
A BANALIZAÇÃO DA AIDS*

Daniela Riva Knauth

Ceres Gomes Víctora

Ondina Fachel Leal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

Resumo: *O presente trabalho objetiva discutir o impacto da incidência dos casos de Aids nas representações e práticas da população, ou seja, em que medida o aumento do número de pessoas infectadas e a familiaridade com a doença modificam as representações e as práticas associadas à Aids. Tomamos por universo de investigação o bairro que concentra o maior número absoluto de registros de mortalidade por Aids da cidade de Porto Alegre. Neste contexto, a Aids não pode, ao menos não tão facilmente, ser pensada como algo distante. Sua grande incidência faz dela uma “coisa normal”, que passa a ser incorporada ao cotidiano. Assim, a familiaridade com a doença, que poderia gerar uma maior “conscientização” para a prevenção, acaba por produzir sua banalização. Esta por sua vez pode acarretar o descrédito de toda e qualquer atitude preventiva e retardar a procura da medicina como recurso terapêutico, seja pela minimização da gravidade da doença ou pela experiência de pessoas próximas para as quais “nada adiantou”.*

Abstract: *This paper discusses the impact of the AIDS epidemic in the social representations and behavior of a population living in the neighborhood (bairro) that concentrates the highest mortality rates for AIDS in Porto Alegre, Brazil. We suggest that, with the increased number of infected individuals, there is a familiarization with the disease that affects social representations and practices associated with AIDS. In this case, the high incidence turns AIDS into something “normal”, even banal, part of people’s everyday lives. We argue that such “familiarity”, instead of increasing awareness and preventive attitudes, ends up producing the opposite effect. It may result in lack of credibility for preventive action and, in some cases, procrastinate the seeking of medical support and therapy either because people tend to minimize the threat of the problem itself, or because they have seen cases where “nothing can actually be done to avoid it”.*

* Com a colaboração dos bolsistas: Carlo Roberto da Cunha, Cleusa Pratis, Fernanda Picollo, Luciana de Pauli, Neiva Garcia, Sati Mahmud e Thiago Machado.

Introdução

Os dados sobre a epidemia da Aids no mundo indicam que a doença está se alastrando cada vez mais nos países do assim chamado Terceiro Mundo, tanto na América Latina como no continente africano e, mais recentemente, no continente asiático. No Brasil, os dados epidemiológicos sugerem que a Aids tem crescido de forma assustadora nos segmentos mais desfavorecidos da população atingindo, além dos tradicionais “grupos de risco”, mulheres e crianças. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1982, a totalidade dos casos de Aids registrados no país era de pessoas que tinham 2 grau completo ou nível superior, sendo que esse perfil se mantm em 1985, representando cerca de 76% dos infectados. Já em 1994, as notificações de Aids registram 69% de pessoas analfabetas ou com nível primário de escolaridade e apenas 31% com nível secundário ou superior. Assim, se até então a Aids podia ser vista como uma doença dos países desenvolvidos e dos grupos dominantes, hoje ela tende a ser percebida como uma epidemia que atinge, preferencialmente, os grupos social e economicamente excluídos.

Assim como em outras epidemias infecto-contagiosas, o nus destas doenças acaba sendo maior nos grupos socialmente desprivilegiados, com menos recursos econmicos e, sobretudo, com menos poder. Está se falando aqui em uma equação direta de desigualdade: ainda que a Aids possa potencialmente afetar a todos os estratos sociais igualmente, como no caso de países como o Brasil, os sócio-economicamente desprivilegiados são muitos, muitos serão os atingidos. Mas claro está que como o acesso  informação,  prevenção, aos recursos de tratamento no sentido de prolongamento e qualidade de vida do portador do vírus, ou poder que cada segmento da população tem para reivindicar – quer proteção, quer cura – so estruturalmente diferenciados, a epidemia vai também configurando quadros diferenciados.   a mesma dinâmica que engendra a brutal desigualdade social que vai dando um perfil a esta epidemia, tornando-a, em pouco tempo, uma doença generalizada e numericamente assustadora, já que nossos desprivilegiados são muitos.

Por ser uma doença transmissível e sem cura, a Aids tornou-se, em poucos anos, uma verdadeira pandemia. Este “novo” perfil dos doentes agrava ainda mais a própria doença na medida em que essa atinge um grupo de pessoas que, em geral, não dispõe dos recursos necessários (tais como uma alimentação equilibrada, acesso facilitado aos serviços de saúde e medicamentos, seguridade

social, etc.) para enfrentá-la de forma adequada. Cria-se, dessa forma, um paradoxo entre os avanços da ciência e os caminhos tomados pela epidemia: por um lado, a ciência se aproxima a cada dia da cura (ou controle) da doença, por outro, a população atingida pela Aids se distancia cada vez mais dos recursos mínimos para fazer frente à doença. Nesse sentido, o slogan *Hoje não se morre de Aids, mas se vive com Aids*, veiculado recentemente numa campanha do Ministério da Saúde, é apenas uma meia verdade, visto que a maioria das pessoas atingidas pela doença não tem acesso aos serviços de saúde, medicamentos e exames clínicos que o controle da infecção pelo HIV requer.

No caso de Porto Alegre, este dado se evidencia quando bairros de menor renda apresentam registros de significativa mortalidade por Aids. Tomando uma área do bairro Partenon como foco deste estudo, importa entender não apenas quais os fatores gerais que acentuam a vulnerabilidade da população de baixa renda ao HIV, mas também as especificidades locais, que fazem com que aquela área singular esteja, nesse momento, despontando com o maior número de casos da doença.¹

Uma série de indagações se colocam e iniciam pela própria epidemiologia da doença: é o perfil da epidemia que está de fato mudando ou esses dados são decorrentes de modificações na qualidade do registro dos dados? A ampliação dos serviços gratuitos de sorologia para o HIV, tais como os Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS – tem favorecido o acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde e portanto o diagnóstico de Aids? Nem mesmo os meios de comunicação de massa – as campanhas de informação sobre o HIV/Aids – estão conseguindo atingir esse segmento da população, e a contaminação está se dando devido à desinformação sobre a doença e suas formas de contaminação? Também as questões de ordem sócio-econômicas se sobressaem: a população mais desfavorecida está mais exposta à infecção pelo HIV em razão das dificuldades de ordem econômica para viabilizar a prevenção, como o preço do preservativo e das seringas descartáveis? É a impossibilidade de participação nas vias privilegiadas pela sociedade ocidental de inserção social, especialmente escolaridade e participação no mercado formal de trabalho, que faz com que os membros dos grupos desfavorecidos assumam uma atitude fatalista e, portanto, não adotem

¹ Sobre os dados de mortalidade por Aids e sua distribuição por bairros na cidade de Porto Alegre, ver Aerts (1997).

medidas preventivas? Acrescentem-se as questões de ordem cultural: este grupo tem uma prática sexual diferenciada – maior troca de parceiros, mais relaoes entre homens, maior frequência de relaoes sexuais, maior prática de relaoes anais – que o predispõe em maior grau a contaminaao? As áreas pobres da cidade são aquelas que também abrigam o comércio de drogas: em que medida esta atividade redimensiona a incidência da doença?

Estas questões estão sendo abordadas na pesquisa “Aids e Pobreza: Práticas Sexuais, Representaoes da Doença e Concepoes de Risco em um Bairro de Porto Alegre”,² cujos dados, em grande parte, subsidiam o presente artigo. Entretanto, apesar da importância destas questões, no que tange ao objetivo de conhecer melhor as novas características da epidemia da Aids, nenhuma delas consegue dar conta da particularidade da área em questão, ou seja, como já foi referido, não se trata apenas de mais um bairro “pobre”, mas um local onde a condiçao de soropositividade para o HIV  extremamente presente e familiar. Esta  uma questão central porque, se por um lado, pode-se imaginar que a familiaridade com a doença provocaria uma maior “conscientizaao” para a prevenao, o que os dados indicam, até o momento,  que a familiaridade encontra-se associada a uma banalizaao da doença que tem, como consequência, um certo desprezo por atitudes preventivas. E por esta razão que o presente trabalho vai explorar alguns dados preliminares relativos ao impacto da alta incidência de casos de Aids nas representaoes e práticas da populaao.

Para investigarmos estas questões junto  populaao da área em estudo faz-se necessário considerar como um todo as representaoes que os membros do grupo pesquisado possuem sobre a Aids, suas formas de contaminaao e as concepoes que possuem a respeito das pessoas contaminadas pelo HIV. Precisamos também levar em consideraao os fatores associados ao risco de contaminaao pelo HIV e, principalmente, compreender a percepao de risco acionada por esse segmento da populaao, ou seja, quais os indicadores que são utilizados, de fato, para adotar ou não medidas preventivas.

