece como perigo. Por vários motivos:

- a) Razão política. A população pobre tornou-se uma força política capaz de participar de revoltas;
- b) No século XIX, os pobres foram dispensados de seus serviços pelo estabelecimento de um sistema de postal e de carregadores, por exemplo;
- c) Com a cólera de 1832, ficou decidido o estabelecimento de espaços pobres e ricos. E nesse momento o poder político começa a atingir o direito da propriedade e habitação privadas.

Como na Inglaterra o desenvolvimento industrial foi mais rápido e por conseguinte o desenvolvimento do proletariado, é lá que aparece uma nova forma de medicina social.

A *Lei dos pobres* vem caracterizar esse novo momento da medicina inglesa, tornando-a mais “social”. A partir do direito à assistência os pobres deveriam também se submeter a uma assistência controlada, com isso passavam a estar mais aptos para o trabalho e deixavam de ser um risco para os ricos.

Será que é por questões semelhantes que existe uma distribuição gratuita de preservativos? A AIDS chegou ao Brasil de avião, ou seja, era uma doença da elite, mais hoje, como a maioria das doenças epidêmicas, é uma doença do ‘povão’.

Com John Simon, em 1870, a Lei dos pobres é incrementada com um controle médico da população. Esse controle tinha como função:

- Controle de vacinação, obrigando os diferentes elementos da população a se vacinarem;
- Organização do registro de epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas, obrigando as pessoas à declaração de doenças perigosas;
- Localização de lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade.
- Serviço de saúde, como era chamado, estende-se dos pobres para toda a população.

Essa fórmula de medicina social foi a que teve continuidade. O sistema inglês possibilitou três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais. A partir disso, foram realizados três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada para quem pudesse pagar. Hoje, essa política médico-social continua mesmo sendo articuladas de maneiras diferentes.

4.3 - O nascimento do Hospital

“O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção, relativamente nova, que data do final do século XVIII” (p.99), com a prática de uma visita e observação sistemáticas comparadas a do hospital. Durante esse período, houve na Europa uma série de viagens dos cientistas para visitarem hospitais, prisões e lazaretos e essas viagens-inquérito tinham algumas características, tais como:

- Definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. Considerando que nenhuma política médica é por si mesma suficiente para definir um programa hospitalar. A construção de um hospital também tem que conter dados empíricos de como deve ser feita;
- A avaliação não é mais arquitetônica, os especialistas avaliam a cifra de doentes por hospital, a relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, a taxa de mortalidade e de cura, etc.;

A distribuição de setores é analisada. A relação entre fenômeno patológico e espacial é considerada.

Existe uma preocupação com o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, principalmente no que se refere as trajetórias seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos, etc. Investiga-se quem, como, onde são transportados, lavados e distribuídos.

- Quem pesquisa a organização e descreve os hospitais não são mais arquitetos e sim médicos ou pessoas com capacitação socio-médica.

Alguns teóricos colocam a existência de hospitais datada de milênios, contudo Foucault discorda colocando o hospital até a Idade Média como instituição de assistência aos pobres e não como instituição médico-hospitalar, de cura. O hospital era uma instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre precisa de assistência e como doente é perigoso. O usuário do hospital, até o século XVIII, é o pobre que está morrendo, e não o que precisa ser curado. O hospital é lugar destinado a conseguir a salvação tanto dos doentes quanto do pessoal que ali trabalhava. Era um pessoal caritativo, religioso ou leigo, que buscava com a ajuda prestada ao hospital assegurar a salvação eterna. *“O hospital permanece com essa característica até o começo do século XVIII e o hospital geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes,*

loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece”. (p.102)

O médico era profundamente individualista, não era cobrado dele uma experiência hospitalar, mas um saber de textos e transmissão de receitas. O médico devia observar o doente e a doença, e no momento em que a parte sadia do indivíduo e o mal que o acometia comesçassem a se “*degladiar*” seria o momento de sua intervenção. “*A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico*” (p.102-103). Essa era uma relação individual entre médico e doente contra a doença.

A prática médica e a organização hospitalar, dessa época, nada tinham em comum. Contudo, no final do século XVIII, começam a ocorrer transformações para tornar o hospital medicalizado e a medicina, hospitalar.

A primeira transformação ocorreu com a anulação dos efeitos negativos do hospital, ou seja, a organização do hospital, no século XVII, inicialmente com a ordem nos hospitais marítimos tanto social como econômica e o problema da quarentena, isto é, da doença epidêmica que as pessoas que desembarcavam podiam levar. Os hospitais marítimos tornaram-se modelo porque a reorganização hospitalar era necessária para a economia, já que o preço do homem tornou-se cada vez mais elevado e as regulamentações econômicas do mercantilismo tornaram-se mais rigorosas. Nesse momento a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade.

A exemplo dessa reorganização pode-se perceber que não foi a partir de um técnica médica, mas sim de uma tecnologia política: a disciplina.

A disciplina existia muito antes do século XVII, contudo seu aperfeiçoamento como uma técnica de gestão de homens é datada dessa época. Nas grandes oficinas que começam a se formar, no exército, na escola, aparecem novas formas de poder juntamente com um grande progresso da alfabetização.

Aparece então, nessa época, uma arte de distribuição espacial dos indivíduos, para que sua eficácia de trabalho seja máxima. *“A disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório”* (106).

A disciplina exerce seu controle pelo desenvolvimento. A partir do século XVIII, desenvolve-se uma arte do corpo humano, com vigilância perpétua e constante dos indivíduos e registro contínuo numa hierarquia de baixo pra cima na qual nada do que acontecesse passasse despercebido. *“A disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental”* (p. 107). O exame permite que a individualidade torne-se um elemento pertinente para o exercício do poder.

Com tudo o que foi visto até agora, pode-se entender porque o hospital se disciplina, mas o “por que” da disciplina em tornar-se médica é explicado por um novo saber médico.

No século XVIII, a epistemologia da medicina tem como modelo a botânica, a classificação de Lineu. Tratar uma doença é controlar as ações do meio sobre o indivíduo e impedir e essas exerçam uma ação negativa nesse organismo.

É assim, com o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que se origina o hospital médico. Esse processo possui várias características, tais como:

A questão do hospital. Onde localizar um hospital, com o cuidado de não determinar um lugar sombrio, de morte. É no interior da medicina do espaço urbano que deve ser calculada a localização do hospital.

A distribuição interna do hospital. Para tanto é necessária a autonomia funcional, médica do espaço de sobrevivência do doente.

Aqui percebe-se o hospital como um meio de intervenção sobre o doente, a extinção do hospital-exclusão no qual o doente aguardava a morte. O hospital é medicalizado em sua função e em seus efeitos.

4.4 - O Aparecimento do Médico de Hospital

A Segunda transformação é no sistema de poder no interior do hospital. Até metade do século XVIII, quem detinha o poder dentro do hospital era o pessoal religioso, raramente leigos no exercício do saber médico, e o médico era chamado para atender os mais doentes entre os doentes e podia ser despedido pelo pessoal religioso.

A partir do momento em que o hospital passa a ser instrumento de cura e a distribuição do espaço, terapêutico, o médico torna-se o responsável pela organização hospitalar. Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma e se multiplica no interior do hospital. Assim aparece o médico de hospital, que antes não havia.

Os médicos que faziam visitas particulares raramente aparecia no hospital, para esse serviço chamavam, em geral, o pior dos médicos. O médico hospitalar, com sua experiência aparece no final do século XVIII.

A hierarquização no hospital pode ser encontrada em regulamentos de hospitais do século XVIII, no qual é especificado a posição de cada um no hospital e o poder do médico se manifesta nas visitas aos doentes, portanto na relação médico-paciente.

Atualmente, não é tão diferente, ainda existem as aulas-espetáculo nas quais o paciente é minuciosamente estudado, diagnosticado, sem que este tenha permitido previamente e sem que os profissionais questionem até onde podem ir nos seus comentários técnicos. Pois, acreditam eles que o paciente não possui nenhum conhecimento acerca de sua doença. Vimos que em relação a AIDS isso mudou consideravelmente.

A terceira característica consiste num sistema de registro permanente. Em primeiro lugar, técnicas de identificação de doentes (pulseira com o nome do doente, ficha como nome da doença do paciente, registro geral de entradas e saídas, receitas, prognósticos, tratamento, etc.), obrigação dos médicos de confrontarem suas experiências e seus registros. Atualmente denominados “prontuários médicos”, neste são registrados diariamente assuntos pertinentes ao paciente, por todos os membros da equipe de saúde. Apesar de receber apenas a denominação “*médico*”.

O hospital torna-se, nesse momento, não apenas um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. O saber médico sai dos livros para o hospital e esse passa a fazer parte da formação médica.

Compondo a nossa amostra investigada temos que: a instituição hospitalar universitária, no caso do Hospital das Clínicas e do Hospital Oswaldo Cruz, constituem sede de informação profissional e atenção à saúde, ou mais especificamente, a integração da teoria e prática da construção pessoal do profissional de saúde. Enquanto que o Hospital Correia Picanço é um hospital da rede pública de saúde do Estado de Pernambuco. Em assim sendo atende pacientes através do SUS. E os profissionais que exercem suas funções nesta instituição, possuem horários a cumprir estabelecendo dessa maneira “apenas” o vínculo médico-paciente não existindo a troca com os estudantes do curso de medicina, com os residentes; enfim há um distanciamento com o espaço universitário.

O indivíduo e a população são dados ao mesmo tempo como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina pela tecnologia hospitalar. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população.

A verdade para muitos existe apesar de não ser percebida em alguns momentos, outros acreditam que ela é produzida através da relação do acontecimento com quem o observa.

A noção de crise existente, na medicina, até o final do século XVIII se enquadra na primeira concepção de verdade e cabe ao médico aproveitar o momento em que a crise emerge para intervir.

“No pensamento e na prática médica, a crise era ao mesmo tempo momento fatal, efeito de um ritual e ocasião de estratégia” (p. 114).

A verdade que anteriormente era o que era, passa agora a ser produzida, a verdade não é, ela se dá. A relação não é do objeto com o sujeito de conhecimento, mas sim uma relação ambígua, reversível: é uma relação de poder.

A relação entre verdade, acontecimento-ritual e prova parece existir no pensamento científico.

Dentro dessa perspectiva pode-se fazer uma história da confissão na ordem da penitência, da justiça criminal e da psiquiatria. A verdade como acontecimento nesses campos é tida como a melhor prova, indício mais seguro, a confissão do próprio sujeito acerca de seu erro, crime ou desejo louco.

Mas antes de ser considerada um teste, a confissão já era produção de verdade que se colocava no final de uma prova. Contudo, a verdade passa de prova à constatação, mas essa passagem não é exatamente passagem a verdade/constatação é um tipo de verdade/ prova em forma de acontecimento.

Esse fenômeno recobre as diversas formas de produção de verdade, fazendo com que esta universalize a produção de conhecimento.

Essa crise de conhecimento nessas disciplinas coloca em questão as funções de poder-saber que nelas são exercidas, consequentemente uma crise histórico-política.

O hospital, até a pouco tempo, foi um lugar de constatação de uma verdade escondida e de prova para uma verdade a ser produzida.

A doença não só permitia revelar-se em forma de verdade aos olhos do médico como também produzir a verdade. Enquanto o doente estivesse fora do ambiente hospitalar sua verdadeira doença não poderia ser detectada, pois o meio estaria influenciando o provocando outras doenças de menor importância .

O hospital do século XVIII, deveria ser o lugar de observação, demonstração, purificação e prova para que a verdade do mal explodisse, onde a verdade da doença fosse demonstrada e produzida. E até o século XIX, o hospital se manteve nessa condição.

Com isso, ocorreram uma série de problemas que atravessaram o pensamento e a prática médica, tais como:

1. A terapêutica consiste em suprimir o mal, reduzi-lo à inexistência. Mas, para isso, seria necessário que a doença se manifestasse. Então, surgem questões como: Deve-se permitir que as doenças se desenvolvam, ou não?

2. Há doenças e modificações de doenças. Questão: Teria uma doença originária da qual as outras fossem modificações?

3. O que é uma doença normal? Existiria uma doença que segue um curso previamente determinado?

Posteriormente a Pasteur, o hospital tornou-se um lugar de observação, de diagnóstico, de localização clínica e experimental e também de intervenção imediata, ataque voltado para a invasão microbiana.

O laboratório passa a ser o lugar de produção de doença. Assim, a doença se coloca como fenômeno verificável e controlável. E o hospital permitira uma redução, uma transferência, um aumento, uma constatação. “A prova se transforma em teste na estrutura técnica do laboratório e na representação do médico” (p.120).

Com Pasteur, o médico sai do lugar de revelador da doença e passa a ser o propagador e o reprodutor. O médico hospitalar, indo de leito em leito, era um dos agentes mais importantes de

contágio. Dessa forma, o hospital e o saber médico, que tinham sido até então produtores da verdade da doença, tornam-se produtores da realidade da doença.

No século XVIII e no fim do fim do XIX, percebeu-se que uma forma mais eficaz e rentável de poder do que punir seria vigiar. Neste momento, foi encontrado um regime “sináptico” de poder, de exercício no corpo social e não sobre o corpo social. Assim, o corpo social expulsou elementos como a corte e o rei. Contudo, não se pode afirmar que a mudança no corpo social esteja inteiramente ligada às mudanças institucionais.

4.5 - O Poder no/do Corpo

A idéia de um corpo social constituído pela universalidade das vontades é um fantasma nas instituições, já que não é um consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos.

No século XVIII, houve um esquadramento nas relações de poder na qual não pode haver uma dialética no sentido hegeliano, pois o domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo investimento do corpo pelo poder, porém o corpo a partir daí começa a reivindicar contra o poder.

Nada é mais material, mais físico do que o exercício do poder. Do século XVII ao início do século XX, acreditou-se que o investimento do corpo pelo poder devia ser denso, rígido, constante e meticuloso, mas a partir da década de sessenta percebeu-se que este poder rígido era dispensável, podendo ser substituído por um poder mais tênue. Cabe, a partir daí, estudar de que corpo necessita a sociedade atual.

O poder não tem apenas a função de reprimir, mas também tem a função de produzir efeitos positivos a nível do desejo e a nível do saber, por isso ele é forte.

A medicina agia como um denominador comum na coordenação dos agentes da política do corpo, pois era em nome da medicina que se iam ver como eram instaladas as casas e era também em seu nome que se catalogava um louco, um criminoso, um doente...

“Como vou contar, e o senhor sentir em meu estado? O senhor sobrenasceu lá? O senhor mordeu aquilo? (...) O senhor... Mê dê um silêncio. Eu vou contar.

Mas conto menos do que foi: a meio, por em dobro não contar. Assim seja que o senhor uma idéia se faça. (...) Mesmo eu – que, o senhor já viu, reviro retentiva com espelho cem-dobro de lumes, e tudo, graúdo e miúdo. Guardo – mesmo eu acerto no descrever o que se passou assim, (...)

O senhor vá pondo seu perceber. A gente vive repetido, o repetido, e, escorregável, num minuto, já está empurrado noutro galho. Acertasse eu com o que depois sabendo fiquei, para lá de tantos assombros... Um está sempre no escuro, só no último derradeiro é que clareiam a sala. Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele dispõe para a gente é no meio da travessia”.

JOÃO GUIMARÃES ROSA
Grande Sertão: Veredas

Se no tempo de Hipócrates, o famoso médico grego (por volta do ano 300 a.C.), a tuberculose era uma doença quase sempre fatal, demoraram cerca de 2 mil anos para que se descobrisse a sua cura. Na verdade, foi preciso esperar por Louis Pasteur, que nasceria em 1822, para a humanidade descobrir que as doenças infecciosas não são obra do acaso e, sim, provocadas por germes, pequenos microorganismos que se abrigam no corpo.

Desde a Revolução Industrial, o planeta passou a mudar mais rapidamente, os médicos continuaram a se debater com velhos problemas. De que adiantava saber que a tuberculose ou a pneumonia eram causadas por bactérias se não se conhecia como liquidá-las? Na verdade, as artes médicas tiveram que aguardar que outras ciências, como a física e a química, conseguissem avanços consideráveis para começar também a evoluir. E, nesse aspecto, o século 20 se constitui em marco fundamental. O prêmio Nobel de Medicina de 1945 foi entregue ao cientista britânico Alexander Fleming, que descobriu a penicilina e seus efeitos no tratamento das doenças contagiosas.

Este foi um dos primeiros passos efetivos dados pelo homem na arte de curar seu semelhante. Desde então tudo ficou mais fácil. Várias áreas da medicina experimentaram evolução notável. Um único exemplo: a cirurgia. Antes do antibiótico, boa parte dos pacientes operados morria de infecção no pós-operatório. A sobrevida maior dos doentes, depois da penicilina, permitiu que os cirurgiões inventassem novas técnicas e até atuassem em outras áreas, como plástica estética e reparadora.

Do seu estágio de letargia, a medicina saltou para uma espécie de frenesi nos últimos quarenta anos. Tanto na parte prática quanto nas pesquisas, as descobertas, hoje, são quase diárias. A velocidade com que os conceitos médicos mudam atualmente é tamanha que a maioria dos especialistas se vê escravo da expressão “por enquanto”. Algumas verdades não chegam sequer a se cristalizar entre a comunidade científica e logo são derrubadas. Parafraseando o artista plástico Andy Warhol, um dos inventores da *pop art*, existem trabalhos que conseguem seus quinze minutos de fama. E ficam nisso, pois logo são substituídos por outra idéia contrária ou mais avançada.

