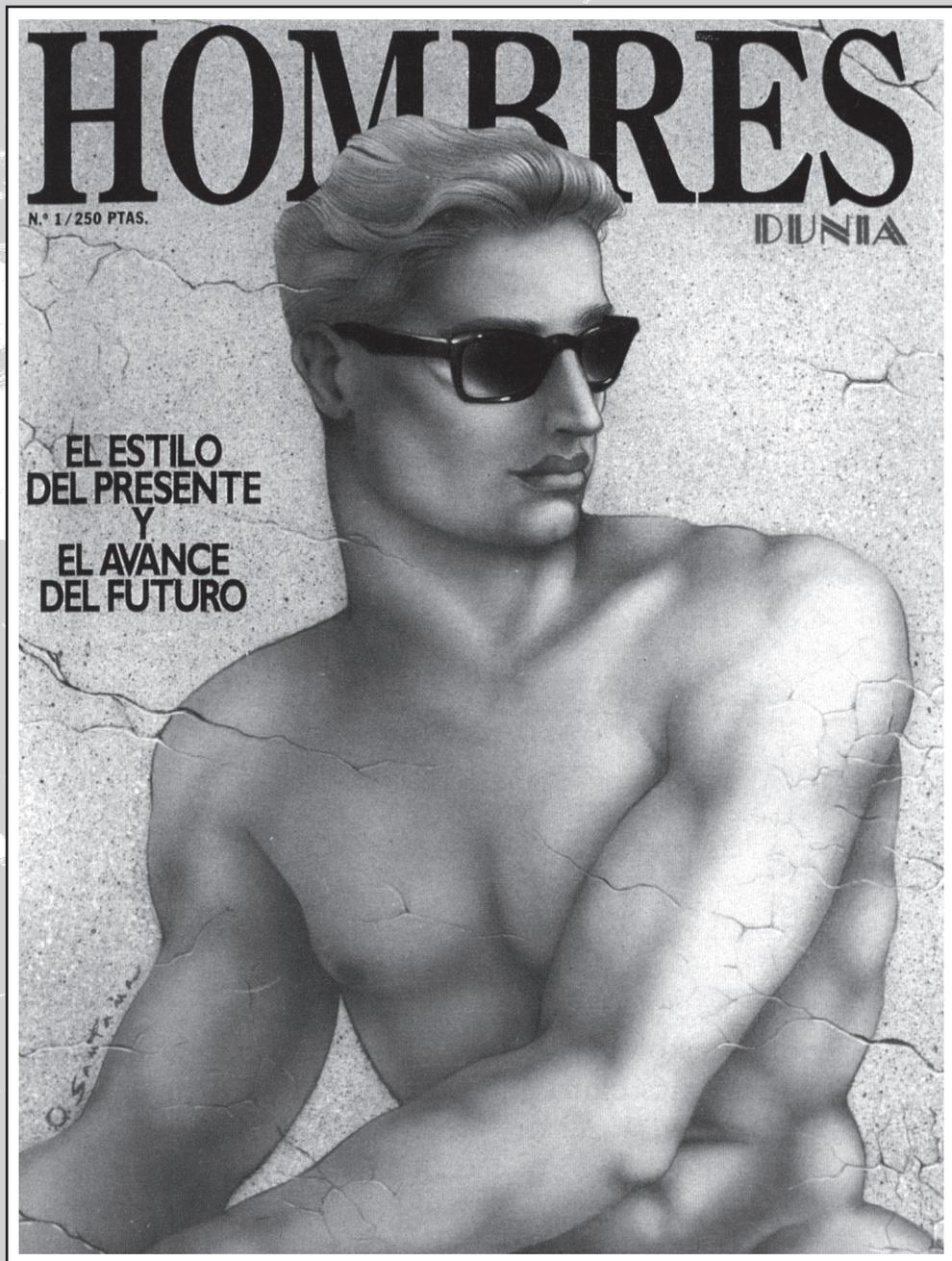
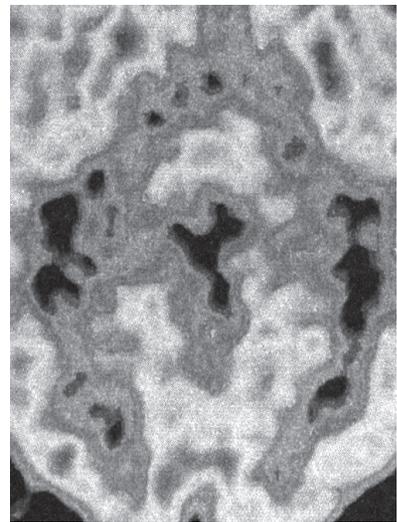
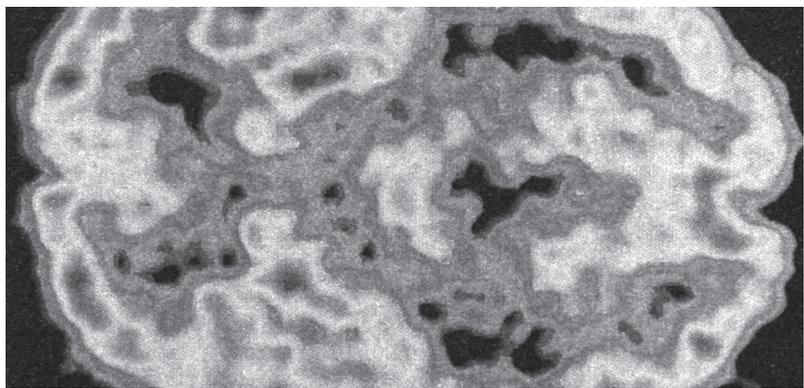