Tendo em vista que pretendemos apontar as especificidades do local de estudo, estaremos utilizando, de forma comparativa, os dados a respeito das

² Esta pesquisa, que conta com o financiamento da FAPERGS e com bolsas de pesquisa do CNPq, está sendo realizada pelo Nupacs – Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde – vinculado ao Departamento de Antropologia e ao Programa de Pós-Graduaao em Antropologia Social/UFRGS, pelo Departamento de Medicina Social/UFRGS e pela Coordenaao da Política Municipal de Controle de DSTs/Aids da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Porto Alegre.

práticas e representações sobre Aids e formas de contaminação coletados na pesquisa “Corpo, Sexualidade e Reprodução: um estudo de representações sociais em quatro vilas de Porto Alegre/RS-Brasil”, que abordou temática semelhante, com uma metodologia de campo também semelhante, e foi realizada em outra zona da cidade de Porto Alegre, com uma configuração sócio-econômica não muito diferenciada – elementos que nos permitem esta reflexão levando em conta este material mais amplo.³

Metodologia

Conforme já referido anteriormente, este trabalho apresenta dados preliminares de um estudo muito mais amplo que se encontra em andamento. Para o presente artigo tomaremos dados da primeira etapa da pesquisa na qual estão sendo entrevistadas 50 pessoas (25 homens e 25 mulheres) que moram no bairro Partenon há pelo menos três anos. Trata-se, portanto, de um levantamento preliminar de dados no que diz respeito a estas entrevistas específicas. No entanto, as conclusões aqui propostas baseiam-se também e, sobretudo, na observação direta, inserção etnográfica no campo e em nossa experiência acumulada em investigações sobre AIDS e representações de doença e corpo em grupos populares (Knauth, 1991, 1995, 1997; VÍctora, 1991, 1996, 1998; Leal; Fachel, 1995).

As entrevistas seguem basicamente um roteiro, denominado por nós de Roteiro de Entrevista Etnográfica (REE), já testado anteriormente e utilizado em pesquisas realizadas pelo NUPACS (Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde). Este roteiro permite a sistematização dos dados ao recortar o discurso do informante em focos temáticos, possibilitando assim que grandes bases de dados, como as obtidas em pesquisas de natureza qualitativa, possam ser analisadas a partir de temas específicos. Trata-se de entrevistas em que os temas são abordados em profundidade, em entrevistas face a face, de acordo com os procedimentos característicos da metodologia etnográfica de pesquisa. Cada entrevista tem uma duração prevista de cerca de 15 horas, dividida no mínimo em cinco encontros.

³ Essa pesquisa realizada no período de 1993 a 1995, com o apoio financeiro da Organização Mundial da Saúde (OMS/HRP Project 91398 Brazil – Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction – WHO – World Health Organization), teve como foco privilegiado de investigação as questões relacionadas a saúde reprodutiva e resultou no conhecimento das práticas sexuais e reprodutivas e das representações sobre corpo, saúde e doença da população estudada (Leal; Fachel, 1995).

A definiçao das pessoas a serem entrevistadas dá-se através do procedimento *snowball*, em que cada pesquisador se insere numa rede de informantes a partir das sucessivas indicaoes dos entrevistados. Observa-se intencionalmente o procedimento de buscar contemplar a heterogeneidade da populaao estudada, construindo diversas “entradas” que dão conta das diferenças entre redes de sociabilidade existentes.

O número de entrevistados foi definido, tendo como base a pesquisa *Corpo, Sexualidade e Reproduao: um estudo de representaoes sociais em quatro vilas de Porto Alegre/RS-Brasil*, já citada, de forma a permitir a análise comparativa e cumulativa dos dados. Nesse sentido, os 50 casos integrarão um universo mais amplo constituído por 200 entrevistas que compõem o banco de dados do NUPACS.

Como não poderia deixar de ser, partindo de uma orientaçao etnográfica, privilegiamos a relaao entre pesquisador e informante, com a finalidade de obter dados com maior nível de detalhamento e profundidade, bem como o acesso a informaçoes de diferentes ordens, que vão desde o discurso do informante, a descriao de elementos da situaao de entrevista até olhares, gestos e expressões.⁴

Universo de estudo

Conforme mencionado anteriormente, no atual desdobramento da investigaao, este bairro de Porto Alegre foi escolhido por ser a área que concentra o maior número de registros de mortalidade por Aids da cidade. Dadas a extensão e a diversidade da área do Partenon, privilegiamos as regiões conhecidas como Vila São José, Vila Vargas, Morro da Cruz, Volta da Cobra e Campo da Tuca, por serem zonas reconhecidamente de alta incidência da doença, e inclusive, alvo privilegiado de diferentes programas de prevenao de Aids, coordenados pela Política Municipal de Controle de DST/Aids de Porto Alegre, voltados principalmente aos usuários de drogas injetáveis.

⁴ Importa ressaltar que o projeto maior que inclui os dados aqui analisados conta com uma profunda reflexão sobre as implicaoes éticas desta pesquisa que, dado o seu tema, tem acesso, através das entrevistas, a informaçoes íntimas, bem como a práticas ilícitas de moradores do bairro. Desta reflexão resultou uma série de procedimentos que foram adotados de forma a garantir um tratamento consequente da populaao estudada e dos dados obtidos.

A área alvo deste estudo localiza-se num morro (tanto na parte baixa quanto na parte mais alta) na zona leste de Porto Alegre e tem sido popularizada na imprensa por dois fatos principais: ali acontece uma festa religiosa anual extremamente concorrida, na Sexta-Feira Santa, que promove uma procissão (“Procissão do Senhor Morto”). A festa conta com a participação de um grande número de devotos que buscam graças e pagam promessas, mas sobretudo com uma teatralização do último dia de Jesus, que vai desde a reconstituição da via-sacra com um ator que carrega uma cruz de madeira, até a encenação da sua crucificação, ocorrida no ponto mais alto do morro onde se localiza uma cruz. Assim que, não por acaso, o local é denominado Morro da Cruz. O segundo fato que populariza a área foge totalmente da esfera do sagrado, e consiste nas frequentes ocorrências policiais associadas a esta zona, que figura entre as mais violentas da cidade de Porto Alegre. A imprensa relata que ali se encontra a sede de grupos de crime organizado, quadrilhas de traficantes de drogas, moradia de líderes de reconhecida carreira criminal, como os já falecidos “Carioca” e “Jorginho da Cruz”.⁵ Esta imagem de “criminalidade” veiculada pela imprensa gaúcha, entretanto, tem sido veementemente combatida pelas lideranças comunitárias locais que se esforçam para divulgar uma imagem muito mais positiva da vila, muito mais condizente com a sacralidade da “Procissão do Senhor Morto”.

Assim, se em anos anteriores, as áreas citadas eram apresentadas como a “morada da marginalidade”, mais recentemente a imprensa tem dado espaço também a outros tipos de notícias sobre o bairro que apontam no sentido da sua “transformação”. Esta tem sido também a tônica nas nossas entrevistas com as lideranças da Associação Comunitária local, que enfatizam a necessidade de “recuperação” da imagem desta área tradicional da cidade, uma vez que, segundo eles, grande parte desta imagem negativa tem sido produzida pela própria imprensa que, muitas vezes, atribuía a pessoas do bairro ações criminosas que não haviam cometido, ou localizava no bairro crimes que haviam sido cometidos em outros locais da cidade.

Os esforços no sentido da mudança da imagem aparecem através de toda uma positividade atribuída ao local atualmente, não apenas pelos líderes, que conseguiram a construção de novo Centro Comunitário e Posto Policial permanente, mas também por parte dos outros informantes da pesquisa que,

⁵ Para uma análise detalhada das representações e práticas da população do local no que se refere ao crime e, mais especificamente, a um dos líderes do tráfico no Morro da Cruz, ver Fonseca (1993).

sendo em geral moradores antigos, ressaltam que houve uma redução da violência no local em função da morte dos líderes do tráfico de drogas.

Parentesco e vizinhança: "eu conheço todo mundo"

Uma característica marcante das vilas de classes populares no Brasil é a proximidade que se estabelece entre os moradores, tanto no sentido físico, como no sentido do relacionamento pessoal, evidenciado principalmente por uma estreita relação entre parentesco e vizinhança.

Neste sentido é comum observarmos a co-habitação de famílias extensas numa mesma unidade doméstica, ou a construção de várias unidades domésticas pertencentes a elementos de uma parentela, num terreno compartilhado. Além disso, verifica-se, com frequência, a construção de casas de toda uma rede de parentes num mesmo *beco* ou vila. A proximidade física pode assim se dar em três níveis: no nível da unidade doméstica, no nível do terreno e no nível do beco ou vila.

O compartilhamento do espaço físico tem sido apontado em pesquisas etnográficas em grupos populares no Brasil (Bilac, 1978; Durham, 1973; Figueiredo, 1980; Salem, 1981; Woortman, 1987) e, especificamente, em Porto Alegre (Fonseca, 1988, 1993; Víctora, 1991, 1996; Leal; Fachel, 1995), sendo ressaltada, principalmente, a constituição de redes de relações densas, que envolvem consanguinidade, afinidade, sociabilidade e reciprocidade. Nossos informantes não constituem exceção a este padrão, apresentando, em dois terços dos casos, unidades domésticas situadas no mesmo terreno de outros membros da família. Estes, em geral, compartilham um número expressivo de recursos, tais como água, utensílios domésticos, aparelhos eletrodomésticos, bem como o cuidado de crianças ou idosos da família.