O Prof^o Dr. Wilson Oliveira Júnior, comenta que: *“Aprofundar uma reflexão sobre a complexidade do exercício da Medicina no final do século implica repensar a relação médico-paciente através de duas perspectivas: uma ideológica e outra interpessoal e reafirmar que a Medicina ao transcender a ciência transforma-se em arte”*.⁷¹

Ele diz ainda que: *“Não podemos esquecer que o efeito terapêutico do médico depende da sua capacidade de influenciar positivamente o paciente, aliado à explicação clara sobre a doença e os meios diagnósticos e tratamento a serem utilizados”*. Pois o doente deseja ser tratado como uma pessoa, e não como um caso ou um número de estatística.

Continua, *“com a perda da perspectiva humana na Medicina, passou-se a considerar a doença como um desarranjo mecânico de órgãos a serem consertados, estabelecendo-se assim um*

dualismo -- Mente - Corpo e transformando a Medicina numa atividade voltada exclusivamente para o corpo, onde o doente é visto como uma máquina composta por peças funcionando mal". Assim, o médico transforma-se em mero mecânico de manutenção, isto caracteriza a visão mecanicista da Medicina atual, na qual o olhar médico se concentra na doença, e não no doente.

Sem desconsiderar as vantagens trazidas pela tecnologia e nada tendo contra o uso racional desses métodos auxiliares ressaltamos auxiliares, achamos, no entanto, que uma grande parcela de médicos tem privilegiado seu diagnóstico muito mais em resultados dos exames produzidos pelas máquinas do que numa avaliação clínica adequada. Ao aplicar a tecnologia como única fonte de informação, o médico perde a noção da singularidade de cada caso. É importante ressaltar, mais uma vez, que não estamos defendendo a volta do médico munido apenas do estetoscópio como único recurso tecnológico, mas sim analisando criticamente o uso excessivo da tecnologia na Medicina. Profissionais há, que têm verdadeiro encantamento por exames sofisticados, crendo que a sua utilização produza uma Medicina à prova de erros e esquecendo-se de que estes métodos criam uma falta de segurança, quando utilizados como fontes isoladas de informação. Essa parafernália eletrônica, quando usada sem nenhum critério, resulta apenas no aumento de custo da assistência médica, sem nenhum benefício real para o paciente.

A pergunta vigente nesse encontro científico foi: O médico é responsável pela vida e pela morte ? O que acarretou discussões a respeito da dialética da vida e da morte. Ou como foi dito, discussões acerca da "responsabilidade pela existência". O silêncio imperou neste momento mas um dos participantes colocou-se imperativo: *"Não podemos compreender morte antes de compreendermos vida"*. E, mais uma vez o silêncio se fez presente.

⁷¹ Trecho do texto de Wilson de Oliveira Jr., professor da Universidade de Pernambuco, para Campanha pela Humanização da Medicina – 1999. Com o apoio da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática - Regional Recife. Palestra ocorrida no sindicato dos Médicos de Pernambuco.

Com o silêncio que esta indagação nos permite, apresentamos no Capítulo VI, a morte enquanto ápice do medo humano. O silêncio do homem.

4.6 – Analisando a Concepção de Poder entre os Informantes

Utilizamos o termo “Não-Médicos” para nos referirmos aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e “Médico” para os infectologistas e doutorandos.

De acordo com as concepções ressaltadas por todos os informantes pertencentes a esta pesquisa, “médicos” e “não-médicos”, podemos constatar que:

TABELA 4: As fontes de poder da profissão médica segundo médicos e não-médicos.			
	Não-Médicos (n=16)	Médicos (n=16)	P (Teste Canônico)
Conhecimento	13%	50%	0.02
Atendimento a Emergências	19%	13%	0.64
Promoção de Qualidade de Vida	94%	69%	0.07
Valorização Social da Profissão	19%	19%	1.00
Respeito ao Paciente	63%	25%	0.03
Capacidade de Curar	0%	19%	0.07

Os médicos (50%) acreditam que o seu poder está contido no “conhecimento” que possuem acerca do funcionamento orgânico do corpo humano.

Enquanto que os não-médicos (63%), atribuem o seu poder ao “respeito pelo paciente”. E ainda, não revelam ter o poder da “capacidade de curar”.

Em outras palavras, quando comparamos o grupo dos médicos com o dos não-médicos, os primeiros são mais propensos a conservar o poder como emanando do saber, enquanto os não-médicos eles acham que o poder emana da moral.

Na tabela a seguir observaremos a concepção de poder entre médicos infectologistas e doutorandos.

TABELA 5: As fontes de poder da profissão médica segundo médicos infectologistas e doutorandos em Medicina.			
	Doutorandos (n=08)	Infectologistas (n=08)	P (Teste Canônico)
Conhecimento	38%	63%	0.35
Atendimento a Emergências	13%	13%	1.00
Promoção de Qualidade de Vida	75%	63%	0.62
Valorização Social da Profissão	13%	25%	0.55
Respeito ao Paciente	50%	0%	0.02
Capacidade de Curar	38%	0%	0.06

Os infectologistas não colocam-se frente ao poder relativo ao “respeito ao paciente”. Como também não fazem referência a “capacidade de curar”. Mas, observemos o seguinte: o poder da “promoção de qualidade de vida” (63%) é um dado importante quando comparado a 0% diante a “capacidade de curar”, principalmente se compararmos com os doutorandos essa relação. Pois, 75% expressam o poder como “promoção da qualidade de vida” ao mesmo tempo que 38% ressaltam que seu poder está na “capacidade de curar”. Dessa forma, podemos inferir que o poder relativo a “promoção da qualidade de vida” entre os médicos infectologistas é de grande importância para esta dissertação, pois desmitifica a lenda de que o médico acredita ser o possuidor do poder de curar o outro (o paciente).

Retomando a questão relativa ao “respeito ao paciente” os doutorandos valorizam mais o aspecto moral (“respeito ao paciente”) do que os infectologistas, mas isso não deve ser confundido como que os médicos tenham menos preocupação moral do que os doutorandos. Não é isso! Nos doutorandos quando se fala em poder a ética imediatamente surge como um componente de poder,

enquanto que nos infectologistas, não. A ética e a estrutura de poder, não tem nada haver uma coisa com a outra.

Quanto a “valorização social da profissão” (25%), é importante ressaltarmos esta relação de poder, pois como ressaltado por um informante do HCP: *“Na realidade a infectologia é uma área linda, maravilhosa, gratificante, mas muitos não vem fazer porque não dá dinheiro. Isso é realidade!”*

O poder que os médicos infectologistas associam a sua profissão é o poder do **conhecimento**, conquistado através do meio acadêmico, como também da prática clínica, especialização e da atualização constante da área escolhida para trabalhar. E obviamente do contato com os pacientes. Outro ponto associado a seu poder profissional é o da **promoção da qualidade de vida** aos pacientes. Se por um lado observa-se médicos ainda preocupados em não ‘perder’ seus pacientes, buscando constantemente salvá-lo da morte e lhe propor a cura, nesta amostra investigada pode-se observar médicos conscientes de que a troca de informações existente na relação médico-paciente além de dividir opiniões importantes a condição atual do paciente, propõe ainda uma escolha adequada para a denominada, atualmente, de qualidade de vida, isto é, a adesão e adequação aos medicamentos (coquetéis) recomendados para os paciente soropositivos e com AIDS. Pontos como **promoção de atendimento emergencial e valorização profissional** merecem destaque, pois um dia de trabalho destes especialistas são verdadeiras maratonas. A necessidade de intervenções clínicas emergenciais, diagnósticos precisos, falta de medicamentos importantes para procedimentos clínicos, falta de equipamentos, junto a isso, sua vida ‘fora’ do hospital, sua vida pessoal, familiar. Independente de encontrar-se fora do hospital o homem-médico continua perante seus familiares, vizinhos, enfim com a sociedade, com a “obrigação” de atender, passar um remédio, dar uma assistência as pessoas próximas dele e próximas do seu próximo. Para consubstanciar estas informações utilizamos a fala de um informante:

“Eu estava falando com uma médica amiga, ela me ligou dizendo que a sua avó estava internada na UTI do Hospital Santa Joana. E permitiram que um médico de fora a acompanhasse. E eu lhe disse: Ah! Você faz o papel que eu faço também o do médico dois “P” Pobre e Parente. Porque além de você ter um trabalho em uma instituição, você também tem um trabalho dentro de casa, qualquer doença que ocorre dentro da família, aí chama o médico. E os vizinhos também, porque se o vizinho sabe que você é médico qualquer bronca o primeiro que é chamado é você. Por exemplo, eu moro perto de uma favela e todo mundo vai lá em casa pedir receita de remédio controlado, aí você não pode dizer que não vai dar sem saber do que se trata, então começa a consultar na porta de casa. Um dia um cachorro foi atropelado lá perto, imediatamente correram lá em casa para que eu desse um jeito (risos)”.

Quanto a valorização profissional, esta é imprescindível a infectologia em especial, já que é uma área da medicina que não é das mais bem remuneradas, pois as doenças epidemiológicas, geralmente acometem pessoas da classe baixa, os pobres. Sendo assim, a valorização profissional tão necessária a quaisquer profissão, na infectologia torna-se essencial, pois esta especialização possui uma dimensão social importantíssima, não só por tratar de doenças infecciosas, mas por tratar da saúde pública de uma metrópole, de um estado, de um país.

No próximo capítulo apresentaremos os dados obtidos através do método da associação livre.

CAPÍTULO V

RELENDO A SIGLA HIV/AIDS À PARTIR DA ASSOCIAÇÃO LIVRE

Neste capítulo, apresenta-se a análise dos dados, conforme os métodos de Escalonamento Multidimensional utilizado para a apreensão da representação social da AIDS, entre os profissionais de saúde. O MDS é uma escala multidimensional a partir do qual se evidencia a estrutura dos dados num modelo espacial, onde *“o elemento essencial da definição de todo método de escalonagem multidimensional é a representação espacial da estrutura de dados”* (Young, citado em Amar e Cohen, 1999:25).

Esta análise constrói uma representação geométrica dos dados, usualmente em um espaço Euclidiano, de dimensionalidades moderadas, onde se processa uma matriz de correlação n variáveis de conteúdo, por representações gráficas destas variáveis. *“São pontos chamadas menores espaços representando as variáveis que classificam as distancias dentro da ordem especificada pelos dados”*. (Guttman, 1968, citado em Young, 1987:23).

Partimos do entendimento de que a representação social é um *“conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico - que toma a forma de imagens ou de metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social”* (Wagner, 1998:03), através da linguagem, e que são produzidas no cotidiano.

As idéias, noções que perpassam na mente dos indivíduos, passam a ter sentido na medida em que participam de uma significação comum dentro do grupo, ou seja, na medida em que fazem parte de um conjunto de sentidos e significados socialmente atribuídos aos fatos, as coisas e as experiências dos indivíduos. Os significados vão sendo transmitidos pela linguagem pois, *“a linguagem objetiva*

as experiências partilhadas (...) que são transmitidas na tradição da coletividade em questão”
(Berger & Luckmann, 1973:96).

Para compreendermos os significados expressos na linguagem dos informantes, que exprimem as categorias cognitivas, produzidas para orientar o entendimento na comunicação, o pesquisador necessita se valer de técnicas e estratégias que facilitem a captação dos conteúdos simbólicos, sob o qual edificou seu trabalho. Quando procuramos interpretar as representações sociais ou significações atribuídas sobre um objeto social, percebemos sua riqueza, mas também a difícil tarefa que é, visto que, os significados só têm sentido dentro de uma totalidade e esta totalidade é impossível de ser abrangida.

Na nossa pesquisa, após execução das entrevistas, solicitamos aos informantes que expressassem de forma livre e instantânea, o que se passava em suas mentes, mediante evocação da palavra AIDS, de acordo com a seguinte instrução:

“Escreva, o mais rápido possível, todas as palavras que passam pela sua cabeça quando você pensa na AIDS”.

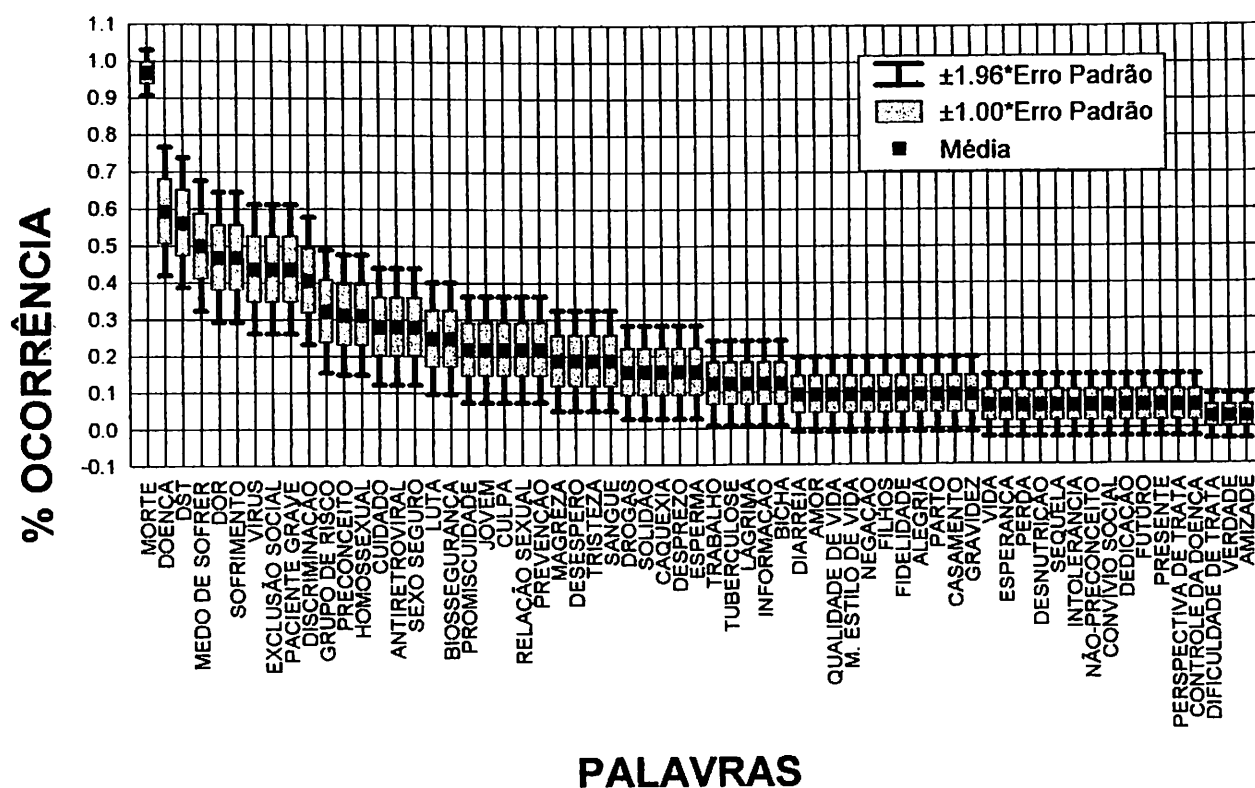
Não houve limitação de tempo para a execução desta tarefa e, em todos os casos, após a compreensão da instrução, as respostas foram fornecidas com muita rapidez, num tempo médio inferior a um minuto.

Inicialmente, fizemos a listagem de todas as palavras fornecidas pelos informantes na aplicação da técnica da associação livre. Obtivemos um total de 96 palavras, ficando uma média de 03 (três) respostas por informantes.

A similaridade entre algumas palavras esboçadas, nos permitiu agrupá-las, tomando uma palavra como representante das demais. Exemplo: condom, camisinha, preservativo, sexo seguro (com utilização da camisinha); Utilizamos a palavra sexo seguro. Após condensarmos as palavras que apresentavam semelhança, ficamos com 64 palavras para compor a relação a ser trabalhada.

Para obtermos uma visualização das palavras e suas respectivas frequências utilizamos o Diagrama Box & Whiskers:

FIGURA 1 – Frequência das Palavras Produzidas
(Diagrama Box & Whiskers)



De acordo com o diagrama acima, observamos que a palavra “Morte” surgiu com frequência muito superior à das demais palavras (97%). As demais palavras apresentaram um agrupamento mais próximo, porém é possível afirmar que algumas surgiram mais frequentemente do que outras.