dossiê aids





A Aids como construção social

ANDREA GIOVANNETTI
IOLANDA ÉVORA

UMA TRISTE METÁFORA

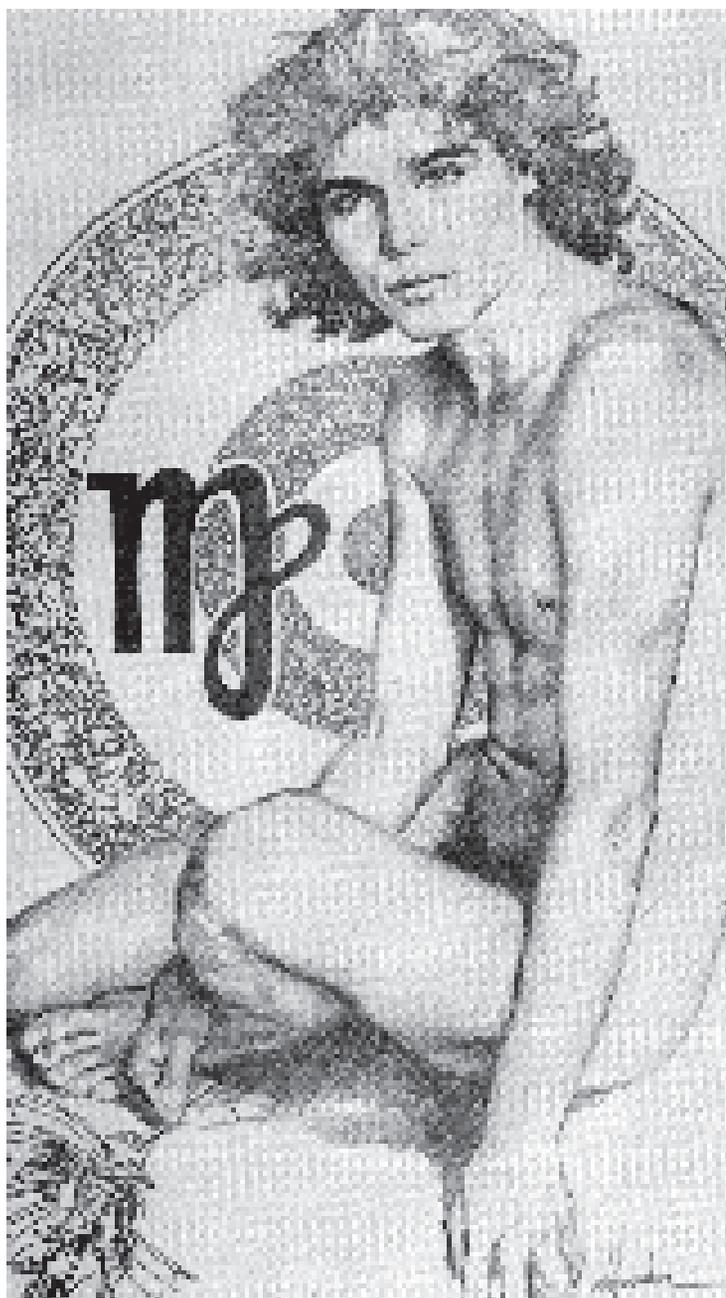
“**P**rocurar no claro o que se perdeu no escuro não é novidade, quase toda ciência o faz alguma hora, e é quando se perde no mundo real. Mas procurar no escuro o que, no claro, parece perfeitamente claro – origem das representações de identidade e realidade – comporta seus riscos” (Fábio Herrmann, 1997).