Esta rede de reciprocidade, entretanto, não se restringe à parentela. Em primeiro lugar, porque a própria concepção de parentesco é bastante ampla (Fonseca, 1993; Víctora, 1991, 1998) e, segundo, porque, como a maioria das pessoas vive na vila há muitos anos – vários desde que nasceram – alguns laços de amizade vêm de longa data. Observa-se, nesse sentido, que vizinhos podem "tornar-se" parentes, seja pelo casamento de membros de suas famílias, ou pelo parentesco ritual, o "compadrio". Embora os "compadres" (padrinhos de batismo em casa ou na igreja⁶) não sejam necessariamente consanguíneos ou afins,

⁶ A respeito da prática do batismo em casa, ver Fonseca e Brites (1990).

eles podem representar um papel extremamente importante na rede de reciprocidade que se estabelece nas vilas. Esta rede de vizinhança que, não raramente, se sobrepõe à rede de parentesco, é, assim, reafirmada pela “moral da reciprocidade” pautada pelas obrigações de dar, receber e retribuir (Sarti, 1996).

O grupo familiar, no entanto, não permanece próximo a uma mesma unidade doméstica apenas por motivos materiais, embora as pessoas possam solucionar também problemas materiais na convivência com parentes. O que fica evidente, nos estudos realizados e na literatura antropológica sobre o tema no Brasil, é que nas vilas dá-se um grande valor à família e à rede de reciprocidade, o qual ultrapassa o sentido prático da relação.⁷ Esta rede se expressa principalmente em dois sentidos, um pelo seu lado solidário e o outro pelo controle social.

No primeiro caso, o da solidariedade, observa-se nos relatos dos informantes uma valorização do fato de “todos se conhecerem”, o que resulta numa ajuda mútua em caso de necessidade, como referido por uma informante que obteve auxílio de um vizinho para levar sua criança doente *nos braços* ao posto de saúde.

O fato de “conhecer todo mundo” é, sem dúvida, um ponto crucial que, se por um lado se alinha ao sentido da solidariedade, por outro se alinha ao do controle social. Alguns informantes apontaram, por exemplo, que o fato de “conhecer todo mundo” lhes fornece um sentimento de segurança. Uma informante do sexo feminino relatou:

Eu conheço todo mundo, já não tem tanto perigo... eu sei que não vão passar a mão na minha filha. (mulher, 40 anos).

Assim, ao contrário da idéia de que o bairro é perigoso devido ao tráfico e consumo de drogas e à presença de quadrilhas armadas, a maioria dos informantes analisados relata que:

Não tem assalto... a roupa pode passar a noite no varal que não roubam. (mulher, 42 anos).

É um bairro tranquilo para morar. (homem, 46 anos).

⁷ Sobre a família como ordem moral, ver Sarti (1994).

Todavia, algumas destas mesmas pessoas fazem referência a um passado quando:

[Havia] esses caras andando armados. (mulher, 16 anos).

[Havia] violência, não se conseguia dormir antes de ouvir no mínimo quarenta tiros. (homem, 46 anos).

Embora seja significativo para a melhoria da segurança da área o fato de algumas quadrilhas terem deixado o bairro ou terem sido desmontadas em função da prisão ou morte de seus membros e líderes, sabe-se, através de relatos dos moradores, que esta permanece sendo uma região de alto consumo e tráfico de drogas, ocorrências de tiroteios noturnos, assassinatos e ferimentos por balas perdidas. Verifica-se, porém, uma imensa relativização quando “os bandidos” são os nossos vizinhos.⁸ Isso se evidencia numa entrevista com uma informante que havia reclamado da vida no bairro e foi perguntada se gostaria de se mudar de la. Sua resposta foi categórica:

Tenho medo de sair daqui e não ter aquela segurança, porque aqui conheço todos os marginais. (mulher, 40 anos).

Nesse mesmo sentido, outra informante referia-se a desvantagens do lugar, reclamando que a vida na vila era sempre a mesma rotina, com “cheiro de maconha dentro de casa”, pois as pessoas fumam muito perto da sua casa e passam olhando para o interior. Isso tudo porque a sua avó, dona do terreno, deixava as pessoas passarem por dentro do pátio para atalharem. O que parece ocorrer é que o uso de drogas, o tráfico e a marginalidade ainda estão presentes, mas as pessoas que não desejam se envolver, procuram conviver de forma pacífica com “todo mundo” em troca de não sofrerem as consequências do isolamento social ou até mesmo ações agressivas destes.

Alguns informantes fazem uma distinção entre as pessoas com quem eles “se dão”, ou seja, aquelas com quem mantem uma relação de cordialidade e aquelas que eles podem “trazer para dentro de casa”, que são as suas verdadeiras amizades. Mas, em qualquer um dos casos, o que se evidencia é

⁸ Sobre as noções relativas de mocinhos e bandidos nas vilas de favela, ver Víctora (1996). A respeito da violência, ver ainda Zaluar (1984).

um interesse em que não haja rompimentos de relações sociais. Embora fique evidente esta predisposição em manter-se bem relacionado, isso não significa que não haja desentendimentos, brigas e, principalmente, fofocas.⁹

Alguns informantes verbalizaram claramente este interesse em terem boas relações com todos, apontando que:

[...] de vizinhos, não tenho queixas, mas não me misturo, porque sou meio desconfiado. (homem, 46 anos).

Não tenho problemas com vizinhos, mas é eles lá, e eu aqui. (mulher, 48 anos).

Este é o outro lado do “conhecer todo mundo”, visto como um aspecto negativo da vila, ao cristalizar-se na imagem da fofoca. A estreita (no duplo sentido) convivência num mesmo terreno, ou num beco de uma vila implica compartilhar uma série de elementos, o que, com frequência, dá origem a fofocas e mesmo brigas que podem abalar, ainda que não desfaçam as relações sociais. A fofoca conta com uma larga tolerância, mas o mesmo não se dá com o rompimento completo de relações, o qual poderia trazer como consequência uma eventual necessidade de mudança de bairro, logo inviabilizada pela dificuldade de ordem econômica que implicaria.

Partindo do pressuposto de que a análise das práticas dos indivíduos em estudo não pode ser dissociada do universo de relações sociais do qual esses participam, ressaltamos que a questão das redes de parentesco e de reciprocidade encontra-se no âmago da relação que as pessoas da vila estabelecem com a Aids. Sendo esta uma área marcada pela proximidade entre parentes e vizinhos, e sendo também esta uma zona onde se verifica uma alta incidência de Aids, ocorre, inevitavelmente, uma proximidade com pessoas portadoras assintomáticas do HIV ou mesmo doentes de Aids.

Os informantes, além de referirem genericamente conhecer “várias pessoas da vila” portadoras do vírus da Aids, têm uma convivência muito próxima com pessoas que ou são seus vizinhos ou seus parentes (pais, tios, marido, comadres) e que pertencem a sua rede de reciprocidade, não raro acionada em função da doença de algum membro. Concordando com a bibliografia sobre o tema, entre outros Fonseca (1987) e Durham (1973), as relações de

⁹ Para uma análise da fofoca em grupos de baixa renda, ver Fonseca (1991).

parentesco, especialmente as relaoes de consanguinidade, constituem um importante recurso a ser mobilizado, tanto para fins economicos quanto para a soluao de questões quotidianas, como o cuidado das crianças.

Quando o *outro*  da família

Vários estudos sobre as representaoes e práticas associadas  Aids já demonstraram como esta  percebida como uma doença do *outro*.¹⁰ Entretanto, as concepoes desse *outro* variam conforme a posiao do interlocutor e/ou as questões que estão em jogo. Num primeiro momento, trata-se de um *outro social*, no sentido de uma outra sociedade, outra cultura. Um *outro* tido como geográfica e culturalmente distante, basta lembrarmos as discussões sobre a origem africana do vírus ou então alguns discursos correntes nos países de Terceiro Mundo que atribuem a doença aos países desenvolvidos.¹¹ Em um segundo momento, em razão da identificaao da Aids aos “grupos de risco” e/ou “comportamentos de risco”,  um *outro individual* que está em questão. A diferença em relaao a esse *outro* no se d mais por uma distância geográfica, mas por um comportamento tido como decorrendo de uma “opao” individual. Podemos ainda encontrar uma sobreposiao entre estas duas concepoes do outro, como  o caso das sociedades africanas tidas como promíscuas.

A Aids coloca, desta forma, a necessidade de pensar as diferenças e de definir os limites entre o eu e o *outro*. Entretanto, se em relaao ao *outro social* esta distância  relativamente fácil de ser construída visto que está em questão uma alteridade que , de certa forma, preestabelecida (Primeiro Mundo/Terceiro Mundo; Europa/África; *ricos/pobres*), as coisas complicam quando  um *outro individual* que está em questão. Nesse caso, trata-se de uma alteridade relativa e situacional, sobretudo quando este *outro* encontra-se bastante próximo geográfica e culturalmente.