Para melhor visualização das palavras apresentamos a tabela em ordem alfabética:

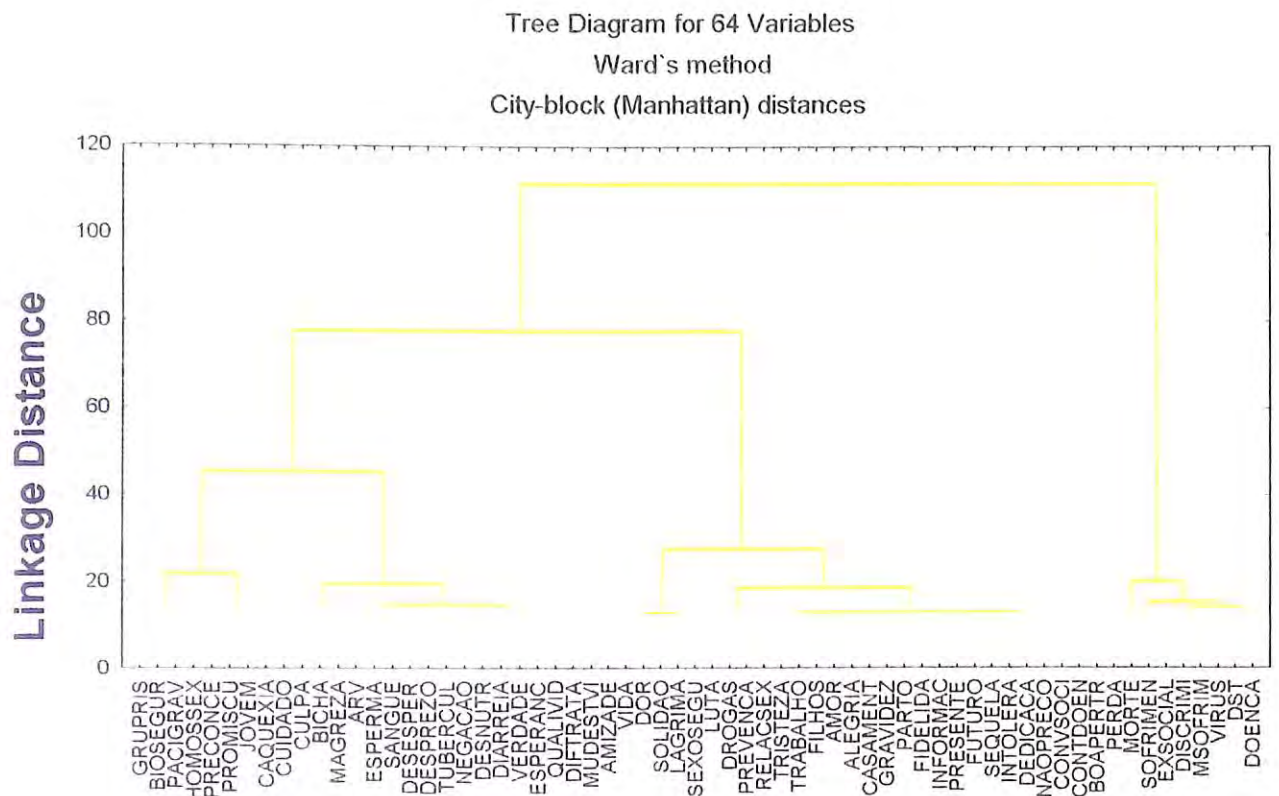
Tabela 6 – Frequência e % das associações livres das palavras evocadas pelos informantes.

Palavras	Médicos		Enfermeiros		Aux Enfermagem		Doutorandos		Total
	Frequ.	%	Frequ.	%	Frequ.	%	Frequ.	%	%
Alegria	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Amizade	1	12,5	-	-	-	-	-	-	3,1
Amor	1	1,25	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
ARV	3	37,5	-	-	1	12,5	5	62,5	28,1
Baixa Qualidade de Vida	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Bicha	1	12,5	-	-	-	-	3	37,5	12,5
Biosegurança	1	12,5	-	-	2	25,0	5	62,5	25,0
Boa Perspectiva de Tratamento	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Caquexia	1	12,5	-	-	2	25,0	2	25,0	15,6
Casamento	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Controle da Doença	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Convívio Social	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Cuidado	2	25,0	-	-	4	50,0	3	37,5	28,1
Culpa	1	12,5	1	12,5	2	25,0	3	37,5	21,9
Dedicação	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Desespero	1	12,5	1	12,5	2	25,0	2	25,0	18,8
Desnutrição	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Desprezo	2	25,0	1	12,5	1	12,5	1	12,5	15,6
Diarréia	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Dificuldade de tratamento	1	12,5	-	-	-	-	-	-	3,1
Discriminação	2	25,0	2	25,0	6	75,0	3	37,5	40,6
Doença	2	25,0	3	37,5	7	87,5	7	87,5	59,4
Dor	3	37,5	3	37,5	7	87,5	2	25,0	46,9
Drogas	1	12,5	1	12,5	2	25,0	1	12,5	15,6
DST	1	12,5	4	50,0	7	87,5	6	75,0	56,3
Esperança	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Esperma	1	12,5	1	12,5	3	37,5	-	-	15,6
Exclusão Social	1	12,5	4	50,0	6	75,0	3	37,5	43,8
Fidelidade	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Filhos	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Futuro	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Gravidez	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Grupo de Risco	1	14,3	2	25,0	2	25,0	5	62,5	32,3
Homossexual	1	12,5	1	12,5	2	25,0	6	75,0	31,3
Informação	1	12,5	-	-	3	37,5	-	-	12,5
Intolerância	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Jovem	2	25,0	-	-	3	37,5	2	25,0	21,9
Lágrima	1	12,5	-	-	2	25,0	1	12,5	12,5
Luta	1	12,5	2	25,0	4	50,0	1	12,5	25,0
Magreza	1	12,5	1	12,5	-	-	4	50,0	18,8
Medo do sofrim.	1	12,5	5	62,5	6	75,0	3	37,5	46,9

Morte	7	87,5	8	100	8	100	8	100	96,9
Mudança de Estilo de Vida	1	12,5	-	-	-	-	2	25,0	9,4
Não ao Preconceito	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Negação	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Paciente Grave	1	12,5	4	50,0	4	50,0	5	62,5	43,8
Parto	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5	9,4
Perda	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Preconceito	3	37,5	-	-	4	50,0	3	37,5	31,3
Presente	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Prevenção	1	12,5	1	12,5	2	25,0	3	37,5	21,9
Promiscuidade	1	12,5	1	12,5	2	25,0	3	37,5	21,9
Relação Sexual	2	25,0	1	12,5	2	25,0	2	25,0	21,9
Sangue	2	25,0	1	12,5	3	37,5	-	-	18,8
Seqüela	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Sexo Seguro	1	12,5	1	12,5	5	62,5	2	25,0	28,1
Sofrimento	1	12,5	3	37,5	6	75,0	6	75,0	50,0
Solidão	1	12,5	-	-	3	37,5	1	12,5	15,6
Trabalho	2	25,0	-	-	1	12,5	1	12,5	12,5
Tristeza	1	12,5	-	-	3	37,5	2	25,0	18,8
Tuberculose	1	12,5	-	-	2	25,0	1	12,5	12,5
Verdade	1	12,5	-	-	-	-	-	-	3,1
Vida	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	6,3
Virus	1	12,5	3	37,5	6	75,0	4	50,0	43,8

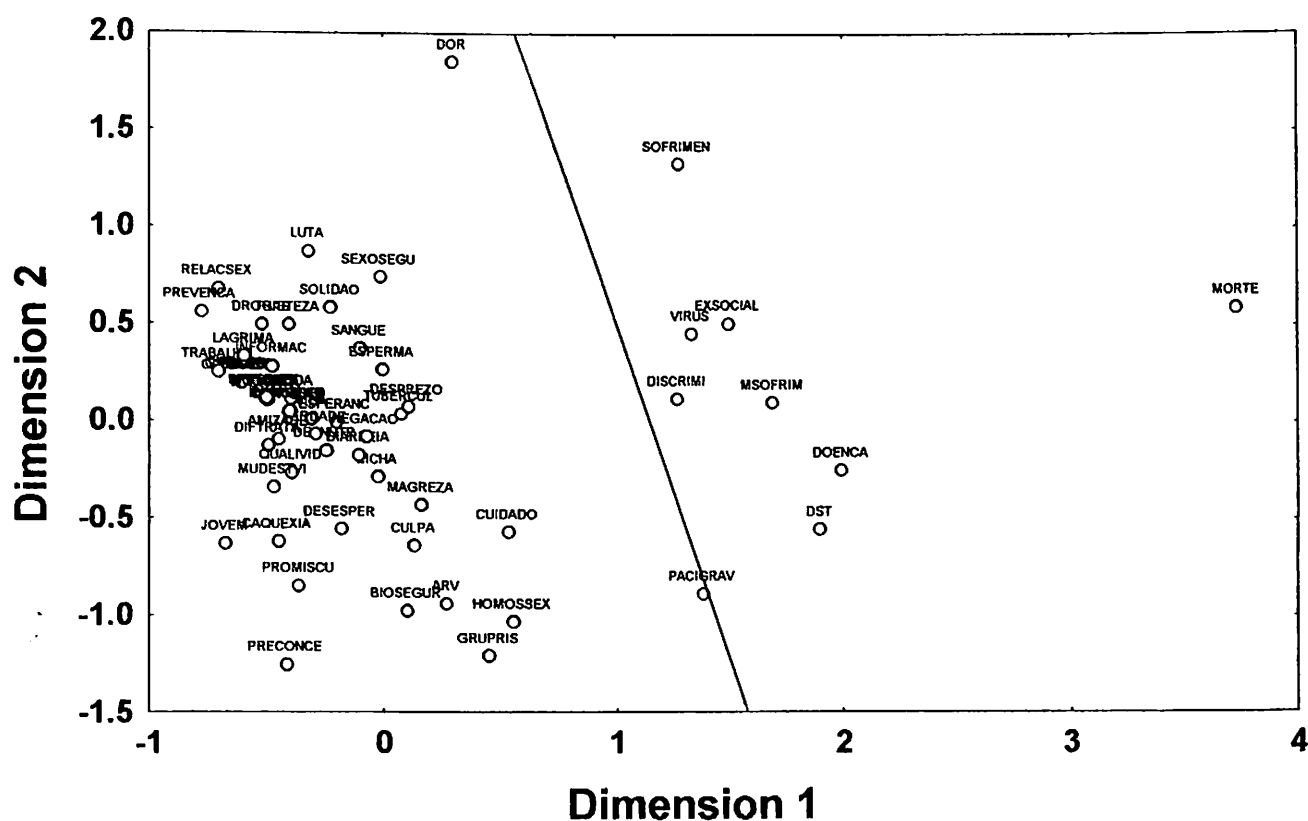
Figura 2: Análise de Aglomerados

(Cluster Analysis)



Através da figura a seguir temos que os termos: “Morte”, “Sofrimento”, “Exclusão Social”, “Discriminação”, “Medo do Sofrimento”, “Vírus”, “DST” e “Doença” agrupam-se formando um conjunto à parte dentro do universo levantado (vamos nos referir a estes termos como Grupo A. Os demais termos formam o Grupo B).

Figura 3: Escalonamento Multidimensional



Através do Escalonamento Multidimensional, como foi mostrado na Análise de Aglomerados, os termos “Morte”, “Sofrimento”, “Vírus”, “DST” e “Doença” formam o Grupo ^a. É interessante observar que, sob o ponto de vista relacional, a palavra “Morte” se mostrou mais isolada do restante dos termos, até mesmo daquelas do subconjunto do qual ela fez parte.

Com base nesses dados, construiremos o capítulo que segue: “A Morte: o ápice da representação social.

CAPÍTULO VI

A MORTE: O ÁPICE DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL



Neste capítulo nos propomos romper a barreira do silêncio causado pela morte. Nossa inquietação principal foi relativa ao seguinte questionamento: sendo a área de saúde vinculada a doença e saúde, portanto a vida e a morte, por que os profissionais de saúde apresentam tanta dificuldade em falar, pensar e questionar a morte ?

Para que conseguíssemos abordar esse tema com os profissionais de saúde, iniciamos esse assunto direcionando-o a morte dos pacientes, posteriormente a um ente próximo, para que por fim pudéssemos chegar a sua morte. As dificuldades, assim como o silêncio, neste momento ocorreram com todos os profissionais, sem exceção. Para contextualizarmos o tema da morte com as concepções dos informantes, registraremos suas “falas”, intercaladas na exposição que segue.

“Impossível subtrairmos-nos ao trabalho da morte, se quisermos assumir o sentido autêntico de nossa existência. Mas o sentido último deste trabalho da morte é nos ensinar a dizer sempre SIM à vida!” (Zeferino Rocha, 1995: p.55).

paciente. Se estivesse, eu hoje estaria morto também. Se for um familiar, vai entrar o lado emocional, o lado pessoal, o lado ser humano normal, e vai mexer. Vou ficar com depressão, vou chorar, vou ficar triste. Minha morte, na verdade não fico pensando na minha morte, eu sempre fico dizendo que vou viver dos oitenta anos para lá. Eu prefiro nem pensar. Eu penso muito mais na vida do que na morte”.

Esta afirmativa parece ilustrar muito bem o que os infectologistas procuram fazer ao longo principalmente de sua vida profissional, não pensar na morte e ainda ser uma “*máquina*” que trabalha contra ela. Mas, quando entramos na própria meditação da vida encontramos a morte que nos dão em vida, a chamada morte social, a qual acompanha todo portador do vírus HIV; a morte que vem do homem pelo homem através do preconceito, do medo, do não reconhecimento de si no outro (invulnerabilidade).

A morte não é somente o término natural dos dias considerada como desagregação do corpo. A morte é também a detenção da vida que se manifesta no despojo e na subtração das próprias forças, na saída impotente que nos leva às situações imaginárias e individuais onde as causas são coletivas e sociais. Trata-se de uma morte violenta, hedionda, pois se dá em vida levando o sujeito aos limites da individualidade reduzindo-o às fabulações, ao isolamento e à marginalidade (marginalidade quer dizer à margem, ao costado da vida que o sistema reserva somente para seus privilegiados, mas para outros, nos asilos, no campo, na fábrica, num leito de hospital portando sua sentença de morte (HIV/AIDS)).

Em relação a humanidade no meio médico, um informante do HC nos esclarece: *“Primeiramente, apesar da gente ser médico a gente também é um ser humano. Mas... É o tipo da coisa que eu procuro não pensar, mas você tem aqueles flashes. Seguramente esse tema nunca passou pela minha cabeça, mas eu acho a morte uma coisa altamente ... eu não me conformo, não me conformo! Eu acho uma coisa altamente desumana. (Quando indagado a respeito da associação da*

morte com sua profissão medicina, ele resume dizendo que é uma área onde você convive constantemente com a morte. Talvez por isso pensar nela seja mais complicado). A morte é um tema tão mesquinho, tão próximo da realidade da gente, mas ao mesmo tempo tão distante. Talvez seja por isso que eu não posso ter e nem quero ter filosofia. Não sei se sou racional ou irracional, eu não paro para pensar nisso”

Em relação à situação socio-econômica, na qual o Brasil se encontra mergulhado a tempos e em vista do pouco investimento tanto na área de educação, o que talvez diminuísse sensivelmente os casos de AIDS (pelo menos os casos deflagrados pela falta de informação) como na área de saúde que são escassos, muitas vezes nulos; os médicos se encontram no exercício de sua profissão cercados pela ineficácia e a frustração, tendo que desenvolver o conhecimento e denunciar as condições de um crime coletivo, pois procuram fazer o que podem, mas não podem impedir sozinhos a morte social que é imposta ao doente portador do HIV/AIDS fora das portas de seus consultórios, pois se desejam transpor, tal como sua vocação, os limites que o “sistema” concede a sua profissão, não o conseguem de forma individual, daí vem a impotência: a sociedade se impõe tenazmente à transformação que o médico deseja conseguir dentro de seu campo, por que não há ilhas separadas na realidade; o doente atravessa as portas do hospital e volta para o mundo mais que real e repleto de comportamentos que dificultam mais ainda sua “sobrevivência”. Os livros são um refúgio para sua impotência diante da realidade, mas a mesma para ser verdadeira também contém sua porção de morte, porque enuncia as condições de um compromisso e de uma ação que tem que ultrapassar a muralha dos meros signos e habitar com seu sentido um corpo para movimentar a ação. É esse seu destino e seu fim; curar não permanece apenas no campo profissional, mas espalha-se por toda a sociedade, porque a enfermidade mostra, para os que querem ver, aquilo que os “sãos” encobrem.

Torna-se paradoxal, pois, curar é também passar a comover a imperturbável couraça que endurece o mundo dosãos: descobrir-lhes e mostrar-lhes que vivem (os médicos) da enfermidade

dos demais. O problema é que o normal está longe da realidade, esse que se cega cotidianamente para ocultar aquilo que, crê, por distante e alheio, não lhe toca (invulnerabilidade). A enfermidade é preferencialmente vivida como lugar humano de contradição social, “*como se*” fosse exclusivamente individual e pessoal.

Os outros, que estão enlaçados à enfermidade e a produzem, como ocupam o outro extremo complacente da relação, e sua colocação se dissolve nos múltiplos que compartilham coletivamente o privilégio da saúde, não a sofrem: crêem não estar enfermos, não ter nada a ver com a “anormalidade”.

Os são encontram em sua própria condição de saúde a absolvição, por não estarem doentes, crêem estar além, atrás dessa cerca inabalável que os separam da anormalidade. O normal não extremiza nada: está em seu justo lugar, aquele que o sistema lhe consignou para não provocar distúrbio.

Os enfermos são uns “poucos escolhidos”, são os que têm conduzido regressamente suas vidas à contradição e se consomem nela.

Os ditos normais detêm o poder de definir tradicionalmente o que é saúde e o que é doença, o que é honestidade e o que é delinquência, o que é incoerência e o que é verdade. Aqui entra a alienação de si e do/no outro.

Normais e doentes constituem um mesmo campo da realidade, somente com uma diferença: que os últimos pagam com a sua vida a morte que os são delegam a eles.