A presente reflexão foi inspirada por uma pesquisa (1) realizada entre 1995 e 1996 com um grupo de portadores de HIV. Verificamos, ao procedermos à escuta psicanalítica do material reunido pela pesquisa, que, dada a reputação da doença, saber-se portador aumenta em muito o sofrimento daqueles que o são. Por que culpa, repulsa e vergonha alinham-se como sentimentos quase

ANDREA GIOVANNETTI é psicóloga e psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae.

IOLANDA ÉVORA é pesquisadora do Núcleo de Estudos e Prevenção da Aids e do Núcleo de Estudos da Violência da USP.

1 O projeto *Estratégias de Enfrentamento de Soropositivos ao HIV/Aids: Intervenção para Mudança Comportamental* foi realizado sob coordenação de Belkis Trench e Iolanda Évora, pesquisadoras do Núcleo de Estudos e Prevenção da Aids (Nepaids) do Instituto de Psicologia da USP. O projeto contou com financiamento do Ministério da Saúde do Brasil, através do Programa Nacional de DST/Aids, Projeto BRD/92/001. Para preservar o sigilo quanto às identidades dos entrevistados, não indicaremos o nome das ONGs contactadas.



inevitáveis dos soropositivos? Tais sentimentos não revelam idiosincrasias psíquicas (2), mas uma unidade de perspectiva dos sujeitos diante da experiência de infecção que lhes é comum. Em termos pessoais, cada qual convive com sua realidade de infectado a seu modo: dentro de um sistema de funcionamento psíquico que já lhe é peculiar mesmo antes da informação crucial. Há aqueles cujo discurso muito desorganizado pode ser efeito da descoberta de sua condição de soropositivos, porém

mesmo isso não poderíamos afirmar. A princípio, de acordo com as séries complementares freudianas, o surgimento ou agravamento de um desequilíbrio emocional mais manifesto poderia ter sido ocasionado por outros eventos de igual perniciosidade na vida desses indivíduos, não somente pela Aids (3).

Claramente a condição de portadores dessas pessoas, ainda que referência costumeira de suas falas, não se impunha como faceta prevalectante da subjetividade de cada um. Ou, dito de outro modo: “o portador ou doente de Aids não traduz uma identidade coletiva, necessidades iguais. O que compartilham é o estigma sombrio que a construção social da doença produziu” (Paiva, 1992, p. 61).