¹⁰ Diversos autores já destacaram que a acusaao do outro, do estrangeiro, como sendo a origem de uma determinada doença não  um fenmeno novo, pois o mesmo argumento foi invocado para explicar outras epidemias, como por exemplo a sífilis. A este respeito, ver Bardet et al. (1988); Bourdelais (1989); Herzlich e Pierret (1988). A Aids como “questão do outro” aparece também na literatura nacional: Barbosa e Villela (1996); Goldstein (1996); Guimarães (1993, 1996); Loyola (1994); Parker (1994).

¹¹ Referimo-nos aqui, em particular, ao caso das sociedades africanas estudadas por Dozon e Fassin (1989), aquele do Haiti analisado por Farmer (1992) e aos dados que dispomos sobre o Brasil, nos quais essa representaao  bastante comum (Leal; Fachel, 1995). A respeito da origem africana do vírus, ver Leibowitch (1984); Montagnier (1990); Walle (1990).

Por outro lado, a expansão da epidemia atingindo, em particular, determinados segmentos da população, como é o caso, no Brasil, dos grupos de baixa renda, aproxima cada vez mais este *outro* associado à doença. O *outro* passa a ser um *conhecido*, um vizinho ou mesmo um familiar. É necessário, assim, um duplo trabalho de *mise à distance*, que pode fazer apelo a diferenças de ordem geográfica (mesmo que estas sejam de apenas alguns metros – “os que moram lá embaixo”), geracionais (“os jovens”) ou mesmo de “criação”. Este *outro* distante torna-se, de certa forma, um *outro* familiar, sendo que a proximidade pode ser tão grande a ponto de impossibilitar esta diferenciação.

Este processo de aproximação da Aids e suas implicações em termos de representações e práticas sociais relacionadas à doença, objeto do presente artigo, contrasta com os dados obtidos em outros bairros da cidade de Porto Alegre, no que se refere à configuração desta percepção da Aids como uma doença do *outro*.

Na identificação da Aids ao *outro* entram em questão, principalmente, a distância ou proximidade da doença e as diferenças que atravessam o próprio grupo. Neste sentido, é interessante observar que os elementos utilizados para construir esse *outro* diferem conforme o contexto de cada bairro, ou seja, segundo a maior ou menor incidência da doença no local e segundo as diferenças já existentes.

Selecionamos para esta análise três bairros estudados – Vila Dique, Valão e Partenon –, visto que estes, em função de seu contexto, permitem-nos uma visão interessante da relação entre a proximidade da doença e o conteúdo dado ao *outro*. A Vila Dique situa-se no extremo da distância da doença, o Partenon no extremo da proximidade e o Valão em um ponto intermediário onde a doença está presente, mas não com a mesma incidência que no bairro anterior.¹² Isso está demonstrado no quadro a seguir:

¹² Cabe notar que a seleção da Vila Dique e do Valão não se deu função de dados epidemiológicos de notificação de Aids e que os dados referentes a estes vilas foram coletados no período de 1993 e 1994. Ou seja, tomemos aqui estes locais como tipificações de prevalências diferenciadas para casos de Aids. Podemos especular que, ao tomarmos a região do Partenon como de maior prevalência e visibilidade de Aids, ainda que os dados epidemiológicos corroborem com esta informação, também temos uma diferenciação que se daria pela acumulação histórica de casos no período de cinco anos (intervalo entre as pesquisas). Dito de outra forma, nos dados etnográficos que temos, referentes ao Valão e à Dique, aquela era a situação – a de um relativo distanciamento da doença – naquele momento. A questão que permanece é em que momento – ou em que medida – a incidência de casos desdobra as significações de Aids de uma doença “distante” que não requer cuidados, para uma doença que assusta por sua proximidade, para uma doença banal e inevitável.

Vilas	Dique	Valão	Partenon
Incidência de Aids	baixa	média (crescente)	alta
Tráfico/uso de drogas	baixo	intenso	intenso
Quem é considerado portador do vírus	o outro distante: cantores, artistas, “gente rica”	o outro relativamente próximo: “os drogados”, “essa gente lá de cima”	o outro muito próximo: o vizinho, o amigo, o parente
Atitude em relação aos portadores	distanciamento total	distanciamento espacial	solidariedade

A Vila Dique é, entre os bairros estudados, aquele onde o tráfico e o uso de drogas é menos frequente e onde há um menor número de pessoas infectadas pelo HIV (dados colhidos nos postos de saúde locais). A maioria dos moradores entrevistados referiu não conhecer nenhum portador do vírus da Aids. Na pior das hipóteses, desconfia-se de alguém ou se faz referência a outros lugares – distantes espacial e simbolicamente – onde podem ser encontrados doentes de Aids, tais como os locais de prostituição no centro da cidade ou os próprios hospitais. Neste bairro, a Aids não faz parte da “paisagem” local. É um *outro* distante, geográfica e socialmente, que é identificado com a Aids. Um *outro* que pertence a um mundo completamente diferente daquele no qual as pessoas estão inseridas. A Aids é vista como uma doença que atinge *cantores, artistas, gente rica* ou então pessoas conhecidas em outros espaços (como o hospital) e com as quais se tem relações apenas circunstanciais. O depoimento de um dos moradores do bairro, quando questionado a respeito de conhecer alguém infectado pelo vírus da Aids, demonstra esta ideia:

Daqui não, pessoalmente não. Mas se falou do Gerson [jogador de futebol], do Collor [ex-presidente do país], da Claudia Raia [atriz], da Madonna [cantora], desse outro cantor lá... [Cazuza], o jogador de basquete [Magic Johnson]... Esse dois últimos é porque eles tinham relações [sexuais] com homens. O Collor, dizem que foi a Claudia Raia quem passou o vírus... (homem, 34 anos).

A Aids é percebida, assim, como um problema dos outros e que está longe da vida cotidiana do bairro. O próprio contexto local, sobretudo a baixa incidência de casos, possibilita este distanciamento do problema. As pessoas sabem que a doença existe sobretudo pela mídia, ouviram falar de casos e, por

vezes, tiveram até um contato passageiro com alguém infectado, mas podem ainda ver a doença como algo distante de seu cotidiano.

O Valão é o bairro que ocupa uma situação intermediária, visto apresentar um tráfico e um consumo de drogas intenso (embora mais recente do que o Partenon) e onde, na época da pesquisa, havia um incremento no número de casos de Aids. Neste bairro, ao contrário da Vila Dique, a Aids não pode ser pensada como algo tão distante, pois sua presença no local é, de certa forma, visível. Vários moradores referiram *conhecer* – pessoalmente ou através de um terceiro ou mesmo *de vista* – alguém portador do vírus ou suspeito de sê-lo. O *outro* associado à Aids faz parte da “paisagem” local, mas é identificado aos *drogados, àqueles que se picam*. E isto porque, como expressou um dos entrevistados “na vila tem uma separação bem clara entre os drogados e os que não usam drogas”. Esta linha divisória é geográfica mas, sobretudo, relacional, pois o mais importante não é definir o lugar onde estão os *drogados* (ou *essa gente*), mas afirmar que eles pertencem a outro grupo social e outro campo espacial que aquele de onde fala nosso interlocutor. Neste sentido, é interessante notar como as pessoas que habitam o mesmo bairro fornecem uma delimitação de espaço social quando questionadas sobre a existência de casos de Aids no local:

Eu já ouvi falar de casos na vila. Aqui em baixo não tem. Se tem é lá em cima.

Esses caras lá de baixo que se picam.

Todos esses guris lá de baixo que traficam cocaína, eles todo devem ter o vírus.

Tem mesmo várias pessoas que são daqui [...] Mas essa gente é lá de baixo.

Tem sim, lá no alto, lá onde a polícia não vai.

Entretanto, esta definição do *outro*, que passa de um *outro* distante a um *outro* que está cada vez mais próximo, parece trazer já uma modificação qualitativa na própria relação de alteridade. De abstrato, o *outro* torna-se mais concreto. Desse modo, se em alguns níveis, como aqueles relacionados especificamente à Aids, o *outro* aparece como diferente, em outros níveis, tais como o das relações de vizinhança, familiares e de trabalho, ele aparece como igual, como aquele que participa do mesmo mundo social e cultural daqueles que o constroem enquanto *outro*.

Este “outro próximo”, se assim podemos chamá-lo, é alguém com quem se tem uma relaao concreta, com quem se convive quotidianamente. Alguém que se conhece pessoalmente ou através de uma pessoa conhecida, e com quem se compartilha uma série de espaços, “conhecidos” e valores. E enquanto que o outro distante (atores, cantores, prostitutas do centro da cidade, gente rica, etc.) possui uma existência quase que imaginária – existência pensada através de imagens construídas pela mídia ou por histórias que são contadas a respeito – não pressupondo nenhuma relaao direta; o outro próximo possui uma existência efetiva, que impõe alguma forma de relaao social. E esta concretude do outro que determina, no nosso entender, a relaao que os membros dos grupos populares – considerando sempre as diferenças internas dos grupos e bairros – estabelecem com a Aids e com os doentes (ou aqueles pensados como tais).