Mas, em termos de AIDS, esta alienação se tornou obsoleta a medida que a AIDS virou uma pandemia e não é mais possível alienar-se dela, pois não ocupa mais uma classe desfavorecida e pequena, alastrou-se por todos os “níveis sociais”, deixando de ser uma desgraça pessoal ou familiar. Talvez a alienação seja a grande e verdadeira enfermidade: não ver a fonte que a produz e, portanto, não saber como atuar. Aqui a divisão entre a vida e a morte passa pela divisão das classes, uma classe

de homens destinados a morrer prematuramente, e outra a viver da morte que infundiu aos demais. Talvez a ciência, a medicina estará também, em sua aparente pretensão de “*salvar vidas*”, ocultando a “*arma assassina*” que em seu exercício prolonga, também ela, pode estar fazendo parte da “*indústria do crime*”, que vive da morte que não quer evitar mas se aproveitar.

Nas estruturas enfermas estão presentes os dilemas não assumidos e encobertos dos ‘sãos’. No extremo e aparentemente mais afastado e distante – solitário, ensimesmado, isolado de todos, enconchado em si mesmo e sem razão – é até essa profundidade onde a política – a determinação social – aparece sob a forma de modelos repressivos que germinam e conformam assim só em seus modelos autorizados a vida histórica, o destino e a coerência mais individual.

Há um amplo leque de condenados à morte prematura no ato de nascer ou tentar se desenvolver (homossexuais, travestis, usuários de drogas injetáveis (drogaditos). Variantes de uma mesma violência onde seus efeitos de crueldade se dissimulam na inconsciência do anonimato do sistema, e já anunciou para todos que seus privilégios não se detêm perante nada e que toda a vida que se oponha, como todo verdor, perecerá.

6.1 - Os estudos sobre a morte nas ciências sociais

“A morte é uma espécie de criação ao universo”.
(Narrativa ioruba)

Segundo Carlos Castaneda (1979), a morte aparece como uma sombra que fica permanentemente à espreita dos vivos. É possível vê-la, diz ele, se virarmos rapidamente sobre o nosso lado esquerdo, sem dá-lhe tempo de prevenir-se e mudar de lugar. Esta imagem da morte é oriunda de um povo indígena mexicano.

A imagem da morte como sombra permanente nos remete à consciência do homem sobre sua própria morte, isto é, à onipresença da morte no mundo dos vivos. Os cientistas sociais,

principalmente aqueles que, a partir da década de 50⁷², centraram-se na tanatologia, informaram que a consciência da morte, longe de destruir a possibilidade da vida humana, permite que esta exista nos moldes que hoje conhecemos. Nesta perspectiva, coloca-se Edgar Morin⁷³: *"A existência da cultura, isto é, de um patrimônio coletivo de saberes (saber fazer, normas, regras organizacionais, etc) só tem sentido porque as gerações morrem e é constantemente preciso transmiti-la às novas gerações. Só tem sentido como reprodução, e este terreno assume o seu sentido pleno em função da morte"*(1976: 10-11).

Nas ciências sociais, Morin foi pioneiro nos estudos relativos ao tema da morte, o que resultou na publicação do livro *O homem e a morte* (1976). Para este autor, a consciência da morte é característica da espécie humana, que é a única a acompanhar este fenômeno de ritos fúnebres. Desde Frazer, se sabia da crença quase universal na imortalidade do homem que, para Morin, é a prova de uma dupla consciência desenvolvida a partir do reconhecimento da morte: uma consciência que ele denomina como "objetiva", isto é, que conhece a realidade do acontecimento da morte; e outra "subjetiva" que acredita na continuidade da vida após o umbral da aniquilação física. Entre ambas as consciências, há uma *"zona de mal-estar e de horror"* (1976:26), que encontra-se refletida na solenidade dos rituais funerários: estes, por um lado, ordenam o universo, integrando os mortos ao mundo dos mortos e fortalecendo a solidariedade entre os vivos mas, também, afastam os vivos do contágio da morte, contágio este que se estende as parentes mais próximos do morto e que se expressaria pelo luto.

⁷² Na antropologia, o interesse pelo fenômeno da morte data dos seus inícios. Os "pais fundadores" desta disciplina foram Tylor e Frazer, pois eles perceberam desde cedo a importância do estudo da morte para a compreensão das culturas. A Escola Francesa de Sociologia, representada por Durkheim, Mauss e Hertz, dedicaram estudos ao tema e, na Grã Bretanha, Malinowski e Radcliffe-Brown também incluíram os ritos funerários entre as suas observações, dando-lhes explicação dentro da tradição funcionalista.

⁷³ Embora o autor defenda, algumas vezes, postulados evolucionistas, muitas das suas idéias foram retomadas por outros autores que estudaram a morte, a exemplo de Ziegler (1977), Louis Vincent-Thomas (1985) e o brasileiro José Carlos Rodrigues (1983).

Esta consciência da própria finitude, representada pela imagem da morte-sombra, nos remete a uma outra dimensão: a relação entre a morte e o tempo. Segundo Jean Ziegler (1977), antropólogo suíço que estudou a morte nos afro-brasileiros, se coloca frente a esta relação da seguinte maneira: *“A morte, impondo um limite à nossa existência, instaura uma descontinuidade, institui o tempo. Confere um lugar e um sentido a cada instante da vida, donde se singulariza cada vida proporcionando-lhe um significado. A morte instaura a liberdade”* (p.306).

O evento da morte é na maioria das sociedades, é identificado pela esperança numa outra vida que se desenvolve após o término desta. *“A morte – passagem é um arquétipo universal que subteende o desejo de continuidade”* (Thomas, 1985: p.192)⁷⁴. Dessa forma, ao falarmos em morte necessitamos nos remeter ao tema da passagem e dos rituais que a acompanham. Despedir-se de alguém significa, ao mesmo tempo, expulsá-lo do mundo dos vivos e reinseri-lo naquele dos mortos. A morte, assim, não aniquila o ser: através de complexos sistemas simbólicos, expressos nos ritos de passagem, as culturas garantem que a vida não termina, nem para o grupo social que se viu privado de um dos seus membros, nem para aquele que “partiu”, “foi embora”, “deixou os seus”. Para a consciência coletiva, a morte não é mais do que um afastamento, embora muitas vezes trágico, do convívio humano.

Esta passagem pode ser feita de diversas formas e são igualmente variadas as destinações dos moribundos. No entanto, os rituais que as sociedades dedicam aos mortos seguem sempre a mesma estrutura, que aquela dos ritos de passagem, divididos em: 1) ritos preliminares ou de separação; 2) ritos de margem ou liminares; e 3) ritos de agregação ou pós-liminares. Essa estrutura não é exclusiva dos ritos funerários. Descrita, primeiramente pelo folclorista francês Arnold Van Gennep (1978), contempla todos os rituais de iniciação, de casamento, de passagem e funerários. Em todos esses casos, o tema da morte-renascimento norteia os rituais: o indivíduo morre para uma condição e renasce para outra, distinta da anterior. Por um instante mais ou menos duradouro, os noviços, noivos,

comunidades e mortos encontram-se às margens da sociedade, atraindo perigos para eles próprios e para os seus congêneres. A partir dessas observações, entendem-se as inúmeras referências a mortes durante os períodos iniciáticos em povos primitivos, pois quando o indivíduo transita de um *status* para o outro, expõe-se a desordens perigosas que só serão superadas quando reinserido na sociedade e investido de novas atribuições. O mesmo se aplica aos mortos e àqueles que estão perto deles: até a reinserção num novo mundo ser efetivada, o defunto ameaça a estrutura social e a própria ordem da cultura.

O primeiro trabalho escrito no Brasil exclusivamente sobre o tema da morte, foi o de José Carlos Rodrigues (1983), este explica os ritos funerários como resposta das sociedades à necessidade de transformar a evidência da entropia em signo de ordem, os perigos da finitude em exaltação da permanência. Distinguir os momentos da passagem nos rituais funerários (separação, liminaridade, reintegração) nem sempre é fácil, já que *“Os símbolos funerários são exatamente símbolos de fronteira e é precisamente esse caráter que lhes dá especificidade”* (Rodrigues, 1983:49). As emoções e sentimentos que uma morte suscita, assim como a efervescência ritual mobilizada com ocasião de um óbito, devem ser contextualizados pois dependem do tipo de morte, da condição de morto, da posição social do sobrevivente e da sua relação com o desaparecido, entre outras variáveis. No entanto, as funções das práticas funerárias, segundo o autor, são bastante uniformes: conhecer as causas da morte, restabelecer a ordem na sociedade no caso de haver um culpado, expressar interesse e afeição dos sobreviventes pelo defunto e, principalmente, contribuir para a sua viagem em direção ao outro mundo.

Trata-se de uma viagem que pode ser extremamente difícil e perigosa, como atestam as referências a almas penadas, aparições, zumbis, vampiros e outros seres fantasmagóricos que não conseguiram levar a bom termo sua travessia. Uma passagem parcial representa perigos para os vivos,

⁷⁴ Rites de mort – pour la paix des vivants. Louis-Vicent Thomas (1985).

já que abre a possibilidade de interferências entre um mundo e o outro, que vão além dos canais aceitos culturalmente para a comunicação (oráculos, sonhos, etc.). Os mortos podem, segundo Pitta (1984), encontrar oponentes e adjuvantes no seu caminho, sendo que os primeiros obstaculizam a viagem enquanto os segundos atuam como orientadores da mesma.

6.2 - A Morte no Ocidente

A morte como perda nos fala em primeiro lugar de um vínculo que se rompe, de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta. Nesta representação de morte estão envolvidas duas pessoas: uma que é “perdida” e a outra que lamenta esta falta, um pedaço de si que se foi. O outro é em parte internalizado nas memórias e lembranças, na situação de luto elaborado. “A morte como perda evoca sentimento forte, podendo ser chamada de “morte sentimento” e é vivida por todos nós” (Bowlby, 1985: p. 150).

É impossível encontrar um ser humano que nunca tenha vivido uma perda. Ela é vivenciada conscientemente, por isso é muitas vezes, mais temida do que a própria morte. Como a morte não pode ser vivida concretamente, a única morte experienciada é a perda, quer concreta, quer simbólica.

Um informante do HC coloca-se: *“Eu sinto muita tristeza quando morre um paciente, automaticamente faço uma reflexão da minha vida. Tenho medo da morte”*.

As manifestações diante da perda e do luto sofreram alterações no decorrer dos tempos. Cada cultura apresenta algumas prescrições de como a morte deve ser enfrentada e quais os comportamentos e rituais que devem ser cumpridos pelos enlutados.

O historiador francês P. Ariès⁷⁵ ilustra as mudanças que se operaram no lidar com a morte nesse período (séc.XX) – o da morte domada, na Idade média, passando pela dramatização da época do Romantismo, até a sua denegação nos tempos atuais.

⁷⁵ História da Morte no Ocidente (1977), O homem diante da morte (1982).

Airès descreve que na Idade Média era autorizada a manifestação dos sentimentos diante de uma perda. Com o desenvolvimento do poder da igreja esta passou a exigir uma atitude mais contida e digna, assumindo o controle dos rituais e ditando as formas de comportamento adequadas.

No século XIX, a morte romântica traz em seu bojo a idéia da morte como ruptura insuportável, porque representa a morte do outro. É o período das grandes explosões sentimentais, a tristeza e a dor cantadas em verso e prosa. Era muito freqüente morrer de amor, se um morria, o outro morria também. Estando aí estabelecida a relação entre as perdas e o suicídio. Romeu e Julieta são os grandes protagonistas do amor, da separação e da morte, sendo este também o grande argumento das óperas dramáticas.

Ainda em Ariès, este autor nos diz que o século XX traz a representação da “*morte invertida*”, que é a morte que se esconde e que é vergonhosa, o grande fracasso da humanidade. Há uma supressão da manifestação do luto, a sociedade condena a expressão e a vivência da dor, atribuindo-lhes uma qualidade de fraqueza. Há uma exigência de domínio e controle. A sociedade capitalista, centrada na produção, não suporta ver os sinais da morte. Os rituais do nosso tempo clamam pelo ocultamento e disfarce da morte, como se esta não existisse. As crianças devem ser afastadas do seu cenário, como se esta não ocorresse.

Esta supressão do processo de luto traz sérias conseqüências do ponto de vista psicopatológico. É sabido que muitas doenças psíquicas podem estar relacionadas com um processo de luto mal-elaborado.

John Bowlby⁷⁶ (1985) define o processo de luto como um conjunto de reações diante de uma perda e refere-se as quatro fases do luto, a saber:

1. Fase de choque que tem a duração de algumas horas ou semanas e pode vir acompanhada de manifestações de desespero ou de raiva;

2. Fase de desejo e busca da figura perdida, que pode durar também meses ou anos;
3. Fase de desorganização e desespero;
4. Fase de alguma organização;

Segundo o autor, na fase de choque o indivíduo pode parecer desligado, embora manifeste um nível alto de tensão. Ocorrem expressões emocionais intensas, ataques de pânico e raiva. A presença de outras pessoas é muito importante neste período.

Na Segunda fase há a expressão do desejo da presença e busca da pessoa perdida. A raiva pode estar presente quando há a percepção de que houve efetivamente uma perda, provocando desespero, inquietação, insônia e preocupação. Ao mesmo tempo, existe a ilusão de que talvez tudo não tenha passado de um pesadelo e de que nada mudou. Coexistindo dois processos contraditórios: a realidade da perda, com todos os sentimentos que a acompanham, e a esperança do reencontro. A raiva pode ocorrer neste período, quando o enlutado sendo responsável pela morte do outro, ou pela frustração da busca inútil. A raiva torna-se instrumental, quando se trata de uma perda temporária, por que pode promover um reencontro e tornar uma nova separação mais difícil. Este mesmo procedimento costuma ser usado em relação a uma perda definitiva, como uma tentativa de recuperar um vínculo que foi rompido, embora seja obviamente ineficiente neste caso. A esperança intermitente, os desapontamentos repetidos, o choro, a raiva, as acusações, a ingratidão com as pessoas próximas, são manifestações da Segunda fase do luto. Conciliar estes desejos tão opostos são tarefas das últimas fases do luto.

Na fase de reorganização se processa uma aceitação da perda definitiva e a constatação de que uma nova vida precisa ser começada. Estes momentos podem trazer saudades e a necessidade da presença do outro novamente. Portanto, embora numa fase de aceitação e de novas buscas, a saudade, a tristeza podem retornar, tornando o processo de luto gradual e nunca totalmente concluído. Alguns

⁷⁶ “Apego, Perda e separação”, 1985.

buscam novos relacionamentos como forma de dar continuidade à vida. Podem ocorrer escolhas baseadas na manutenção das características do ser perdido, com as conseqüentes dificuldades que este processo acarreta. Outros permanecem sós, porque crêem que nenhuma relação pode entrar no lugar daquela que foi perdida. Todos estes aspectos fazem parte do processo de elaboração da perda.

Diante a questão da perda, um informante do HC reflete: *“A morte é a única certeza da vida. O importante é a qualidade de vida obtida durante a vida. O ruim é a saudade que fica”*.

Durante o período de elaboração do luto podem ocorrer distúrbios na alimentação ou no sono. Um número grande de enlutados apresenta quadros somáticos e doenças graves depois do luto, podendo se configurar uma depressão reativa ou até um quadro mais grave.

O tempo de luto é variável e em alguns casos pode durar anos. Pode-se dizer que em alguns casos o processo de luto nunca termina, com o passar do tempo, uma profunda tristeza, um desespero e um desânimo tomam conta, quando se recorda o morto, embora estes sentimentos ocorram com menos frequência. O traço mais marcante do luto é um sentimento de solidão.

6.3 - Representações de Morte

Baseados nas publicações de Ariès, apresentaremos algumas das representações de morte que aparecem em sua obra e que caracterizam atitudes do homem diante dela. Os títulos constam de seu livro⁷⁷. Cabe ressaltar que as representações são mais típicas de uma certa época ou momento histórico, mas algumas dessas manifestações podem ocorrer em qualquer tempo.

6.3.1 - Morte Domada

A morte domada é a morte típica da época medieval. O homem sabe quando vai morrer, por certos avisos, signos naturais ou por uma convicção interna. Os homens daquela época eram

observadores de signos e, antes de mais nada, de si mesmos. Eles morriam na guerra ou de doenças e, portanto, conheciam a trajetória de sua morte.

São os seguintes os atos dedicados ao cerimonial do moribundo:

1. O primeiro ato é o lamento da vida, a evocação triste, mas discreta dos seres, das coisas amadas.
2. O segundo ato é o perdão dos companheiros que rodeiam o luto do moribundo.
3. O terceiro ato é a absolvição sacramental.

Da análise dos documentos dessa época, podem-se perceber algumas características típicas. A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes amigos, vizinhos e, inclusive as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. O maior temor era morrer repentinamente, anonimamente, sem as homenagens cabidas.

Foi assim durante séculos. Uma atitude familiar e próxima com a morte, por isso chamada de “morte domada”.

6.3.2 - A Morte de Si Mesmo

Num dado momento, o homem passa a se preocupar como o que acontecerá depois de sua morte. Ocorre o medo de julgamento da alma, com a sua ida para o inferno ou o paraíso. A alma que está sendo pesada é a representação dessa espera inquietante sobre o seu destino. O medo fundamental do homem, nessa época, relacionava-se com o que viria após a morte, a condenação ao inferno, ao castigo eterno. Era o momento final, como mostram as “*Ars Moriendi*”, tratados sobre a preparação e a arte de morrer e renascer na época medieval. A cena tantas vezes retratada em obras de

⁷⁷ História da Morte no Ocidente (1977)

arte, mostra o moribundo no quarto, cercado pelos familiares, e um árbitro constata como o indivíduo passou seus últimos momentos, como numa prova, ou no Juízo Final. As grandes tentações, então, são o apego às coisas terrestres: Família, objetos materiais. Esse apego é chamado “*Avaritia*” é como uma condenação pela igreja, pois leva a um afastamento de Deus. O homem buscava garantias para o além, através de ritos de absolvição como: orações aos mortos, donativos, missas, ex-votos e principalmente através dos testamentos.