Assim, começamos a nos indagar sobre a pertinência de reunir tais pessoas, soropositivos, num grupo e, em o tendo feito, sobre o que significava isso. As características comuns que buscávamos insistiam em agrupar-se de fora para dentro. Ao açambarcarmos aquelas pessoas num grupo específico, reproduzíamos uma cadeia que nos antecedia, e isso, como não poderia deixar de ser, transpareceu claramente nos discursos coletados sob a forma de transferência para com o entrevistador.

A maioria dos entrevistados respondia ao disparador da conversa livre com o entrevistador tentando obter confirmação sobre se era esperado dele que discorresse sobre sua condição de soropositivo (“bem, porque não somos só isso...” parecia estar implícito logo na primeira hesitação). Contudo, mesmo diante da instrução de que era esperado que falassem sobre o que quisessem, sobre o que quer que escolhessem, sem nenhuma referência ao HIV, invariavelmente interpretavam que era esse aspecto de suas vidas que deveriam destacar. No entanto, a soropositividade era apenas a “confissão” inicial, o *mea culpa* quanto a pertencerem a esse grupo antes de qualquer outro.

Evidentemente o fato de contactá-los através de grupos de apoio aos soropositivos implicava distingui-los por esse ângulo particular de suas existências. Isso não nos

escapara. Contudo, a análise do discurso produzido, que a princípio pretendemos que inquirisse aquelas subjetividades em busca do psíquico individual similar, revelou o social compartilhado. Assim, gradualmente, emergiu das falas analisadas não qualquer espécie de homogeneidade psíquica, da ordem de mecanismos de defesa mais freqüentes ou algo parecido, mas experiências intersubjetivas constantes como: ser “doente” no trabalho, com o parceiro, no sistema de saúde, com a família, com os amigos, nos grupos de apoio e assim por diante. O fardo físico, por exemplo, de serem portadores de HIV era muito pouco privilegiado como tema das falas dos entrevistados, em que pese que em nenhum deles a síndrome se manifestara em seus rigores. Aquilo de que todos queriam falar era do fardo social: do estigma, da segregação, da falta de amparo governamental, da solidão que os obrigava a transformarem-se em “aidéticos” (4) a despeito de si mesmos.

Este artigo discutirá, pois, nossas hipóteses sobre o porquê de tamanha diminuição do eu dessas pessoas que tiveram o infortúnio de serem contaminadas por um vírus fatal, não mais tão fulminante para ceifar-lhes a vida imediatamente, mas nocivo o bastante para, mesmo manifestamente inativo, subverter-lhes a existência de forma dolorosa.

Os avanços da medicina que transformaram a infecção por HIV numa condição crônica relaxaram a sentença de morte iminente e aliviaram parte do infortúnio. Em contrapartida, lançaram as fronteiras de uma espécie de limbo em que vagam os informados de um resultado positivo do *Western Blot*. Física e psiquicamente essas pessoas tornam-se *resistentes*, cremos que menos ao desenvolvimento da doença e mais a representações, internalizadas ou não, do imaginário social que as empurra para o corredor da espera. Espera na qual, quanto mais se ganha em tempo, menos se tem em dignidade.

Refletiremos sobre tais representações histórico-sociais que têm determinado o sentimento de perplexidade e culpa, em

menor ou maior grau, dos infectados, moldando assim a identidade do “aidético”. Culpa derivada da fatalidade associada ao desejo, da morte invadindo a sexualidade, que faz com que cada uma dessas pessoas se pergunte se não poderia ter evitado a contaminação. Culpa também de saber que se vai morrer entre nós, “ocidentais civilizados”, que estamos perto de acreditar que não se morre mais, a não ser por engano, ou, ao fim de uma longa existência, por obsolescência.

AS ENTREVISTAS

“Toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença com o próprio mal, uma doença que torne culpadas suas ‘vítimas’” (Susan Sontag, 1989).