E, neste sentido, o caso da área estudada no bairro Partenon é bastante ilustrativo, visto que aí – através de relatos de casos de Aids e de casos de morte pela Aids – pode-se identificar um grande número de pessoas diretamente envolvidas com a Aids. Pode-se dizer que a doença tem uma visibilidade etnográfica. Além disto, há a presença marcante – que pode ser considerada quase “tradicional” – do tráfico e consumo de drogas, como já referido. Diferente dos bairros anteriormente analisados, no Partenon, todos os entrevistados declararam *conhecer* mais de uma pessoa portadora do vírus. E, além daquelas pessoas que afirmam conhecer apenas *de vista*, os entrevistados mencionam sempre um membro da rede familiar ou da rede de relaoes mais próxima (vizinho, amigo, colega de trabalho). É assim que, respondendo à pergunta sobre conhecer alguém com Aids, uma entrevistada citou um menino que “criou” durante determinado tempo, um “afilhado” que faleceu em funao da doença e uma “comadre”; outra indicou dois tios, irmoes de sua mãe; um entrevistado falou de uma amiga com quem dividiu a casa um certo período; outra entrevistada referiu o esposo, a mãe e o pai, este já falecido; e ainda outra identificou uma vizinha com quem “se dá muito”, a irmã dessa e seu filho.

Com a finalidade de demonstrar a proximidade da convivência com pessoas infectadas, descrevemos no quadro a seguir alguns casos de informantes que convivem de perto com pessoas soropositivas. O quadro demonstra, na primeira coluna, o sexo e a idade do informante, na segunda as pessoas, suas *conhecidas*, portadoras do vírus da Aids e, na terceira, a forma de contaminaao de julga ter sido o caso em cada pessoa citada.

sexo/idade	conhecidos HIV+	forma de contaminação
feminino 48 anos	- sua afilhada (29 anos) que é também madrinha de seu filho mais novo - um "filho adotivo" de quem cuidou por 2/3 anos - outras pessoas menos íntimas da vizinhança	- sexual através do marido usuário de drogas - vertical - seringas e sexual
feminino 21 anos	- o marido - a mãe - o pai já falecido - vizinhos e amigos	- seringa - sexual através do marido usuário de drogas - seringa - seringas e sexual
masculino 43 anos	- uma amiga muito próxima - muitos conhecidos da vila	- seringa e sexual - seringa e sexual
feminino 19 anos	- dois tios (irmãos da mãe) - várias pessoas da vizinhança	- seringa e sexual - seringa e sexual
masculino 46 anos	- uma vizinha e amiga - conhecidos da vila	- sexual pelo marido usuário de drogas - seringas e sexual
feminino 42 anos	- a vizinha - o filho da vizinha - o sobrinho da vizinha - a irmã da vizinha	- seringa - sexual - seringa - sexual
feminino 40 anos	- um jovem homem - uma jovem mulher - várias pessoas da vila	- seringa - sexual - seringa e sexual

Casos de pessoas que convivem de perto com portadores do vírus ou pessoas com Aids.

A presença significativa tanto da Aids como das drogas no bairro não permite que estes elementos funcionem como demarcadores de fronteiras entre os moradores. Assim, quando questionados a respeito da separação entre usuários de drogas e não usuários, os entrevistados afirmavam que tal distinção não existe no local. Evocam como argumento para isso o fato de que "quase todo mundo" já experimentou alguma droga ao menos uma vez na vida ou possui um familiar que é ou já foi usuário, ou ainda o fato de que, embora algumas pessoas não aprovelem o uso de drogas, os usuários estão inseridos nas redes de relações locais e, portanto, devem ser respeitados. O depoimento de uma entrevistada ilustra essa idéia:

Pode até existir [separação entre os que usam e não usam drogas], mas todo mundo se conhece. Pode até não morrer de amizade, mas por educação cumprimenta. Pode até existir.... mas é pouco... (mulher, 21 anos)

Esta ausência de uma separação entre usuários de drogas e não usuários dificulta, por outro lado, a percepção da Aids como doença do *outro*, visto esse último não ser reconhecido como tal. Assim, enquanto que, no Valão, a Aids era associada aos *drogados*, no Partenon não existe esta identificação, uma vez que o próprio uso de drogas não funciona como definidor de limites no interior do próprio grupo. A Aids, da mesma forma, não é indicadora de fronteiras. Como o uso de drogas, ela está presente na rede de relações próximas dos moradores e, nesse sentido, não é um problema dos outros, mas um problema que ocorre ou pode ocorrer com “qualquer um”.¹³

A ética que parece impor-se não é aquela que condena determinados comportamentos individuais, como o uso de drogas, mas aquela na qual é inaceitável a discriminação de um membro do grupo, pois, como afirma um entrevistado, os usuários de drogas “são todos seres humanos”, ou ainda como diz outra moradora, querendo salientar a não discriminação dos usuários de drogas: “eu me dou com todo o tipo de gente”.

Esta mesma idéia é expressa em relação aos portadores do vírus. E mesmo nos locais onde existe a identificação da Aids a um “outro próximo” como é o caso do Valão, a diferença se dilui, de uma certa maneira, nas relações de vizinhança, no compartilhamento de espaços comuns e em razão de uma concepção de mundo da ordem do *relacional*, em que é dada muita importância às relações sociais. A presença do vírus ou da doença numa pessoa não se constitui em motivo que justifique o rompimento das relações quotidianas com ela. Ao contrário, o caráter extraordinário da situação – estigmatização social da Aids, fragilidade do doente, crueldade da doença, etc. – é percebido como exigindo, mais que nunca, uma demonstração de solidariedade. Essa exigência é manifestada, especialmente pelos moradores do Partenon, pela “vontade de ajudar” as pessoas portadoras do vírus, sendo que os entrevistados fazem questão de relatar os episódios em que prestaram auxílio a algum doente, seja acolhendo-o em suas residências, acompanhando-o a serviços de saúde, visitando-o ou, simplesmente, “aceitando-o”.

Neste sentido, a rede de reciprocidade, formada pela vizinhança e pela parentela, constitui-se também em um dos principais recursos acionados nas

¹³ É interessante contrapor esta perspectiva àquela das mulheres infectadas pelo vírus da Aids, visto que estas últimas, apesar de possuírem o vírus, continuam a perceber a Aids como uma doença do *outro* (Knauth, 1997). A diferença reside, a nosso ver, fundamentalmente no fato de que os moradores do Partenon encontram-se num local de alta incidência da doença, em que a leitura que é realizada enfatiza o coletivo, enquanto que as mulheres não possuem este mesmo respaldo da coletividade e devem justificar a infecção pelo HIV no nível individual.

situações de doença. Ela se mobiliza em função da Aids, com o objetivo de prestar solidariedade aos doentes. E até mesmo a fofoca continua a ocupar aí seu lugar, ou seja, é permitido falar, suspeitar que alguém tenha Aids, mas isso não pode ser feito nunca em tom de acusação, posto que, desta forma, poderia implicar ruptura das relações sociais.

Sobre as formas de transmissão: “eu ouvir dizer, mas não sei....”

Se a proximidade da Aids permite que a noção de “doença do outro” seja relativizada, ela não garante uma maior informação e/ou uma melhor compreensão desta informação. Pelo contrário, a familiaridade com a doença parece produzir também um efeito de relativização das próprias formas de transmissão, que se dá através da comparação da informação recebida com os dados fornecidos pela experiência, pela observação.

Quando questionados a respeito da transmissão do HIV, a maioria dos entrevistados (dos três bairros analisados) reconhece a Aids como uma doença transmissível e não apresenta dificuldade em identificar as principais formas de transmissão, como o uso de drogas injetáveis, relações sexuais e transfusão sanguínea. A *droga*, a *seringa* e o *sangue* são também, frequentemente, incluídos entre as formas de transmissão. Mas esse “conhecimento” revela sua fragilidade na medida em que são raras as pessoas que não evocam outros modos de transmissão que fogem aos parâmetros científicos – tais como beijo na boca, compartilhamento de copos e talheres, doação de sangue, uso de instrumentos médicos ou de higiene (barbeador, alicate de unhas), entre outros – ou que não apresentam dúvidas a respeito das formas de transmissão aceitas ou não pelo meio médico e divulgadas através das campanhas de prevenção. É assim que, falando a respeito da transmissão via relação sexual, a mãe de uma entrevistada comenta: “Eu não acredito que pegue transando, só se tiver machucado lá [na área genital]”. Outro entrevistado, depois de referir que a transmissão do HIV se dá basicamente através das relações sexuais e pelo contato com o sangue contaminado, expressa *ter medo de ir ao barbeiro* em função da lâmina da navalha que pode transmitir o vírus e manifesta preocupação também com o fato de ter que ir ao dentista para *consertar* alguns dentes, pois não sabe se pode haver contaminação por esta via. Outra entrevistada, tendo afirmado que a Aids se transmite através da “relação sexual, contato direto com o sangue, sexo oral, feridas, drogas, coisas de grupo”, conclui que “até lésbica pode pegar, porque há atrito e onde há sangramento, há risco”, e levanta dúvidas quanto ao beijo:

[...] sobre o beijo eu não tinha me dado conta, se tu tem uma herpes, um beijo mais forte... (mulher, 40 anos).