Uma enfermeira do HC refere-se a morte dizendo que: *“É muito difícil lidar com a vida e com a morte. A morte é uma coisa muito difícil, mas muito difícil para mim. Eu tenho medo que de repente eu morra e não consiga fazer metade das coisas que imaginei. Mais medo eu tenho da dependência, que me deixe totalmente dependente de todo mundo. Eu procuro esquecer, não fico pensando, não adianta, acho que o pensamento atrai, eu tento sempre pensar em coisas boas e confio muito em Deus”*.

6.3.3 - Vida no Cadáver, Vida na Morte

Este é o tema que configura a vida na morte. O cadáver tem os segredos da vida e da morte. Mantém uma certa sensibilidade, um resíduo de vida, pêlos e unhas crescem, há secreções.

Um homem ferido poderia ser curado se comesse a carne de um animal morto com a arma que o feriu. Os ossos têm o poder de prevenir doenças, recomendando-se, portanto, que sejam usados no pescoço, como amuletos.

A morte também fertiliza a terra, acelerando o crescimento de plantas, sendo fonte de vida.

Ainda com relação à vida na morte, observa-se a a tona ligação entre prazer/sexo e morte (Eros e Thánatos). As representações artísticas dos séculos XIV, XV e XVI nos trazem ilustrações das danças macabras onde se misturam prazer, sofrimento e morte. A necrofilia, ou seja a cópula com os mortos traz à tona estes temas.

6.3.4 - A Morte Aparente

A morte aparente faz surgir o grande medo dos séculos XVII e XVIII, o medo de ser enterrado vivo. É a confusão entre vida e morte. O pânico passa a ser a possibilidade de despertar dentro do túmulo. Surgem vários ritos e cerimônias para atrasar os enterros, como os velórios, que inicialmente podiam durar 48 horas, de modo a garantir que a morte era definitiva.

6.3.5 - A Morte do Outro

A morte, no século XIX é a morte romântica. É considerada bela, sublime, repouso, eternidade e possibilidade de uma reunião com o ser amado. A morte passa a ser desejada. A morte nesse período traz a possibilidade de evasão, liberação, fuga para o além, mas também, a ruptura insuportável e a separação. Representa a possibilidade de reencontro no além de todos os que se amavam. Prevalencia então uma crença forte na vida futura.

6.3.6 - A cor da Morte

Meltzer (184: p. 17) em sua coletânea, faz uma interessante análise do uso da cor preta como simbolização do luto.

No Ocidente, usa-se o preto num costume que data do paganismo. Na sua origem, não tinha nada a ver com piedade, ou forma de demonstrar tristeza, era uma maneira de expressar medo. Relacionava-se, não com respeito e sim como o horror dos mortos. O preto era um disfarce, assim o fantasma do morto não reconhecia o vivente para calá-lo. O uso de preto incluía o véu, pois acreditava-se ser uma forma de proteção contra própria morte. Essa cor era designada para confundir o próprio demônio, que estava caçando outras vidas. Algumas raças usavam o preto, como uma forma de enganar o morto, que acreditava que os enlutados também eram fantasmas e não criaturas vivas, que poderiam ser invejadas por ele.

O preto também contém o simbolismo da noite e a ausência de cor, para expressar o abandono e a tristeza. Esta cor facilita a lembrança de que ocorreu uma perda. Também poderia sugerir às pessoas, que tivessem uma atitude especial em relação à pessoa enlutada e evitasse falar de coisas que poderiam magoá-la. A cor não só demonstrava a tristeza, mas também criava uma paz e serenidade interiores.

Entretanto, o preto não é a única cor de luto. Usa-se o branco, amarelo e o violeta. Em algumas partes da China a cor tradicional é o púrpura.

6.4 - A Suspensão dos Sinais de Vida: A Morte Clínica

Em seu livro *“Os Vivos e a Morte”*, Ziegler (1977) cita a definição de Hipócrates para o momento em que a morte ocorre, como: testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura, têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzino e endurecido, epiderme seca, uma espécie de poeira de um branco fosco, fisionomia nitidamente contornada e irreconhecível.

Em termos de função, a morte se caracteriza pela interrupção completa e definitiva das funções vitais de um organismo vivo, com o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva das unidades tissulares e celulares.

Cabe atualmente ao médico definir o momento da morte. O médico confirma esse momento constatando-o como definitivo e irreversível, bem como determina a sua causa. Entre os critérios que atualmente definem a ocorrência da morte estão os seguintes (Ziegler, 1977: p. 9):

- 1- Não-receptividade e não reação total a estímulos externos, mesmo que dolorosos. Não há emissão de sons, gemidos, contrações, nem aceleração da respiração.
- 2- Ausência de movimentos respiratórios, falta de movimento muscular espontâneo ou de respiração ao desligar o aparelho respiratório por um tempo mais longo.

- 3- Ausência de reflexos, ou coma irreversível com abolição da atividade do Sistema Nervoso Central. Ausência de reflexos condicionados como: reação da pupila, que fica fixa e dilatada mesmo na presença de luz, sem reflexo na córnea, faringe e tendões.
- 4- Encefalograma plano, comprovando destruição cerebral plana e irreversível (silêncio na linha isoeletrica).

A morte clínica se tornou um conceito, pois atualmente todas essas funções vitais podem ser substituídas por máquinas, prolongando a vida indefinidamente . A morte total ocorre quando se inicia a destruição das células de órgãos altamente especializados, como o cérebro, os olhos, passando depois para outros órgãos menos especializados.

Como vemos, do ponto de vista somático, há uma definição que permite a constatação da morte sem maiores problemas. Em caso de dúvida, pode-se pedir que mais de um médico confirme o óbito. Uma vez dado o atestado, iniciam-se os ritos funerários.

6.5 - A Morte no Século XX

Philippe Ariès (1977), em sua obra *“A História da Morte no Ocidente”* faz referência à morte do século XX chamando-a de *“morte invertida”*.

Segundo este autor (1977: p.27), o século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa, como fora o sexo na era vitoriana. A morte não pertence mais à pessoa, tira-se a sua responsabilidade e depois a sua consciência. A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida. Não há mais sinais de que uma morte ocorreu. O grande valor do século atual é o de dar a impressão de que *“nada mudou”*, a morte não deve ser percebida.

Ao que podemos concluir: A boa morte atual é a que era mais temida na antiguidade (da qual discurremos no início deste capítulo), a morte repentina, não percebida. A morte *“boa”* é aquela em que não se sabe se o sujeito morreu ou não.

A uma supressão da manifestação do luto, a sociedade condena a expressão e a vivência da dor, atribuindo-lhes uma qualidade de franqueza. Há uma exigência de domínio e controle.

A sociedade capitalista, centrada na produção, não suporta ver os sinais da morte.

Os rituais do nosso tempo clamam pelo ocultamento e disfarce da morte, como se esta não existisse. As crianças devem ser afastadas do seu cenário, como se esta não ocorresse.

Esta supressão do processo de luto traz sérias consequências. Uma ilustração típica das atitudes do século XX, encontra-se no conto de Leon Tolstói, A morte de Ivan Ilitch. Este conto fala sobre um doente, e o que reina à sua volta é o silêncio, não se fala sobre a morte, ignora-se o seu fim próximo. Apresenta-se a medicalização da morte, onde reina a mentira e a solidão do doente.

A morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim um fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio. Esta afirmação explicita a confusão das respostas dadas pelos profissionais de saúde quando solicitados a conceitualizar a morte.

Apresentou-se, quase por unanimidade, entre os profissionais investigados os sentimentos de: sofrimento, vazio, impotência, saudade, perda, fracasso. Associadas a elas a expressão: *“Não quero falar sobre a morte, principalmente pensar na minha morte. Vamos mudar de assunto?”*. (auxiliar de enfermagem do HCP)

O local da morte é transferido do lar para o hospital. Tudo isso torna difícil suportar a proximidade com a doença.

No século XX a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem. O hospital é conveniente, pois esconde a repugnância e os aspectos sórdidos ligados à doença. A família também fica afastada para não incomodar o silêncio dos hospitais.

Dessa forma, não atrapalha o trabalho dos médicos e não torna visível a presença da morte, através de lamentações, choros ou questionamentos.

No século XX a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem. O hospital é conveniente, pois esconde a repugnância e os aspectos sórdidos ligados à doença. A família também fica afastada para não incomodar o silêncio dos hospitais.

Dessa forma, não atrapalha o trabalho dos médicos e não torna visível a presença da morte, através de lamentações, choros ou questionamentos.

A ciência, preocupada apenas em construir uma cultura de medicalização da morte, torna o idoso, assim como o doente incurável em estado terminal, seres mudos e impotentes.

Ao reprimir a subjetividade de seus pacientes, os médicos acabam por privá-los do direito de morrer com dignidade, isto é, como falantes.

O homem da pós- modernidade ao retirar a morte do lugar sagrado de fundação das sociedades, passou a banalizá-la em nome da ciência, gerando com isso uma cultura maníaca e onipotente que ousa assenhorear da morte.

Segundo informante, médico infectologista do IIC, a respeito da morte coloca-se: *“O médico não é formado para se acostumar com a morte, ele é ensinado a lutar contra. O médico é o inimigo da morte. A morte não existe no vocabulário médico. Ela está aí não porque ele quer, porque se ele pudesse mudar isso, ele mudaria. A morte é uma coisa que incomoda. Essa é uma página que passa na minha profissão”*.

6.6 – Analisando a Concepção de Morte entre os Informantes

Constatamos que a morte é uma palavra que não deveria ser falada no universo médico. Mas, quando dita e explorada com os profissionais de saúde, esta nos conduz a importantes verificações. Vejamos a tabela que segue:

TABELA 7: O conceito de morte segundo médicos e não-médicos.

	Não-Médicos (n=16)	Médicos (n=16)	P (Teste Canônico)
Fonte de Medo	13%	31%	0.21
Fonte de Tristeza	38%	38%	1.00
Apenas Um Fenômeno Natural	6%	19%	0.30
Fonte de Distanciamento	19%	31%	0.43
Fonte de Saudade	31%	31%	1.00
Inevitabilidade	13%	19%	0.64
Fracasso Profissional	19%	6%	0.30
Fonte de Angústia	0%	13%	0.15
Morte Social	0%	6%	0.33
Perda	56%	19%	0.03
Solidão	25%	0%	0.03
Dor	19%	25%	0.68
Sufrimento	19%	6%	0.30

Caracterizamos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, nesta análise, como sendo “Não-Médicos” e como “Médicos” os doutorandos e médicos infectologistas.

Percebemos uma diferença significativa na concepção de morte e sua relação com os sentimentos de “perda” e “solidão” entre os médicos e não-médicos. 56% dos não-médicos reforçam-se ao sentimento de perda, enquanto que, 19% dos médicos fazem esta correlação. Diante a “solidão”, nenhum médico faz esta referencia e em 25% dos não-médicos observa-se esta relação.

Identificamos semelhança nas concepções de morte quando associadas a “fonte de tristeza” (38%) e “fonte de saudade” (38%) entre os médicos e não-médicos.

Os sentimentos de “medo” e “angústia” apresenta-se em maior incidência entre os médicos. Como também, a morte sendo uma “inevitabilidade”, “um “fenômeno natural” e ainda “fonte de distanciamento”. Torna-se evidente que, para se distanciarem dos sentimentos de “medo” e de

“angústia” proveniente da morte, eles optam por conceberem a morte como sendo um “fenômeno natural e inevitável”.

TABELA 8: O conceito de morte segundo médicos infectologistas e doutorandos em Medicina.

	Doutorandos (n=08)	Infectologistas (n=08)	P (Teste Canônico)
Fonte de Medo	25%	38%	0.62
Fonte de Tristeza	50%	25%	0.33
Apenas Um Fenômeno Natural	0%	38%	0.06
Fonte de Distanciamento	25%	38%	0.62
Fonte de Saudade	25%	38%	0.62
Inevitabilidade	13%	25%	0.55
Fracasso Profissional	0%	13%	0.33
Fonte de Angústia	13%	13%	1.00
Morte Social	0%	13%	0.33
Perda	38%	0%	0.06
Solidão	0%	0%	
Dor	50%	0%	0.02
Sufrimento	13%	0%	0.33

A concepção de morte enquanto “dor” é visivelmente mais significativa entre os doutorandos do que entre os especialistas em infectologia.

À morte concebida como um “fracasso profissional”, como um “fenômeno natural”, ou ainda como “morte social”, apesar da pouca incidência, merece ser ressaltada. Pois, apenas os infectologistas fizeram esta referência. Para não enfatizar a morte, os médicos infectologistas, logo quando persuadidos dizem que a morte é um “acontecimento natural”, mas de acordo com a fala desses profissionais (vide anexo 2, p. 155) constatamos não ser tão natural assim.

O fracasso está diretamente correlacionado ao óbito, com eles dizem: *“a perda do paciente”*. E a expressão “morte social”, ganhou após a AIDS fortalecimento, por está representando: o preconceito, a discriminação, o abandono,...

“Um homem livre, em nada pensa menos que na morte, a sua sabedoria não é meditação da morte, mas da sua vida.” (Spinoza)

CONSIDERAÇÃO FINAL



No intuito em compreendermos a representação social do “poder médico” após deflagração da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), fomos convidados a percorrer por um universo complexo, onde as palavras captadas através da fala dos profissionais envolvidos nesta pesquisa se tornaram decisivas para nos guiarem nesta viagem.

O universo complexo, ao qual nos referimos é a Morte, indicada como o lugar proibido. Aos seus arredores encontram-se: o sofrimento, o preconceito, a dor, a promiscuidade, o medo, o desprezo, a discriminação.

Seus habitantes são conhecidos como integrantes de “grupos de risco”, são eles: homossexuais, usuários de drogas injetáveis, heterossexuais, homens, mulheres, crianças, jovens, adultos, ricos, pobres, intelectuais, analfabetos, enfim, são os seres humanos.

Nos esclareceram, alguns, que os viventes deste lugar apresentam um semblante triste, sua auto-estima tanto quanto sua auto-imagem estão geralmente em baixa, suas falas exprimem arrependimento, um sentimento de culpa. Assim sendo, eles encontram-se auto-limitados, são dependentes, marginalizados, abandonados, estão contaminados. Contaminados por um vírus, um vírus adquirido através dos representantes da própria origem da vida: o sangue, o esperma, o sexo, o prazer.

Talvez por estes motivos, ocorrem geralmente explosões. As denominadas explosões sociais.

Recentemente começaram a ocorrer lutas neste lugar. As revoltas se tornaram uma constante. Gritavam por uma tal “qualidade de vida”. Eles argumentavam que queriam ter direito a algumas coisas que os habitantes de um lugar, do outro lado, tinham acesso. Coisas como: futuro, trabalho, amizade, casamento, gravidez, amor, esperança, informação, parto, filhos.

Sabiam eles que, para lutarem por esta conquista precisariam ocorrer mudanças. A primeira mudança seria o “tratamento”. Como todo grande tratamento requer, seriam ingeridos muitos remédios. Mas, o maior remédio, sem dúvida, é a proteção, o cuidado, o controle.

O lugar almejado é um lugar chamado Vida.

E o novo grito para as novas conquistas é:

*“Não há necessidade de preconceitos,
convívio social não contamina”.*

Utilizamos metáforas, para concluir e expor o conteúdo destas 181 (cento e oitenta e uma) páginas. Pesquisamos e apresentamos a representação social como meio utilizado pelos homens de apreenderem e repassarem o vivenciado. Apresentamos a doença AIDS como meio de informação a

quem possa interessar. Percorremos os corredores dos DIP's para conhecer o seu espaço físico, para conhecer as pessoas que por lá passam, quer seja para cuidar ou para lá ficar por algum tempo. Ou ainda, para de lá não sair, tornando-se viventes do universo complexo, a Morte.