A inclusão de outras formas de transmissão, bem como a desconfiança em relaçao àquelas “oficialmente” admitidas, parece estar relacionada às noções de sangue e contágio (Knauth, 1995). Em primeiro lugar, dentre os vetores de transmissão do HIV, é ao sangue, em razão das diferentes representações a ele associadas, que é atribuído um maior poder de contaminação.¹⁴ Ele aparece diretamente vinculado à transfusão sanguínea, mas também às demais práticas percebidas como contagiosas, práticas que vão das mais banais (apertar a mão, tocar em alguém, beijar) às próprias práticas médicas (ir ao dentista, doar sangue, *fazer injeção*). Nestas práticas, é evidenciado o contato com o sangue contaminado, bem como a “porta de entrada” do corpo. Dessa forma, basta a presença de sangue e de uma “entrada” – como um corte, uma cárie, o olho ou mesmo a pele – para que haja a contaminação.

Para as outras práticas que implicam compartilhar determinados utensílios (copos, talheres, escovas, barbeadores, etc.) é sobretudo o contato direto que é percebido como efetivando a transmissão.¹⁵ Mas é também a “entrada” privilegiada que este contato supõe – a boca – que explica esta associação à transmissão.¹⁶ A boca é vista como uma das principais vias de acesso ao interior do corpo e, em razão dos ferimentos sempre possíveis – *cortes, cáries, rachaduras* –, a relação direta com esta “entrada” torna determinadas práticas potencialmente contagiosas.

Da Aids, “ninguém está livre”

Este questionamento relacionado à transmissão do HIV não se dá apenas no nível dos veículos (saliva, diferentes objetos) e formas (barbeiro, beijo,

¹⁴ O estudo de Loyola (1994, p. 27) também salienta esta ênfase na transmissão via sanguínea, que, segundo autora, apoa-se “numa cultura sanitária que tem no sangue um elemento central na explicação do funcionamento orgânico e do processo saúde/doença”. A respeito da noção de sangue para os grupos populares, ver Duarte (1986) e Leal (1995).

¹⁵ Reencontramos aqui a experiência com outras doenças transmissíveis como a tuberculose e a sífilis, em que as pessoas se habituaram a separar os utensílios do doente, bem como evitar sentar em banheiros públicos e bancos de ônibus.

¹⁶ A boca não pode ser dissociada da representação acerca da alimentação. Ela é a principal “entrada” do corpo. É através dela que passam os alimentos essenciais para a manutenção da *força* mas também os alimentos e substâncias tóxicas, como o álcool e os alimentos *muito fortes*.

feridas), mas também na atribuição de um peso maior à situação que aos próprios vetores. É a fim de comprovar esta tese que vários entrevistados relatam histórias de contaminação (consideradas tanto verídicas como potenciais) que negam as formas “oficiais” de transmissão do vírus da Aids. Cabe salientar que isso acontece especialmente entre os moradores do bairro Partenon que, teoricamente, visto conhecerem diversos casos, teriam uma idéia mais “realista” da infecção pelo HIV. É o caso, por exemplo, de uma entrevistada que tem pai, mãe e marido portadores do vírus e que, a fim de demonstrar que a Aids não é restrita a determinados grupos ou comportamentos, relata a história de uma moça que conheceu num hospital que teria se contaminado pelo HIV quando foi socorrer, por ocasião de um acidente, um funcionário da empresa do pai que seria HIV positivo. E, para reforçar seu argumento, a entrevistada salienta:

[...] ela contraiu o vírus prestando socorro. De repente era até virgem, não transava drogas e pegou... (mulher, 21 anos).

É interessante destacar que este tipo de caso não é descrito a partir de seu caráter acidental, que o constitui em exceção, mas é utilizado para salientar o aspecto situacional da contaminação e, em particular, para atestar o fato de que a Aids pode acontecer *a qualquer pessoa*. São as pessoas que se encontram mais próximas da doença – no caso do presente estudo, os moradores do bairro Partenon – aquelas que fazem mais questão de destacar este caráter “universal” e “igualitário” da Aids, no sentido de ser uma doença da qual, como afirmam os próprios entrevistados, “ninguém está livre”. Ou em outras palavras:

Ela [a Aids] não tem sociedade... Ela não escolhe lugar para entrar, essa doença..., seja branco, preto, pobre, rico... (mulher, 19 anos).

Assim, nos três bairros analisados, observa-se, entre os entrevistados, uma desconfiança em relação às formas de transmissão associada a uma noção de contágio específica. Mas a ênfase no aspecto situacional da contaminação a fim de justificar que a Aids atinge a todos, indistintamente, parece estar diretamente vinculada à proximidade da doença, visto o destaque dado a este aspecto pelos entrevistados do bairro onde há uma maior incidência da doença. Esta ênfase no aspecto situacional, acrescida de uma concepção “contagionista” (onde o menor contato é suscetível de contaminação), implica, se levada ao

extremo, uma verdadeira relativizao da própria percepo da Aids como doena transmissível.

Para os membros dos grupos populares, a transmissão da Aids se coloca como uma questão paradoxal: por um lado,  percebida como extremamente contagiosa e, por outro, esta “transmissibilidade”  questionada pela própria observao empírica – nem todo mundo tem Aids (Knauth, 1995). Este paradoxo pode ser visto como resultado do efeito criado pelo reencontro das mensagens de preveno da Aids – que sublinham seu caráter transmissível – com o imaginário popular que lhe percebe a partir de uma concepo “contagionista”, mas que privilegia os dados da experiência. Poderíamos acrescentar aqui, face  ênfase dada ao aspecto circunstancial da transmissão do HIV que a proximidade com a doena legitima ainda mais o privilégio concedido  experiência em contraposio às informaoes recebidas.¹⁷

Ao atribuir um grande peso  situao e igualar, especialmente entre as diferentes classes sociais, as probabilidades de infeco pelo HIV, as pessoas que se encontram mais próximas  doena buscam demonstrar que a Aids não  uma doena do *outro*, no sentido de estar ligada a grupos e comportamentos socialmente condenáveis, mas algo *que pode acontecer com qualquer um*, independente de classe social e/ou “comportamento de risco”. Esta percepo possibilita o afastamento de possíveis acusaoes contra o bairro e seus moradores em funo da incidência da doena – como um local onde se concentram “comportamentos de risco” (promiscuidade, uso de drogas, práticas homossexuais, etc.) –, mas acaba também por diluir a própria noo de risco e mesmo de vulnerabilidade.

 importante apontar aqui que a noo de risco tem uma ênfase mais individual, supondo uma certa racionalidade do comportamento individual; já a noo de vulnerabilidade prioriza os fatores sociais e culturais e, portanto, coletivos. Ao contrário da noo de risco, a idéia de vulnerabilidade pressupõe que as modificaoes devem ser de ordem estrutural e não individual. O *risco*, neste contexto de cultura popular,  visto como algo que pode ou não ocorrer, algo que faz parte na natureza aleatória dos eventos, sejam estes sociais ou biológicos. “Pegar uma doena”, “pegar filho” ou sofrer uma aflio têm uma dimensão de destino, no no sentido simplista de *fatalismo* como uma predestinao, mas no sentido de evento contingente, dado que sua possibilidade

¹⁷ A relao entre o conhecimento biomédico e a experiência corporal  discutida em Víctora (1991).

está sempre presente no mundo no qual o indivíduo se insere e de que é parte. Tal realidade o circunscreve e engloba, ressaltando-se, neste aspecto também, uma concepção relacional de pessoa e/ou de mundo.¹⁸

Cabe mencionar, assim, que nenhum dos entrevistados referiu ter maior *risco* de contrair o vírus da Aids por viver num local de grande incidência da doença ou ainda identificou o bairro como tendo maior número de casos do que outros locais, relacionando isso a uma situação de exclusão social, por exemplo.

Dessa forma, aparentemente esta percepção da Aids como uma doença que atinge a todos indistintamente tenderia a fazer com que as pessoas se percebessem em risco e, portanto, adotassem medidas preventivas. Entretanto, ela produz um efeito contrário: a relativização das formas de transmissão decorrente da noção contagionista e da ênfase no caráter situacional possibilita o questionamento da eficácia das medidas preventivas. Este questionamento é levantado, novamente, pelo confronto com a experiência cotidiana. E assim que vários entrevistados duvidam da capacidade de proteção do preservativo, visto que este pode romper-se, ou mesmo da adoção de medidas de proteção do contato direto com as secreções das pessoas infectadas, tais como o uso de luvas ou de seringas descartáveis, uma vez que estas nunca foram utilizadas antes e nem por isso as pessoas se infectaram. Este questionamento se expressa claramente na fala de uma entrevistada ao referir-se à ênfase dada ao uso de seringas descartáveis:

[...] antes só tinha aparelho [seringa] de vidro e ninguém tinha a tal de Aids. (mulher, 48 anos).

Outra entrevistada, ao falar sobre o quanto a mídia incentiva o uso do preservativo, questiona:

[...] dizem que a camisinha evita tanta coisa... Será que ela previne tanto assim? Porque a camisinha fura... Muita gente já entrou em fria por causa desse aí... (mulher, 42 anos).