Nosso foco foi o médico infectologista, o profissional da vida, ou seria o profissional da vida e da morte? Não pretendemos responder a esta pergunta. Chegamos ao entendimento que o distanciamento destes profissionais para com a morte faz com que ele encontre meios de buscar vida, mesmo que esta esteja correlacionada a outra expressão, “qualidade de vida”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEBISCHER, Verena & DUCONCHY, Jean-Pierre & LIPIANSKY, E. Marc. (1991). Idéologies et représentations sociales – Suisse, Delval.
- ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (1998). Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs) Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará.
- ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. (Orgs). (1994). Saúde e Doença: Um olhar Antropológico. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- ARIÈS, Philippe. (1977). História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. O homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BAKAN, David. (1979) Enfermidad, Dolor y Sacrificio- Hacia una Psicología del Sufrimiento. México: Fondo De Cultura económica, 144 p.
- BARNES, D. M. (1987). Aids: Statistics but few answers. *Science*, 236: 1.423-5.
- BERGER, P.L & LUCKMANN, T. (1976). A construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento. 5ª Edição, Rio de Janeiro, Ed. Vozes.
- BERLINGER, Giovani. (1989). A Doença. SP: Difel.
- BOHANNAN, P. J. (1964). “Conscience Collective et Culture” in Essays in Sociology and Philosophy. N.Y.: Harper and Row, (77-96).
- BOWLBY, John. (1985). Apego, Perda e Separação. Volume I. São Paulo, Martins Fontes.
- BOLTANSKY, Luc. (1989). As Classes Sociais e o Corpo. 3ª edição, Rio de Janeiro, Graal.
- BOUGLÉ, Charles, (1926). The Evolution of Values, traduzido por Helen S. Sellars (Nova York: The Macmillan Company)

- BOURDIEU, Pierre (1990). Coisas Ditas. 1. Ed., SP: Brasiliense, P. 149-168: Espaço Social e Poder Simbólico.
- _____. (1996). Razões Práticas: Sobre a teoria da Ação. Tradução Mariza Corrêa, Campinas, São Paulo, Papirus.
- _____. (1972). Squisse d'une Théorie de la Pratique. Paris: Librairie Droz.
- CANESQUI, Ana M. (1994). Notas sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80, In: Alves, P. C. e Minayo, M. C. S. (Orgs.) Saúde e Doença: Um olhar antropológico, RJ, Editora Fiocruz.
- CASTANEDA, Carlos. (1979). Viaje a Ixtlán. México: Fondo Cultura Económico,.
- COHEN, E.H. Amar, R. (1999). External Variables as Points in SSA: A Comparison with the Unfolding Techniques. IN: R. Meyer Schweizer, D. Hänzli, B. Jann, E. Peier-Klantschi & H. J. Schweizer – Meyer (Eds.), Facet Theory: Design and Analysis (pp. 259-279). Bern: FTA – Facet Theory Association (c/o Institut für Soziologie, Universität Bern).
- DAMATTA, R. A. (1991). Casa & A Rua. Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- DUARTE, Luís Fernando. D. (1987): A Medicina e o Médico na Boca do Povo. P.1-8. Texto apresentado no Seminário Sistemas Alternativos de Cura II, UFPE.
- DURAND, Gilbert. (1997). As Estruturas Antropológicas do Imaginário: Introdução à Arqueologia Geral. Trad. Hélder Godinho. São Paulo, Martins Fontes.
- DURKHEIM, Émile. (1954). The Elementary Forms of the Religious Life, traduzido por J. W. Swain (Glencoe, III.: The Free Press)
- _____. (1912). As Formas Elementares da Vida Religiosa: O sistema totêmico na Austrália. Tradução Paulo Neves, São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (1978). “As Regras do Método Sociológico”. Pensadores. São Paulo: Abril, (71-156).

- EVANS-PRITCHARD, E. E. (1981). História e Pensamento Antropológico. Tradução Teresa Louro Pérez. Lisboa, Edições 70.
- FARR, Robert. (1995). Representações Sociais: A teoria e sua história, In Guareschi, P. & Jovchelovitch, Sandra (Orgs.), Textos em Representações Sociais. 4ª edição, Rio de Janeiro, Ed. Vozes.
- FERREIRA, Jaqueline. (1994). O Corpo Signo, In Alves, P. C. e Minayo, M. C. S. (Orgs.) Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico, RJ, Editora Fiocruz.
- FOUCAULT, Michel. (1988). Microfísica do Poder. 7. Ed., RJ: Graal, 294 p.
- FRANCH, Mónica; LAGO-FALCÃO, Tânia & SILVA, Vera da (1999). Mortalidade infantil: uma perspectiva antropológica. Recife: PPGA-UFPE, mimeo.
- FREYRE, Gilberto. (1983). Médicos, Doentes e Contextos Sociais. RJ: Globo, 286 p.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff Burn-out. Journal of Social Issues, 30 (1), 159-165.
- GALLO, R. The Aids virus. Scientific American, 256(1): 39-48.
- GEERTZ, Clifford. (1989). A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
- GOFFMAN, Erving. (1985). A Representação do Eu na Vida Cotidiana; tradução de Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis: Vozes.
- _____. (1992). Manicômios, Prisões e Conventos. (4ª ed.) SP: Perspectiva.
- GOLDMANN, L. (1980). Ciências Humanas e Filosofia. São Paulo: Difel (6ª ed.).
- GUARESCHI, Pedrinho. (1995). Introdução. In Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (Orgs.) Textos em Representações Sociais. RJ, 2ª ed. Petrópolis: Rio de Janeiro.
- GUYTON, Arthur C. (1977). Tratado de Fisiologia Médica. 5ª. ed. RJ: Interamericana. Cap.50, p. 585-597: Sensações Somáticas: Dor, Dor Visceral, Cefaléia e Sensações Térmicas.
- GRAMSCI, A. (1981) Concepção Dialética da História. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira (4ª ed.).

HABERMAS, Jürgen. (1989). El discurso filosófico de la modernidad. Madrid, Taurus.

..... (1987). Teoría de la acción comunicativa I; racionalidad de la acción y racionalización social – Tomo I, Madrid, taurus.

..... (1987). Teoría de la acción comunicativa II; crítica de la razón funcionalista – Tomo II, Madrid, Taurus.

HELMAN, Cecil G. (1994). Cultura, Saúde e Doença. 2ª. Ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 333 p.

JODELET, Denise. (1984). Représentation Sociale: Phénomènes, concept et théorie. in: Moscovici, S. Psychologie sociale. Paris: PUF.

JODELET, Denise. (1989). Les représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet, D. (Ed.). **Les Représentations Sociales**. Paris: PUF, p. 31-61.

..... (1998). A Alteridade como produto e processo psicossocial. In ARRUDA, Ângela (Org.) Representando a Alteridade. Petrópolis, RJ: Vozes.

KATZ, Jay. (1989). El Médico Y el Paciente: Su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica, 446 p.

LAPLANTINE, François. (1991). Antropologia da Doença. 1ª. Ed., SP: Martins Fontes, 274 p.

LOYOLA, Maria Andréa (Org.) Alair Giami... [et al]. (1994). AIDS e Sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas. RJ: Relume-Dumará: UFRJ.

..... (1984). Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde. SP: Difel, 198 p.

LOWIE, Robert. (1947). Antropologia Cultural. México – Buenos Aires. Fondo de Cultura Economica.

LUKÁCS, G. (1967). Existencialismo ou Marxismo? São Paulo: Senzala.

LUZ, Madel T. (1986). As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 3ª. Ed., RJ: Graal, 295 p.

- MACHADO, Roberto. (1982). Ciência e Saber (A trajetória da arqueologia de Foucault). Rio de Janeiro, Graal.
- MASLACH, C. & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-113.
- Manual para Oficina de Prevenção. Projeto Mulheres na Luta Contra AIDS. SOS Corpo Gênero e Cidadania; Grupo de Mulheres do Morro da Conceição; Grupo Mulher Maravilha – Nova Descoberta. Apoio: EZE – Fundação MacArthur – Coordenação Nacional DST/AIDS – Ministério da Saúde. (1998). Recife.
- Manual de Diretrizes Técnicas para Elaboração e Implantação de Programas de Prevenção e Assistência das DST/AIDS no Local de Trabalho / Coordenação Nacional de DST/AIDS. (1998). Brasília: Ministério da Saúde.
- MARCONDES, Danilo. (1992). Filosofia, Linguagem e Comunicação. 2ª ed. São Paulo: Cortez.
- MARX, K. & ENGELS, F. (1984). Ideologia Alemã. São Paulo: Hucitec.
- MAUSS, Marcel. (1921). A Expressão Obrigatória de Sentimentos. In OLIVEIRA, Roberto C. (Org.) . Mauss Antropologia. SP: Ática, 1979. Cap. 4, p. 147-153.
- _____. (1974). Sociologia e Antropologia. São Paulo: EPU/EDUSP, I E II vols.
- MELTZER, D. (ED). (1984). Death. Na Anthology Ancient Texts, Songs, Prayers and Stories. San Francisco, North Point Press.
- MINAYO, Maria Cecília S. (1994). O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª. Ed. Afiliada, SP: Hicitec-Abrasco, 269p.
- _____. (1995). O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica In Guareschi, P. & Jovchelovitch, Sandra (Orgs.), Textos em Representações Sociais. RJ, 4ª Ed. Vozes.

- MORANDO, Luiz e Guimarães, Rodrigo (Org.) (1998). AIDS: Olhares Plurais. Ensaio Esparsos sobre a Epidemia de HIV/Aids. Belo Horizonte – MG. Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais. (Financiamento do Governo de Minas Gerais, com apoio: BISA – Boletim Informativo Sobre AIDS).
- MORIN, Edgar. (1976). O Homem e a Morte. Lisboa: Publicações Europa-América & Ed. Universitária.
- _____. (1986). O método III. O conhecimento do conhecimento. Lisboa, Europa-América.
- MOSCOVICI, Serge. (1995). Prefácio, In Guareschi, P. & Jovchelovitch, S (Orgs.) – Textos em Representações Sociais, RJ, 4ª Ed. Vozes.
- NUNES, Everardo D. (Org.) (1989). Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina. SP: Cortez, 238 p.
- PARKER, Richard (Org.)... [et al]. (1994). A AIDS no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ.
- PARKER, Richard e BARBOSA, Maria Regina (Org.). (1999). Sexualidades pelo Averso: direitos, identidade e poder. RJ: IMS/UFRJ:SP: Ed: 34.
- PERESTRELLO, Danilo. (1988). A Medicina da Pessoa. 4ª. Ed., RJ: Livraria Atheneu, 277 p.
- PERRUSI, Arthur. (1995). Imagens da Loucura: Representação da Doença Mental na Psiquiatria. São Paulo: Cortez, Recife: Ed. Univ. UFPE.
- PITTA, Ana. (1991). Hospital – Dor e Morte como Ofício. 2ª.ed., SP: Editora Hucitec, 198 p.
- PITTA, Danielle Perin Rocha. O tema da passagem no folclore pernambucano. In: O imaginário e a simbologia da passagem. Anais do II Ciclo de Estudos sobre o Imaginário. Danielle Perin Rocha Pitta (Org.). Recife: Fundação Joaquim Nabuco/ Massangana.
- RABELO, M. C. (Orgs). (1998). Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras. RJ, Editora Fiocruz/ Relume Dumará.

- REZENDE, Ana Lúcia M. (1989). Saúde- Dialética do pensar e do fazer. 2ª. ed., SP: Cortez, 159 p.
- RIBEIRO, Herval P. (1993). O Hospital: História e Crise. SP: Cortez, 135 p.
- ROAZZI, Antonio. Categorização, Formação de Conceitos e Processos de Construção de Mundo: Procedimentos de Classificações Múltiplas para o Estudo de Sistemas Conceituais e sua Forma de Análise, Através de Métodos Multidimensionais. Cadernos de Psicologia, 1, 1-27, 1.
- ROAZZI, Antonio. (1997). Aportes teóricos: Psicologia Cognitiva. Psicologia cognitiva e sua relação com a psicologia social. Trabalho apresentado na modalidade Mesa-Redonda no Encontro Dez Anos de Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade – Psicologia: Estado da Arte e do Futuro, promovido pelo curso de Pós-graduação em psicologia Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 4. 1.
- ROAZZI, Antonio. (1987a). O desenvolvimento individual, o contexto social e a prática de pesquisa. Psicologia: Ciência e Profissão, 3, 27-33.
- ROAZZI, Antonio. (1987b). Pesquisa e Contexto: Métodos de investigação e diferenças sócio-culturais em questão. Cadernos de Pesquisa, 62, 35-44.
- ROAZZI, A., FEDERICCI, F. & CARVALHO, M.R. (1998). A Questão do Consenso nas Representações Sociais: Um Estudo do Medo entre Adultos.
- ROAZZI, A. & MONTEIRO, C. M. G. (1995). A representação social da mobilidade profissional em função de diferentes contextos urbanos e suas implicações para a evasão escolar. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 47 (3), 39-73.
- RODRIGUES, José Carlos. (1983). Tabu da morte. Rio de Janeiro: Achiamé.
- RUSSEL, B. H. (1994). Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. London: Sage.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. (1993). O Médico e seu Trabalho. São Paulo: Editora HUCITEC.

- SCHUTZ, A. (1982). Collected Papers I “Commonsense and Scientific Interpretations of Human Action” Hague: Martinus Nijhoff 2ª ed..
- SINGER, PAUL, Campos, Oswaldo, Oliveira, Elizabeth M. (1988). Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde. RJ: Forense Universitária, 166 p.
- SIQUEIRA, Benedictus P. (1978). O Papel do Hospital no Ensino Médico. Revista de Administração para o Desenvolvimento, Recife, Ano II, no. 2, p. 85-93, abril/dezembro.
- THOMAS, Louis-Vincent. (1985). Rites de mort – pour la paix des vivants. Paris: Fayard.
- THOMAS, W. I. (1970) The Definition of the Situation” in Social Theory. N. Y.: McMillan Company, 3ª ed.
- TYLER, S. A. (1969). Cognitive Anthropology. New York: Holt, Rinehart e Winston.
- _____. (1978). The said and the unsaid: Mind, meaning and culture. New York: Academic Press.
- VAN GENNEP, Arnold. (1978). Os ritos de passagem. Petrópolis: Vozes.
- WAGNER, Wolfgang. (1995). Descrição, Explicação e Método na Pesquisa das Representações Sociais. In: P. GUARESCHI & S. JOVCHIELOVITCH (Orgs) Textos em Representações Sociais. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 4ª Edição.
- WEBER, Max. (1974) A Objetividade do Conhecimento nas Ciências e na Política Social. Lisboa: Lisboa Ltda.
- _____. (1985). A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo. São Paulo: Pioneira.
- WOLFF, B. Berthold, LANGLEY, Sarah. (1977). Cultural Factors and Response to Pain. In LAND, D. Culture, Disease and Healing in Medical Anthropology. N. York, Macmillan Publishing Co, Inc, p. 315-319.
- ZIEGLER, Jean. (1977). Os vivos e a morte: uma “sociologia da morte”no ocidente e na diáspora africana no Brasil, e seus mecanismos culturais. Rio de Janeiro: Zahar.

TESES:

- Hospital Universitário: Espaço de Interdição à Expressividade da Dor – Um estudo sobre as relações no serviço de cirurgia geral do Hospital das Clínicas. Por Patrícia Érika de Melo Marinho. 1996.
- Saúde e Doença: Um Estudo Antropológico da Representação Social dos Formadores de Opinião da Comunidade Entra A Pulso. Por Claudia Simonne Carneiro Gouvêa. 1998.
- Toda Loucura Será Castigada – Um estudo sobre representação social da doença mental entre psiquiatras do Recife. Por Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi. 1992.

REVISTAS:

- Revista Veja, 27 de outubro de 1999.
- Revista Isto é, março de 2000.
- Revista AIDS -- Novos horizontes. Ano 1. Nº 2. MC 227/99. Produzida pela Office Editora e Publicidade Ltda
- Médico Repórter -- ano 2. Número 17. Junho 2000. Editora Lopso

OUTRAS REFERÊNCIAS:

- Dados de arquivo, MSD-Brasil.
- Hammer SM et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus didanosine in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. N Engl J Med 1997; 337(11): 725-733.
- Panfletos distribuídos pela Prefeitura da Cidade do Recife, 1999 – 2000.
- Material de Divulgação do SOS Corpo.
- Material de Divulgação da ASAS.
- Anotações Pessoais de Participação em Congressos, Seminários e Palestras. Ocorridas entre 1998 e 2000.

SITES

- www.aids.gov.br/
- www.pe.gov.br/
- www.sogimia.com.br/aids.Ltm

ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DA ENTREVISTA

A. Sobre a Profissão

- 1- Como se deu a sua escolha profissional, isto é a medicina ?
- 2- E a “escolha” em trabalhar com infectologia, mais especificamente com a AIDS, ou melhor com pacientes portadores do vírus HIV e doentes de AIDS ?
- 3- E o doutorando, como se sente atuando neste setor ? Se não fosse obrigatório ele escolheria espontaneamente ‘passar’ por esta unidade de saúde ?
- 4- Como você se coloca diante à morte:
 - a) de seu paciente;
 - b) de um familiar;
 - c) e de sua morte;
- 5- Qual a concepção de morte ?
- 6- Como você caracteriza o nível de stress que envolve a sua profissão ?
- 7- A instituição hospitalar lhe oferece segurança para que exerças efetivamente as sua funções ?
- 8- Qual (is) poder (es) é (são) delegado (s) ao profissional de saúde, dentro e fora da instituição hospitalar ?
- 9- Em uma pesquisa recente verificou-se que 75% dos profissionais de saúde não utilizam a camisinha nas relações sexuais. Coloque-se frente a esta afirmativa ?

B. Sobre a Doença, mas especificamente sobre a AIDS

- 1- O que é doença ?
- 2- Qual a concepção da AIDS na atualidade ?
- 3- O que é saúde ?

C. A AIDS, o profissional de saúde, e o paciente

- 0- Qual o conceito atual do chamado ‘grupo de risco’ ?
- 1- Se não existe cura para a AIDS, como fica a relação médico-paciente ?
- 2- O que o motiva continuar trabalhando neste setor, DIP, e em consequência com pacientes HIV/AIDS ?
- 3- Quais os sentimentos percebidos no momento do contato com o paciente HIV/AIDS ?
- 4- Durante muito tempo, a AIDS ficou associada a “opção” sexual do paciente (o chamado “câncer gay”), hoje, como você se coloca diante a forma de contaminação de seu paciente no que concerne a forma de tratamento, isto é, como se dá a relação médico-paciente com as diferentes maneiras de contaminação ?
- 5- Qual a concepção de poder que envolve sua profissão, a medicina. E a sua concepção de poder relativa a sua percepção enquanto médico, profissional da cura ?