A informante conclui afirmando que, para que o preservativo tivesse realmente a eficácia a ele atribuída, “só se fosse de aço”.

¹⁸ Leal e Lewgoy (1998) discutem esta noção de risco associada a gravidez.

Aceitando o destino

A idéia de que a Aids pode acontecer independente da classe social, cor, comportamento e mesmo da adocao de medidas preventivas evoca, no nosso entender, dois elementos centrais para a compreensão da percepcao da doença acionada pelos membros dos grupos populares: a nocao de destino e a concepcao de morte. Primeiro, a perspectiva de *que ninguém está livre da doença* – que prioriza o caráter situacional da contaminacao que, por sua vez, exclui as possibilidades de previsão e prevencao – traz implícita uma nocao de acaso ou, mais precisamente, de destino. Assim, no rol de possibilidades de infeccao pelo HIV, que incluem “comportamentos de risco” (relações sexuais não protegidas, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea, promiscuidade), práticas de contato direto (compartilhamento de utensílios, beijos, toques, feridas) e aspectos situacionais (acidentes provocando o contato com secreções de uma pessoa infectada, rompimento do preservativo)  ao destino que  atribuído o poder “decisório”, seja de protecao ou de contaminacao do indivíduo. Esta confluência de fatores e o peso dado ao destino podem ser evidenciados no relato de uma entrevista realizada com duas moradoras do bairro. Conversando sobre as formas de transmissão do vírus da Aids, uma entrevistada afirma que esta não se d pelo compartilhamento de utensílios domésticos, como copo e talheres, e menciona que, quando cuidava de uma criança portadora do vírus, esta “comia no mesmo prato e dormia na mesma cama” de seu filho. Já sua comadre, que estava presente e que  HIV+, afirma que, embora saiba que a transmissão não se d através destas práticas, costuma separar os utensílios que ela própria utiliza “para garantir”. Ambas concordam, entretanto, que “quando tem que acontecer com uma pessoa, acontece”.

Como se pode ver pelo exemplo acima, no se trata de uma simples falta de informaçao sobre as formas de transmissão, mas de uma postura mais ampla frente ao problema. Enquanto que uma das entrevistadas atesta pela própria experiência que as práticas em questão não transmitem o vírus da Aids, a outra prefere adotar algumas medidas a fim de obter uma maior segurança – “garantia” – no que se refere às informações recebidas. Contudo, as duas colocam um peso maior no destino, visto que este  o aspecto fundamental para determinar se a transmissão ocorrerá ou não”: face ao destino, nem mesmo as medidas de prevencao são eficazes.

Segundo, é preciso inserir a Aids num contexto maior no qual ela representa apenas um “risco” a mais para os indivíduos em questão, e não necessariamente o principal. Existe, na verdade, uma hierarquia de riscos que se refere ao conjunto de fatores aos quais está exposto quem mora em um bairro da periferia de uma cidade grande¹⁹ não somente no que se refere à infecção pelo vírus, mas também no que diz respeito à própria letalidade da doença. Que a Aids é uma doença sem cura e que leva à morte, todos os entrevistados sabem.²⁰ Entretanto, isto não impede que uma série de argumentos – como a existência de outras doenças mais ou tão graves quanto a Aids, o restabelecimento da saúde em portadores do vírus que se encontravam bastante doentes, a existência de terapêuticas, etc. – sejam acionados a fim de minorar a própria gravidade da doença. É neste sentido que uma entrevistada afirma: “às vezes uma pessoa com Aids dura mais que uma pessoa sã”. A presença da morte é, assim, uma realidade que independe da doença. A Aids é apenas uma ameaça a mais e pode, de certa forma, ser controlada através da adoção de medidas preventivas e terapêuticas que visam evitar o desenvolvimento da doença.

Não podemos desconsiderar ainda que estes indivíduos estão expostos a um conjunto muito grande de riscos – em que talvez a “violência” seja o que chame mais a atenção da mídia e dos próprios pesquisadores – em função mesmo da situação de exclusão social na qual se encontram.²¹ Se para alguns o risco pode ser, de certa forma, evitado pela adoção de um comportamento considerado como mais racional, para outros ele é dado pela condição social, e o que existe é uma vulnerabilidade que dificilmente pode ser controlada somente a partir de ações individuais, mesmo as mais “racionais”.

Face a este contexto, a morte é também naturalizada.²² Ela é vista como parte da vida, como um fenômeno natural que pode ou não aparecer associado a uma doença. Assim, muito mais que uma doença como a Aids, é o destino

¹⁹ A respeito da noção de risco e vulnerabilidade, ver Roche (1998).

²⁰ A associação entre Aids e morte aparece também nos outros bairros pesquisados, sendo que, para muitos entrevistados, a Aids é definida como a *doença que mata*. Ver Leal e Fachel (1995) e Knauth (1995).

²¹ Os membros das camadas mais desfavorecidas da população estão quotidianamente expostos a condições de vida muito precárias (alimentação e moradia inadequadas), a deficiências do sistema de saúde, a péssimas condições de trabalho e a situações de violência quotidiana (brigas de gangs de tráfico de drogas, conflitos com a polícia, roubos e disputas domésticas). Para uma análise da violência nos grupos de baixa-renda no Brasil, ver, entre outros, Scheper-Hughes (1992); Víctora (1996); Zaluar (1984). Para uma abordagem mais ampla da questão da exclusão social e da violência nos grandes centros urbanos, ver Bourdieu (1993).

²² A respeito das transformações da concepção da morte na sociedade ocidental, ver Ariès (1975).

que estabelece “a hora” de cada um. Cabe salientar ainda que a maioria dos entrevistados já teve um contato próximo com a morte, tanto pela perda de um familiar como em funcao de um acidente ou doença grave ou ainda pela própria violência do bairro. A morte , dessa forma, vista como inevitável e imprevisível.

Por fim, a alta incidência da Aids no bairro estudado e a conseqüente familiaridade com a mesma produzem o que estamos chamando aqui de banalizacao da doença. A Aids passa a ser vista como algo normal ou, nas palavras de uma entrevistada, *está tão normal, tão do lado da gente que fica fácil conviver...* (mulher, 21 anos).

É normal não apenas porque existem muitos casos, mas também porque sua gravidade  minorada. A mesma pessoa continua:

[...] deve ser horrível [ter Aids], mas já tem tanto medicamento que dá para viver bastante.

Esta normalidade da Aids, acrescida do questionamento das formas de transmissão e medidas de prevencao, parece gerar outro fenmeno interessante que  a idéia de “preparar-se” para a doença. Apesar desta idéia ter sido expressa apenas por dois entrevistados, o conjunto dos dados sugere que ela se insere logicamente no universo de práticas e representações mais amplo do grupo estudado, visto ela ser, de certa forma, uma conseqüência das concepções referentes  Aids analisadas anteriormente. A idéia de “preparar-se” para a doença deve ser entendida, no nosso ver, em conjuncao com a nocao de destino. Ela manifesta a preocupacao com a *aceitacao* da doença, visto que esta pode atingir o indivíduo apesar das medidas de segurança por ele adotadas. Expressa também a concepcao de que a pessoa deve *aceitar* com tranquilidade a doença, uma vez que este acontecimento faz parte de seu destino. Neste sentido, as manifestações de “irritacao” frequentemente identificadas pelos entrevistados no comportamento dos portadores do vírus são explicadas pela não aceitacao da doença que, segundo um entrevistado, faz com que “a pessoa comece a brigar com o mundo”. “Preparar-se” para a doença não implica, assim, uma percepcao de risco individual ou de vulnerabilidade social, mas a aceitacao do destino individual, encompassado –  claro – pelo destino social.

Considerações finais

Embora a análise do presente artigo deva ser considerada em seu caráter preliminar, é possível levantar algumas considerações no que tange às implicações da grande incidência de casos de Aids na população em estudo, sobretudo quando tomada comparativamente com outras situações.

Em primeiro lugar, cabe notar que a alta incidência cria uma familiaridade com a doença que, por sua vez, impede a percepção da Aids como doença do *outro*. Não se trata mais de um *outro* distante, mas de alguém bastante próximo e, não raro, de um familiar. A Aids, da mesma forma que o uso de drogas, está presente na rede de relações próximas dos moradores do bairro e passa a ser percebida como um problema que ocorre ou pode ocorrer com “qualquer um”. A discriminação em relação aos portadores do vírus passa a ser, dessa forma, inaceitável, pois corresponde a uma discriminação para com os seus, isto é, para com aqueles que integram a rede de relações próxima, seja esta de parentesco ou vizinhança.

Neste sentido, o valor conferido à rede de reciprocidade, formada pela vizinhança e pela parentela – que é um dos principais recursos acionados para o enfrentamento de diferentes situações, como aquelas de doença – sobrepõe-se. A importância atribuída à manutenção da relação com as pessoas infectadas pelo vírus se manifesta através da preocupação em “ajudá-las”, em prestar solidariedade. Já as conversas e comentários relacionados à Aids não podem nunca assumir um tom de acusação, posto que isso poderia implicar a ruptura das relações sociais. E o fato de alguém ter o vírus da Aids ou ser doente não é visto como motivo legítimo de ruptura das relações quotidianas.

Em segundo lugar, a familiaridade com a doença produz uma relativização das formas de transmissão do vírus e uma ênfase no caráter situacional da infecção. Este passa a funcionar como uma espécie de justificativa para a alta incidência da doença no local pois, nesta perspectiva, “ninguém está livre” da Aids. Esta idéia de que a Aids atinge, de forma igual, as diferentes classes sociais, as diferentes raças, as diferentes pessoas, possibilita, por um lado, o afastamento de possíveis acusações contra o bairro e seus moradores em função da incidência da doença. Mas, por outro, acaba por diluir a noção de risco e mesmo a de vulnerabilidade. Não há, assim, entre os moradores, uma percepção de que, em função da alta incidência da doença e da situação de exclusão social que se encontram, estejam mais expostos à infecção pelo HIV.

Pelo contrário, parece haver um certo descaso na adoao de medidas preventivas, visto que a eficácia destas é relativizada, e a ênfase é colocada no caráter situacional da transmissão e não nas formas de transmissão.

Se em trabalhos anteriores (Leal; Fachel, 1995; Knauth, 1995), analisando os dados relativos à Vila Valão, aqui também comentados, indicavamos para um sujeito social a correlaao clara entre a situaao de presena próxima de um doente de Aids e um melhor conhecimento sobre a doena, bem como uma maior sensibilizaao para o problema, que no caso funcionava como fator de disseminaao de informaao a respeito da própria doena, apontamos agora outra dimensão desta proximidade. Há uma diferena entre o nível em que o sujeito está situado sociologicamente *próximo* a alguém portador de Aids e por isso absorve um maior número de informaoes que podem (ou não) gerar práticas preventivas – e o nível em que o sujeito encontra-se inteiramente inserido em uma rede de portadores do vírus, a ponto de que as distinoes entre *ter e não ter* Aids deixam de fazer sentido, tornando-se *inevitável*, já que é da ordem das relaoes sociais.

Por fim, esta idéia de que a Aids pode acontecer independentemente de classe social, comportamento e mesmo da adoao de medidas preventivas traz implícita uma noao de destino. Apesar de conhecerem as formas e veículos de transmissão do HIV, os moradores do bairro estudado atribuem ao destino a palavra final a respeito da proteao ou da contaminaao do indivíduo, o que é reforado pelo confronto das informaoes recebidas com a experiência quotidiana, ou seja, nem todo mundo que possui um “comportamento de risco” (uso de drogas injetáveis, relaoes extraconjugais e não protegidas) é portador do vírus da Aids ou, ao contrário, pessoas que não possuem estes comportamentos podem sê-lo.

Se é ao *destino* – e *destino* aqui não no sentido de desígnio dos deuses, mas de evento sobre o qual não se tem controle – que cabe a decisão final, deve-se aceitar o que, em última instância, não pode ser evitado. A epidemia de Aids, por sua dimensão e incapacidade, até o momento, de soluoes médicas curativas, aparece no nível do senso comum associada à noao de que “nada pode ser feito contra isto”. É neste sentido que alguns entrevistados expressaram a idéia de “preparar-se” para a doena, pois, apesar da adoao de medidas preventivas, o indivíduo deve estar pronto para aceitar o que o destino lhe reservou, mesmo que isso seja a própria doena. A infecao pelo HIV aparece, assim, como inevitável.

Referências

AERTS, D. *Mortalidade por Aids em Porto Alegre*. Trabalho apresentado. Seminário Aids, Quo Vadis. Porto Alegre: Nupacs: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1997.

ARIES, P. *L'Homme devant la mort*. Paris: Seuil, 1975.

BARBOSA, M. R.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Abia: IMS/UERJ, 1996.

BARDET, J. P. et al. *Peurs et terreurs face à la contagion: choléra, tuberculose syphilis XIXe-XXe siècles*. Paris: Fayard, 1988.

BILAC, E. *Famílias de trabalhadores: estratégias de sobrevivência*. São Paulo: Símbolo, 1978.

BOURDELAIS, P. Contagions d'hier et d'aujourd'hui. *Sciences Sociales et Santé*, v. 7, n. 1, p. 7-20, févr. 1989.

BOURDIEU, P. *La misère du monde*. Paris: Seuil, 1993.

DOZON, J. P.; FASSIN, D. Raison épidémiologique et raisons d'Etat: Les enjeux socio-politique du SIDA en Afrique. *Sciences Sociales et Santé*, v. 7, n. 1, p. 21-36, févr. 1989.

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DURHAM, E. R. *A caminho da cidade*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

FARMER, P. *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press, 1992.

FIGUEIREDO, M. Le role socio-economique des femmes chefs-de-familles. *Tiers Monde*, v. 21, n. 84, 1980.

FONSECA, C. La violence et la rumeur: le code d'honneur dans un bidonville brésilien. *Les Temps Modernes*, n. 455, juin 1984.

FONSECA, C. Valeur marchande, amour maternel et survie: aspects de la circulation des enfants dans un bidonville Brésilien. *Annales ESC*, v. 40, n. 5, p. 991-1022, sept./oct, 1985.

FONSECA, C. Allies et ennemis en famille. *Les Temps Modernes*, n. 499, févr. 1988.

FONSECA, C. Cavalo amarrado também pasta: honra e humor em um grupo popular brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 6, n. 15, p. 27-39, 1991.

FONSECA, C. *Crime, corps, drame et humor: famille et quotidien dans les couches populaires brésiliennes*. Tese (Doutorado)–Université de Nanterre, Nanterre, 1993.

FONSECA, C.; BRITES, J. Batismo em casa: uma prática popular no Rio Grande do Sul. *Cadernos do Programa de Pós-Graduao em Antropologia Social*, Porto Alegre: UFRGS, n. 14, 1988.

GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre Aids no Brasil. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Abia: IMS/UERJ, 1996.

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, Homens e Aids: o visível e o invisível. In: PARKER, R. et al. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Abia: IMS/UERJ, 1993.

GUIMARÃES, C. D. “Mas eu conheço ele”! Um método de preveno do HIV/Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Abia: IMS/UERJ, 1996.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Une maladie dans l’espace public. Le Sida dans six quotidiens français. *Anuales ESC*, v. 43, n. 5, p. 1109-1134, sept./oct. 1988.

KNAUTH, D. R. *Os caminhos da cura: sistema de representaes e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares*. Dissertao (Mestrado em Antropologia Social)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

KNAUTH, D. R. Une maladie pas comme les autres: une maladie des autres. In: LEAL, O. F.; FACHEL, J. (Org.). *Body, sexuality and reproduction: a study of social representations* (Project 91378 BSDA). Relatório final de pesquisa apresentado ao Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction da Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Nupacs/UFRGS, 1995.

KNAUTH, D. R. *Le Sida chez les femmes: maladie et quotidien dans les groupes populaires au Brésil*. Tese (Doutorado em Antropologia)—École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1996.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido. *Estudos Feministas*, v. 5, n. 2, 1997.

LEAL, O. F.; FACHEL, J. (Org.). *Body, sexuality and reproduction: a study of social representations* (Project 91378 BSDA). Relatório final de pesquisa apresentado ao Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction da Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Nupacs/UFRGS, 1995.

LEAL, O. F.; LEWGOY, B. *Aborto: uma contribuição antropológica à discussão*. Porto Alegre: L&PM, 1998. (Filosofia Política: Nova Série, v. 2).

LEIBOWITCH, J. *Un virus étrange venu d'ailleurs*. Paris: Grasset, 1984.

LOYOLA, M. A. Aids e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, M. A.; GIAMI, A. *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

MONTAGNIER, L. Le SIDA: problème medical et problème de société. *Revue des Sciences Morales et Politiques*, n. 4, 1990.

PARKER, R. *A construção da solidariedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Abia: IMS/UERJ, 1994.

ROCHE, S. Expliquer le sentiment d'insécurité: pression, exposition, vulnérabilité et acceptabilité. *Revue Française de Science Politique*, v. 48, n. 2, p. 274-305, 1998.

SALEM, T. Mulheres faveladas: com vendas nos olhos. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L.; HEILBORN, M. L. (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher, 1*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 49-99.

SARTI, C. A família como ordem moral. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 91, p. 46-53, 1994.

SARTI, C. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados, 1996.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1992.

VÍCTORA, C. *Mulher, sexualidade e reprodução: representações de corpo em uma vila de classe populares em Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

VÍCTORA, C. *Images of the body: lay and biomedical views of the reproductive system in Britain and Brazil*. Tese (Doutorado em Antropologia)–Brunei University, London, 1996.

VÍCTORA, C. “*Agora me fala da tua família*”: uma abordagem etnográfica à estrutura familiar e à composição da unidade doméstica no Brasil e na Inglaterra. 1998. Trabalho apresentado. XXII Reunião da ANPOCS, Caxambu, 1998. Não publicado.

WALLE, E. The social impact of AIDS in Sub-Saharan Afrique. *The Milbank Quarterly*, v. 68, suppl. 1, 1990.

WOORTMAN, K. *A família das mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1987.

ZALUAR, A. *A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 1984.