OBSERVAÇÃO:

A entrevista foi adaptada quanto dirigida aos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e doutorandos.

ANEXO 2 – Dados obtidos acerca dos conceitos referentes a: escolha profissional, concepção de morte, de AIDS e de poder dos informantes envolvidos nesta pesquisa.

Os dados a seguir foram extraídos das entrevistas ocorridas no período de campo de pesquisa, de agosto de 1999 a janeiro de 2000, com os profissionais de saúde inseridos nesta pesquisa.

➡ MÉDICOS INFECTOLOGISTAS

INFORMANTE 1 (L.P.)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital das Clínicas

Tempo de Atuação em DIP/AIDS: 14 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Por um desejo em ter um médico na família (família pobre tinha que ter um doutor no meio); porque a AIDS é uma doença que desafia a medicina e ao profissional. Eu fui me adaptando a medicina, entrei nesse campo de saúde pública e foi aonde eu vejo a questão da AIDS como um desafio; o interesse por saúde pública”.

Concepção de Morte: “A morte não deveria existir, não gosto da morte, não gosto de falar sobre ela. O médico não é formado para se acostumar com a morte, ele luta contra a morte, ele é o inimigo da morte. A morte não existe no vocabulário médico. Ela está aí, mas não porque ele quer, porque se pudesse mudar isso aí, ele mudaria. A morte é uma coisa que incomoda. Então essa página passa na profissão”.

Concepção da AIDS: “A AIDS é uma doença que não tem uma solução assim tão imediata, então ela vai ser um problema seríssimo. O controle dela é difícil. (...) A AIDS atinge agora uma população

mais pobre, a tendência dela é disseminar e se tornar um grande problema da gente, maior do que já é”.

Concepção de Poder: “O poder em encaminhar o indivíduo a um atendimento mais rápido do que aquele oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O poder de esclarecer acerca de sua doença. É o poder de fazer as coisas acontecerem. O que cansa mais ao médico não é o que a gente faz, mas sim o que a gente deixa de fazer para ajudar ao paciente. Não só por conta do próprio nível do conhecimento atual, mas também com relação aos limites diante aos trabalhos nos serviços. As instituições não dão continuidade aos trabalhos”.

INFORMANTE 2 (V.G.)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital das clínicas

Tempo de atuação: 5 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Amor a profissão (escolha pessoal); vontade em ajudar as pessoas; e interesse pela doença”.

Concepção de Morte: “Tristeza; Quando morre um paciente automaticamente faço uma reflexão da minha vida. Tenho medo da morte”.

Concepção da AIDS: “Uma doença a qual todos estão sob risco, uns mais do que outros”.

Concepção de Poder: “Poder ajudar os pacientes, proporcionar qualidade de vida”.

INFORMANTE 3 (D)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital das Clínicas

Tempo de Atuação: 2 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Exclusão, eu não queria ser engenheiro, nem ser advogado, queria fazer algo na área de saúde, aí escolhi a medicina”.

Concepção de Morte: “A morte é algo natural, então vejo com naturalidade. Não fico me preocupando o tempo todo não. Não fico pensando muito nela não, eu sei que um dia vai acontecer, mas como pode ser humano ele se bloqueia pensar, né?”

Concepção da AIDS: “A AIDS influiu muito no meu comportamento, apesar de que quando ela surgiu eu não era sexualmente ativo ainda, mas hoje em dia influi demais, muito mesmo, extremamente, às vezes acho que preciso de uma psicoterapia... Sexo é muito bom, mas temos que aprender a racionalizar. Eu não posso! A AIDS é uma doença que amedronta, faz medo”.

Concepção de Poder: “O poder do médico é o de zelar pelo paciente e proporcionar um bom atendimento mesmo diante das faltas existentes na instituição”.

INFORMANTE 4 (E.G.)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital das clínicas

Tempo de Atuação: 5 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional: “Vontade de fazer medicina desde criança”.

Concepção de Morte: “A morte é a única certeza da vida. O importante é a qualidade de vida obtida durante a vida. O ruim é a saudade que fica”.

Concepção da AIDS: “A AIDS é uma doença que amedronta, principalmente pela sua forma de contágio, sendo assim toda a população se encontra exposta. Outra preocupação é acredito que ainda demorará aproximadamente uns 15 anos ou mais para se descobrir uma vacina ou ‘cura’ para ela”.

Concepção de Poder: “Poder oferecer qualidade de vida ao paciente através da prescrição de medicamentos (tratamento); Resgatar a qualidade de vida; Ver o resultado do trabalho”.

INFORMANTE 5 (C. E.)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital Universitário Oswaldo Cruz

Tempo de Atuação: 2 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Desafio, de lutar contra a AIDS! Eu tenho as armas, eu tenho os antimicrobianos, eles tem os mecanismos deles, eu uso um contra o outro, e essa eterna guerra é emocionante, também esse eterno desafio é uma coisa gostosa dentro da especialidade. É, mais ou menos assim, vem que eu estou preparado, eu tenho a arma. Hoje em dia ganhamos muitas batalhas, na AIDS inclusive e a tendência é cada vez ganhar mais. Mesmo que a AIDS não tenha cura, tem perspectivas de cura. Há qualidade de vida. Outro ponto é a Coragem! Coragem de fazer infectologia. Tem que ter coragem. Pois o médico infectologista não tem perspectiva de ganhar muito dinheiro. Eu demorei muito para tomar essa coragem, não foi uma decisão muito fácil. Outro motivo que me fez decidir pela infectologia é que as perspectivas de cura são sempre iminentes (exceto a AIDS). A realidade é que todos acham lindo, maravilhoso, gratificante, mas ninguém vem fazer porque não dá dinheiro. Isso é realidade no meio médico. Mas isso não quer dizer que não seja respeitada, ela é respeitadíssima no meio médico”.

Concepção de Morte: “Eu acho que é muito natural, encaro com muita naturalidade”. A morte está representada quando o médico diz que *perdeu a guerra*. Ele complementa que “perder a guerra seria o natural. E que as batalhas vencidas, isso é uma sensação maravilhosa. A gente sabe que todo mundo vai morrer, isso é a única certeza que existe, isso já é um jargão. A gente tem certeza que vai morrer, mas a gente tem batalhas que vence e, vencer essas batalhas é que é legal, é que torna emocionante a nossa profissão. A morte me angustia, me faz sentir saudade”.

Concepção da AIDS: “A AIDS é atualmente uma doença que chega as classes mais baixas, grande parte dos pacientes que a gente vê são de nível sócio-econômico-cultural desfavorecido, discriminado, já nasce discriminado, aí pega AIDS, pronto! Já nasce pela própria condição social um discriminado. É o que chamo de exclusão social. A AIDS no início era uma doença da elite, da elite intelectual, da elite financeira. Por isso houve tamanha preocupação e investimento do governo”.

Concepção de Poder: “O poder em fazer o paciente sair de um estado caquético para receber alta. Essa gratificação é ímpar! É o poder para a minha profissão”.

INFORMANTE 6 (A.V.)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Tempo de Atuação: 16 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Eu peguei o primeiro caso de AIDS aqui em Pernambuco, 1983, quando era doutorando no Hospital das Clínicas. Nessa época decidi fazer

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Eu peguei o primeiro caso de AIDS aqui em Pernambuco, 1983, quando era doutorando no Hospital das Clínicas. infectologia”.

Concepção de Morte: “Encaro a morte como uma coisa muito natural. A gente não pode está se emocionando com cada morte de paciente. Se estivesse, eu hoje estaria morto também. Se for um familiar, vai entrar o lado emocional, o lado pessoal, o lado ser humano normal, e vai mexer. Vou ficar com depressão, vou chorar, vou ficar triste. Minha morte, na verdade não fico pensando na minha morte, eu sempre fico dizendo que vou viver dos oitenta anos para lá. Eu prefiro nem pensar. Eu penso muito mais na vida do que na morte.

Concepção da AIDS: “A AIDS é uma doença crônica como muitas outras. e que hoje em dia a gente consegue um bom controle. É uma doença absolutamente normal, é assim que eu vejo a AIDS. Uma doença que não precisa ter nenhum preconceito, não precisa Ter nenhum tipo de segregação”.

Concepção de Poder: “O poder de diagnosticar certo, de tratar certo, de oferecer um tratamento digno e correto ao paciente”.

INFORMANTE 7 (F.V.)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital Correia Picanço

Tempo de Atuação: 8 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Escolhi infectologia ainda no sexto ano do curso de medicina. Participei do serviço ainda embrionário no HC, fiz especialização no HUOC e logo após fui convidado para trabalhar aqui no Correia Picanço com AIDS. Trabalhar com a questão do HIV é muito especial porque você cuida do paciente desde a entrega do resultado até infelizmente os últimos dias, você adquire aquele elo de confiança, de amizade com aquela pessoa, você acompanha praticamente do começo ao fim. Tem todos aqueles estágios de alegria e de sofrimento, eu sei que os de sofrimento são mais do que os de alegria. A gente costuma dizer que tem mais espinhos do que flores nessa trilha, nessa caminhada”.

Concepção de Morte: “Primeiramente, apesar da gente ser médico a gente também é um ser humano. Mas,... É o tipo da coisa que eu procuro não pensar, mas você tem aqueles *flashes*. Seguramente esse tema nunca passou pela minha cabeça, mas eu acho a morte uma coisa altamente ... eu não me conformo, não me conformo! Eu acho uma coisa altamente desumana. (Quando indagado a respeito da associação da morte com sua profissão medicina, ele resume dizendo que é uma área onde você convive constantemente com a morte. Talvez por isso pensar nela seja mais complicado). A

morte é um tema tão mesquinho, tão próximo da realidade da gente, mas ao mesmo tempo tão distante. Talvez seja por isso que eu não posso ter e nem quero ter filosofia. Não sei se sou racional ou irracional, eu não paro para pensar nisso”.

Concepção da AIDS: “A AIDS é uma epidemia, que a tendência estatisticamente hoje em dia, a gente vê a pauperização dessa epidemia, você está vendo mais pobres se contaminando, pessoas cada vez mais jovens se contaminando. Deixou de ser uma doença que até então a maioria dos casos se detectava entre os 25 e 40 anos de idade, agora você vê casos bem recentes abaixo dos 20 anos e até adolescentes e a feminização desta epidemia, as mulheres cada vez mais sendo contaminadas. A medida que hoje em dia você pode dizer que há um homem para uma mulher contaminada, coisa que não era admissível nem esperado a alguns anos atrás; então é basicamente esses três pilares que a AIDS hoje em dia está sedimentada, está baseada. E é um caso de saúde pública que a gente tem trabalhado muito bem essas campanhas e sensibilizar cada vez mais a população de uma maneira geral tem que dar apoio”.

Concepção de Poder: “O poder é o de trabalhar sabendo que milhares de pacientes dependem de você e são poucos os infectologistas no Estado de Pernambuco, no Brasil de uma maneira geral. É uma área um tanto quanto ingrata. Mas, a quantidade que a gente tem não é o problema, graças a Deus a qualidade é muito boa”.

INFORMANTE 8 (O.C.P.)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital Correia Picanço

Tempo de Atuação: 4 anos

Especialização: Infectologia

Escolha Profissional (Ideologia Profissional): “Foi destino, não foi influência da família. Foi uma opção minha. Houve um caso em minha família de AIDS, e mexeu muito comigo, me mobilizou para querer fazer infectologia, trabalhar com paciente HIV positivo”.

Concepção de Morte: “Trabalhar com AIDS me ensinou muito porque a visão que eu tinha da morte era o fim, era como algo que eu deveria lutar contra o tempo inteiro. Nós lutamos contra a morte na maior parte das vezes, mas existe uma morte muito maior, que é a morte social; que é a discriminação, o preconceito, e é essa morte que eu acho que a gente tem que lutar. A morte biológica ela faz parte do contexto da vida, aliás a vida só existe porque existe a morte, então eu entendo isso às vezes até como alívio, para algumas famílias, para alguns pacientes, nessa hora a gente tem que aprender a respeitar esse momento, a morte. Toda perda é difícil. Eu acho que como 100% das pessoas, a gente nunca procura pensar sobre ela. Ela vai vir de qualquer jeito. Ela vem de qualquer jeito. Se eu começo a pensar nela eu já estou morrendo, então prefiro não pensar, porque quando ela vier, que ela me leve, sem pensar, sem eu pensar, sem eu nem esperar. Que seja rápida e fugaz”.

Concepção da AIDS: “A epidemia da AIDS mudou, a ciência evoluiu, nunca se estudou tanto uma doença como se estuda o HIV. Hoje em dia nós temos um monte de medicamentos, nós temos resultados, nós vemos o paciente melhorar, reconstruir família, voltar a ser produtivo e isso tem que ser mostrado a sociedade. A gente vê que os jovens hoje em dia não se previnem. A influência da mídia é muito pequena. O que eu acho da epidemia é que ela mudou vários preceitos, as várias faces da AIDS mudaram. Antigamente eram mais homossexuais masculinos e que faziam parte de um nível social mais alto, hoje em dia a gente vê que o que mais cresce estatisticamente são mulheres contaminadas e as classes sociais mais baixas. Já dizia um estudioso de Porto Rico, logo no início da epidemia, a AIDS por si só já é uma doença extremamente sinistra, extremamente perigosa, é triste se tratar um paciente com AIDS, naquela época, mas muito pior é quando a AIDS se junta a miséria”.

Concepção de Poder: “O poder é o de propor qualidade de vida ao paciente, é o de saber quais os procedimentos que devem ser administrado e executá-los com respeito ao paciente. É o poder de ser útil para aquele que precisa dos nossos conhecimentos”.

➡ **DOCTORANDOS DE MEDICINA:**

INFORMANTE 9 (W)

Sexo: masculino

Profissão: doutorando de medicina

Hospital: Hospital das Clínicas

Escolha Profissional: “Paixão pela medicina”.

Concepção de morte: “E sempre um pesar pensar na morte. Não gosto de falar sobre esse assunto”.

Concepção de AIDS: “Desinformação, resistência ao uso de medidas habituais que impedem ou dificultam a transmissão viral, principalmente o uso de camisinha pelos casais. A AIDS é uma doença crônica, assim hoje está sob controle através dos medicamentos”.

Concepção de Poder: “O poder da medicina, portanto o meu poder é o de diminuir o sofrimento do paciente; prolongar e melhorar sua qualidade de vida; confortar, amparar e orientar”.

INFORMANTE 10 (J)

Sexo: Feminino

Profissão: Doutoranda

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Escolha Profissional: “Eu queria a área de saúde”.

Concepção de Morte: “Não gosto de falar do assunto, não quero morrer nem tão cedo”.

Concepção de AIDS: “Hoje em dia lidamos como uma doença crônica”.

Concepção de Poder: “Meu poder está em proporcionar a cura aos doentes”.

INFORMANTE 11 (L)

Sexo: Feminino

Hospital: HC

Tempo de Atuação:

Escolha Profissional: “Paixão pela profissão”.

Concepção de Morte: “Medo, tristeza”.

Concepção de AIDS: “A AIDS é uma doença terrível, tivemos que mudar nossos hábitos sexuais, é uma doença que causa medo, muito medo, tornou-se uma epidemia”.

Concepção de Poder: “Meu poder enquanto profissional de saúde é propor a cura ao paciente, no caso da AIDS amenizar o sofrimento do paciente através dos coquetéis”.

INFORMANTE 12 (T)

Sexo: Masculino

Hospital: HC

Tempo de Atuação:

Escolha Profissional: “Teseo pela profissão”.

Concepção de Morte: “Medo, saudade, tristeza”.

Concepção de AIDS: “Tudo mudou depois da AIDS, as pessoas, as relações entre as pessoas, tudo agora tem que ser protegido, temos medo, pois quem ver cara não ver AIDS. É verdadeiramente uma doença terrível”.

Concepção de Poder: “Antes da AIDS acredito que o poder era o de curar o paciente, agora é o de saber mais sobre esta doença para poder informar e adequar o medicamento certo para cada paciente. E mais, segurar nosso coração para o contato com estes pacientes”.

INFORMANTE 13 (P)

Sexo: Feminino

Hospital: HUOC

Tempo de Atuação:

Escolha Profissional: “Paixão pela medicina”.

Concepção de Morte: “Dor, muita dor, perda, saudade”.

Concepção de AIDS: “É uma doença ainda fora de controle, a população tem que se prevenir sempre”.

Concepção de Poder: “O meu poder é o de saber cada vez mais para acompanhar e esclarecer meus pacientes sobre sua doença”.

INFORMANTE 14 (F)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital Correia Picanço

Tempo de Atuação:

Escolha Profissional: “Amor pela medicina”.

Concepção de Morte: “Uma tremenda sacanagem, vivemos para morrer, é muito antagônico. O sentimento é de uma imensa dor, imensurável dor”.

Concepção de AIDS: “Uma doença crônica que deve ser acompanhada, pelo profissional e pelo paciente”.

Concepção de Poder: “Poder compreender esta doença que atualmente dizemos que é crônica, assim como as demais para podermos acompanhar os pacientes doentes”.

INFORMANTE 15 (R)

Sexo: Feminino

Hospital: HC

Tempo de Atuação:

Escolha Profissional: “Amor pela profissão”.

Concepção de Morte: “Dor, perda, tristeza”.

Concepção de AIDS: “Uma doença absolutamente difícil de controlar, pois necessita de mudanças relacionadas a relação entre pessoas. Temos que aprender o que é prevenção, e exercitá-la todos os dias”.

Concepção de Poder: “O nosso poder é o de garantir um acompanhamento humano ao paciente, de proporcionar qualidade de vida a pessoa que está doente”.

INFORMANTE 16 (D)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Tempo de Atuação:

Escolha Profissional: “Paixão pela minha profissão”.

Concepção de Morte: “Dor, perda, tristeza, um acontecimento inevitável em nossas vidas”.

Concepção de AIDS: “Hoje em dia, uma doença crônica como a diabetes”.

Concepção de Poder: “Meu poder... meu poder é o de propor qualidade de vida aos pacientes, a todos os pacientes, independentemente da doença, da classe social, econômica, etc...”.

➡ ENFERMEIROS

INFORMANTE 17 (C)

Sexo: Feminino

Profissão: Enfermeira

Hospital: Hospital das Clínicas

Escolha Profissional: “Não passei em medicina, aí passei em enfermagem e vi que era o eu queria, pois em enfermagem você está mais perto do paciente. Tem mais contato, dar uma assistência mais integral”.

Concepção de morte: “É muito difícil lidar com a vida e com a morte. A morte é uma coisa muito difícil, mas muito difícil para mim. Eu tenho medo que de repente eu morra e não consiga fazer metade das coisas que imaginei. Mais medo eu tenho da dependência, que me deixe totalmente dependente de todo mundo. Eu procuro esquecer, não fico pensando, não adianta, acho que o pensamento atrai, eu tento sempre pensar em coisas boas e confio muito em Deus”.

Concepção de AIDS: “A AIDS é para mim uma doença que eu morro de medo, que muita gente ainda brinca com ela, esquece que ela existe. A AIDS representa contaminação, tudo isso vem na cabeça como uma bomba”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de está perto do paciente, ter mais contato, dar uma assistência mais integral”.

INFORMANTE 18 (N)

Sexo: Feminino

Profissão: Enfermeira

Hospital: Hospital das Clínicas

Escolha profissional: “A princípio por ter sido chamada para o setor. Depois por gostar de trabalhar no setor de DIP. Trabalhar perto do paciente; prestar apoio, aliviar a dor”.

Concepção de Morte: “Perda”.

Concepção de AIDS: “Uma doença que trouxe consigo a necessidade das pessoas aprenderem o que é prevenção”.

Concepção de Poder: “Meu poder está em desempenhar minha função e agir naturalmente e sem diferenciar os pacientes HIV/AIDS dos demais”.

INFORMANTE 19 (U)

Sexo: Feminino

Profissão: Enfermeira

Hospital: Hospital das Clínicas

Escolha Profissional: “Escolha pessoal”.

Concepção de Morte: “Perda, saudade, tristeza”.

Concepção de AIDS: “Uma doença crônica. Deveria haver uma plano emergencial por parte dos governantes para uma orientação adequada ao HIV/AIDS, informação acerca da doença”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de respeitar o paciente e ajudá-lo”.

INFORMANTE 20 (A)

Sexo: Feminino

Profissão: Enfermeira

Tempo de Atuação: 8 anos

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Escolha Profissional: “Por paixão pela profissão”.

Concepção de Morte: “Perda, solidão”.

Concepção de AIDS: “Hoje é mais uma doença crônica como qualquer outra”.

Concepção de Poder: “Meu poder em minha profissão é o de prestar assistência integral ao paciente que atendo”.

INFORMANTE 21 (J)

Sexo: Feminino

Profissão: Enfermeira

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Tempo de Atuação: 3 anos

Escolha Profissional: “Fui colocada no setor DIP, mas consegui ficar aqui e gostar do que faço”.

Concepção de Morte: “Sensação de impotência, sensação de perda, e tristeza”.

Concepção de AIDS: “A AIDS é uma doença séria que precisa haver uma conscientização da população e consequentemente a adesão ao uso da camisinha”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de melhorar a qualidade de vida do paciente”.

INFORMANTE 22 (RL)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Profissão: Enfermeira

Tempo de Atuação em DIP: 4 anos

Escolha Profissional: “Amor a profissão”.

Concepção de Morte: “Falta, saudade, dor da perda”.

- **Concepção de AIDS:** “Uma doença crônica que os pacientes precisam de muito carinho e atenção”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de ajudar no tratamento dos pacientes”.

INFORMANTE 23 (FAB)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Correia Picanço

Profissão: Enfermeira

Tempo de Atuação em DIP: 7 anos

Escolha Profissional: “Por acaso vim trabalhar no DIP, mas hoje me realizo com o que faço”.

Concepção de Morte: “A morte me faz sentir as vezes tristeza, as vezes indiferença, as vezes comoção, solidão”.

Concepção de AIDS: “A AIDS surgiu como uma doença terrível e com ela veio a necessidade das pessoas mudarem os seus hábitos”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de amenizar o sofrimento dos pacientes tanto cuidando quanto conversando com eles”.

INFORMANTE 24 (ADR)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Correia Picanço

Profissão: Enfermeira

Tempo de Atuação em DIP: 2 anos

Escolha Profissional: “Primeiramente gostar da profissão; conhecer mais a patologia; dar assistência devida para o paciente HIV/AIDS”.

Concepção de Morte: “Sofrimento, vazio, impotência, saudade”.

Concepção de AIDS: “A AIDS, é uma doença que pode ser evitada, basta as pessoas mudarem seus hábitos”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de acompanhar com respeito e carinho os pacientes”.

➡ AUXILIAR DE ENFERMAGEM

INFORMANTE 25 (FAT)

Sexo: Feminino

Profissão: Auxiliar de enfermagem

Hospital: Hospital das Clínicas

Escolha Profissional: “Amor a profissão, carinho e paciência com os pacientes”.

Concepção de Morte: “Solidão, tristeza, saudade”.

Concepção de AIDS: “A AIDS é uma doença crônica”.

Concepção de Poder: “Cuidar do outro”.

INFORMANTE 26 (ALC)

Sexo: Feminino

Profissão: Auxiliar de enfermagem

Hospital: Hospital das Clínicas

Escolha Profissional: “Amor a profissão, por ter paciência com os pacientes, e pelo exercício da solidariedade”.

Concepção de Morte: “Perda, tristeza, solidão”.

Concepção de AIDS: “A AIDS é uma doença que mostra as pessoas a necessidade em se prevenir”.

Concepção de Poder: “Cuidar dos pacientes com aquilo que aprendi e sei fazer”.

INFORMANTE 27 (GIL)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Profissão: Auxiliar de enfermagem

Tempo de Atuação: 2 anos e 2 meses

Escolha Profissional: “Querer trabalhar com o humano sem discriminação, principalmente poder estar perto dos pacientes de AIDS que são abandonados muitas vezes pelos familiares”.

Concepção de Morte: “As pessoas lutam contra a morte quando ela é o caminho para o encontro do senhor”.

Concepção de AIDS: “A AIDS mostra as pessoas que elas precisam se preocupar com o outro, o respeito com o outro”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de ser solidária com os doentes que atendo”.

INFORMANTE 28 (ION)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Profissão: Auxiliar de Enfermagem

Tempo de Atuação em DIP: 6 anos

Escolha Profissional: “Não foi opção, fui cotada para o serviço, mas hoje me realizo com o que eu faço”.

Concepção de Morte: “Incapacidade, pena, dor”.

Concepção de AIDS: “A AIDS representa uma mudança nos hábitos sexuais das pessoas, porque a AIDS é real e mortífera”.

Concepção de Poder: “Passar confiança de cura, não demonstrar preconceito e tentar socializar o paciente”.

INFORMANTE 29 (MAR)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Profissão: Auxiliar de Enfermagem

Tempo de Atuação em DIP: 2 anos

Escolha Profissional: “Não optei em trabalhar com pacientes portadores do vírus HIV/ AIDS, fui cotada para o serviço, mas hoje gosto de trabalhar como esse pacientes”.

Concepção de Morte: “Dor, perda, sofrimento, tristeza transitória, prefiro não pensar em morte”.

Concepção de AIDS: “Uma doença que faz com que as pessoas aprendam a mudar os seus hábitos”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de fazer com que os pacientes aceitem a conviver com sua doença”.

INFORMANTE 30 (SIM)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Oswaldo Cruz

Profissão: auxiliar de Enfermagem

Tempo de Atuação em DIP:

Escolha Profissional: “Não escolhemos trabalhar com pacientes com AIDS, somos cotados trabalhar com esses pacientes, mas com o tempo nos acostumamos e ficamos felizes por atuar nest setor”.

Concepção de Morte: “Perda”.

Concepção de AIDS: “A AIDS representa mudança de hábito das pessoas”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de ajudar aos pacientes com humanidade”.

INFORMANTE 31 (JOS)

Sexo: Masculino

Hospital: Hospital Correia Picanço

Profissão: Auxiliar de Enfermagem

Tempo de Atuação em DIP: 4 anos

Escolha Profissional: “Decisão pessoal”.

Concepção de Morte: “Sofrimento. Não penso na minha morte”.

Concepção de AIDS: “É uma doença criada por Deus, pois as pessoas estão muito promiscuas. Tem que ser feito um trabalho de prevenção apropriado para combater de frente essa doença”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de informá-los a respeito de sua doença e cuidá-los com respeito e carinho, pois somos todos humanos”.

INFORMANTE 32 (MART)

Sexo: Feminino

Hospital: Hospital Correia Picanço

Profissão: Auxiliar de Enfermagem

Tempo de Atuação em DIP: 2 anos

Escolha Profissional: “Escolhi a área de infectologia para trabalhar após concurso, mas não escolhi trabalhar a doença AIDS”.

Concepção de Morte: “Saudade, tristeza perda, fracasso (na perspectiva de cura)”.

Concepção de AIDS: “O mundo vive uma pandemia, a AIDS é possível a qualquer pessoa, não existe mais grupo de risco”.

Concepção de Poder: “Meu poder é o de trabalhar para o paciente, com aquilo que me preparei para saber fazer”.

ANEXO 3 – Considerações da autora acerca dos profissionais médicos infectologistas

“Eis que não precisamos ir embora olhando para trás.

A vida é para os que pulsam, se inquietam, constróem em cima do estabelecido (ou seria do pré-estabelecido?). Indo para além do que, eventualmente, se apresenta.

A dor e o conhecimento também unem, promovem alianças e dão frutos. Feliz de quem se permite promover bons encontros apesar de... dando colorido às suas vidas e ao seu viver. Tecendo assim fortalecimentos no tecido das relações.

∴ Dessa vida, temos apenas o momento, a brevidade sem prognósticos do viver.

Então que façamos o que nos cabe, não delegando para mais ninguém o nosso (aparentemente o que temos de concreto) tão efêmero, mas bem-aventurado vivido.

Daí ser um prazer compartilhar (no pessoal e no profissional, pois o profissional não se encontra dissociado da pessoa que é ou que pode ser) nossas vidas com pessoas íntegras e amorosas, os autênticos profissionais da vida, que em não reificando o outro, constróem pontes que visam um crescimento, um conhecimento que por ser holístico é mais pleno e, em assim sendo, menos onipotente e maníaco.

Jamais teremos verdades absolutas, serão sempre certezas refutáveis. É o nosso desamparo, desejo e falta nos mostrando que precisamos nos envolver (sem nos misturarmos) nesse atravessamento de fluxos e forças para melhor acolhermos o outro, aquele que é diferente de nós.

Um viver sem reservas, sem culpas ou omissões, mas permeado pelo respeito, transparência, sensibilidade, adequação, tolerância, ética e humanidade. Eis o nosso legado...

Nunca teremos todas as respostas, não podemos controlar as nossas inquietações, conter nossas lágrimas, adestrar as nossas pupilas ou desfazer das nossas pulsações.

Bastar-se ou fechar-se em caminhos amorfos, mapeamentos estanques sem buscar uma interação, este sim seria o nosso pecado ou auto-punição.

Enquanto terreno de passagens que somos e campo eterno de batalhas contraditórias precisamos confeccionar entrelaçamentos, construindo com leveza, simplicidade e afeto (sem hipócritas pretensões ou desmesuras) esse nosso viver cotidiano. Transformando-o em celebrações, contínuas e constantes, a cada nascer do sol e despertar de uma estrela. Lembrando Nietzsche: “É preciso um caos dentro de si para dar luz a uma estrela”.

Os nossos projetos, sonhos e fantasmas só dizem respeito a nós mesmos. É desumano, ou melhor dizendo é sobre-humano supor que possamos delegar, nas mãos do outro, o nosso viver.

A vida não carece de nós, mas o viver nos pertence a nós.

O homem cartesiano já há muito se foi. O homem que se apresenta hoje diante os nossos olhos é um homem que se encontra fragilizado, impossibilitado diante do imediatismo pós-moderno que nos envolve, desprovendo de alento e de perspectivas o nosso viver. É a sua dor - inalienável e imensurável – que fala na forma de sintoma, que é uma metáfora.

Estamos aqui nos detendo, especificamente, às demais dores, pois cair na somatização pela somatização é, mais uma vez, uma forma ignorante, perversa e reducionista de desfazer da dor do outro.

Em se tratando do humano, não podemos cair em radicalismos, tornando-se premente contactar com o equilíbrio, que como não é o meio termo tão comumente empregado e descabido com o seu caráter de vulgaridade e falta de alicerce, mas o suposto saber feito praxis.

Os especialistas tendem a ser limitados, e a onipotência externada agressivamente em forma ou enquanto descaso é reflexo da “ignorância” no sentido do não-saber, não-querer-saber, não-dar-se conta do todo.

A técnica torna-se estéril, quando é aplicada sem apaixonamento, critério, toque, encantamento, intuição e background (aqui enquanto conhecimento prévio do outro).

Em assim sendo, acredito que só poderia e deveria trabalhar com o outro (seja na prevenção e promoção de saúde ou no alívio da dor) pessoas que possam se despossuir de carimbos e manuais. Vendo o outro como um sujeito que fala, pensa e sente; e não um objeto de estudo e demanda.

O paciente é sangue, entranhas, desejo, fala, vida pedindo passagem para existir em melhor sintonia consigo mesmo e com o mundo. Como nos relata um “profissional da vida”: *“enquanto há vida, um resto de vida, um pouco de vida, esta pertence ao homem e ele quer... em assim sendo, vale a pena está junto de verdade”*.

Um atendimento que tem por base um distanciamento que se remete à impessoalidade não serve de suporte para a instauração do processo de des-sofrimento...

Rita de Cássia Brandão⁸⁰

⁸⁰ (Este texto foi elaborado logo após corroboração da hipótese deste trabalho de pesquisa. Em Recife, 18 de janeiro de 2000).

ANEXO 4 - OFÍCIOS

À Direção do Hospital _____

Prezada Direção,

O Curso de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco está realizando uma investigação cujo objetivo é avaliar a representação social do “poder médico” em tempo de AIDS entre os profissionais de saúde que atuam no setor DIP com pacientes HIV/AIDS.

Sua contribuição possibilitando entrevistar estes profissionais é muito importante, pois irá ajudar dando-nos informações úteis nesta área pouco investigada e com importantes reflexos na área da saúde.

Certo de contar com a sua atenção, agradeço antecipadamente sua cooperação na pesquisa colocando a disposição uma parte do precioso tempo dos profissionais que atuam nessa instituição.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria do Carmo Tinoco Brandão

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Antropologia

Prezado Profissional,

É um prazer tê-lo como participante nesta investigação.

O Departamento de Antropologia da UFPE está realizando uma investigação cujo objetivo é avaliar a representação social do suposto “poder médico” em tempo de AIDS. Ficaria muito agradecida se nos ajudasse participando nesta investigação, respondendo a entrevista e a associação livre.

Sinta-se a vontade para deixar um número de contato ou endereço se você quiser ficar informado sobre a avaliação desta pesquisa.

Obrigado por sua cooperação e gentil participação colocando a disposição uma parte de seu precioso tempo.

Profª Maria do Carmo Tinoco Brandão

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia

ANEXO 5 - Locais de Referência

➔ Locais onde se pode fazer o teste anti-HIV, gratuito e sem se identificar:

- Recife: COA 224 58 59
- Olinda: COAS 429 36 84

➔ Organizações em Recife que podem fornecer informações sobre AIDS e apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

- ASAS: (081) 445 1087
- CADOTER: (081) 428 5440
- FORUM AIDS PE: (081) 231 7598
- GESTOS: (081) 421 7670
- SOS-CORPO: (081) 423 3044
- VIVA RACHID: 423 6666 – Bip: 813158

➔ Hospitais de Referência em HIV/AIDS:

- Hospital Barão de Lucena (gestantes): (081) 453 3788
- Hospital das Clínicas: (081) 454 3633 Ramal 3852/3853
- Hospital Correia Picanço: (081) 268 5541 / 268 5690
- Hospital Oswaldo Cruz: (081) 421 1077
- IMIP (crianças): (081) 427 3911

DOAÇÃO / B. CENTRAL / UFPE

Liv.

R\$ 50,00

Empenho nº TESE

Deptº BIBLIOTECA CENTRAL / PIU

39

B817u