As falas dos entrevistados (5) abaixo transcritas são aquelas que mais significativa e sinteticamente comunicam o argumento elaborado na introdução deste texto. Escolhemos, por conseguinte, trechos que ilustram os temas mais abordados pelos sujeitos, por um lado, e que, ao mesmo tempo, desvelam as categorias que consideramos superestruturais, isto é, produtoras das subjetividades em questão, do discurso: sexualidade, morte e doença. Finalmente, para preservar a fluidez das declarações, optamos por comentá-las em separado, na próxima seção.

A sexualidade

“Aí fomos crescendo e eu com esse traço de sexualidade diferente e que é uma coisa assim que, para mim, pesa muito. Acho que até mais do que o vírus” (K.).

“Mas é complicado, né, o relacionamento de homossexual, tem muito... muitos aí, que não se aceitam, né... Uma coisa é você não aceitar... querer falar para certas pessoas, não querer contar para família. Agora, uma outra coisa, é você não se aceitar, né? Você ter problema com você... Você

2 A premissa inicial deste estudo centrou-se em encontrar possíveis regularidades psíquicas frente ao conhecimento da infecção pelo vírus da Aids. Rapidamente, porém, demos-nos conta de que tais regularidades, caso existissem, seriam muito menos determinantes de todo o produto obtido do que pensáramos a princípio.

3 Não nos referimos aqui aos quadros clínicos de origem orgânica quando da síndrome de imunodeficiência já instalada. Quase a totalidade dos entrevistados estava assintomática à época da realização da pesquisa.

4 O fato de esse termo ter caído em desuso entre aqueles que trabalham nesse setor, por sua carga politicamente incorreta, não descreve bem a situação social. Na população, em geral, ele continua sendo empregado, fazendo, conseqüentemente, parte do cotidiano do soropositivo. Nossa tentativa aqui é de justamente contribuir para o esvaziamento mais disseminado desse termo.

5 O método de pesquisa utilizado nas entrevistas gravadas pelas pesquisadoras seguiu orientação teórica desenvolvida por Arakcy M. Rodrigues (1996). Assim, constituiu-se a entrevista em discurso livre inicial, seguido de um questionário detalhado sobre dados biográficos. A primeira parte, de que nos valemos neste estudo, capta as disposições subjetivas mais espontâneas dos entrevistados; a segunda procura relacioná-las às condições objetivas pessoais e do grupo de referência do sujeito. Remetemos o leitor interessado pela pesquisa e por suas conclusões ao projeto indicado na nota 1.

encontra ainda muita gente assim, né? Soropositivo, então, aí... É uma tragédia grega! Infelizmente é uma tragédia grega! Tem gente que passa muito mal com isso, né? [...] dessa coisa de ser homossexual, a família... também é uma coisa que também não... não condeno, não faço questão também, eu não sei se o pessoal se toca... se tocou? Mas é aquela coisa, né, de ficar te perguntando, te cobrando, né? ‘Quando é que você vai casar? Você tem que casar... Você tem que ter filho...’ E não é assim a vida!” (E.).

“[...] como teve o caso de um rapaz, o rapaz chegou para mãe, ele era homossexual e portador, né. Aí ele chegou para mãe e disse assim: ‘Olha, mãe, é o seguinte: eu sou portador do vírus HIV’. E ele ia contar em seguida que era homossexual, mas antes dele contar, a mãe virou para ele e disse: ‘Ainda bem que você só é portador do vírus HIV! Pior se você fosse ...’ e desmunhecou a mão” (M.).

A morte

“As pessoas que estão morrendo, elas têm obrigação de não deixar transparecer essa... essa dor para não incomodar os outros, isso faz parte da... do quadro da morte. Assim, em contrapartida, eu que tô morrendo, né. Eu tenho esse problema, porque é um tabu, eu não aceito a morte... por outro lado, as pessoas que estão a minha volta também não aceitam a ... a minha morte. E elas não aceitaram que eu fique mal por isso. Então, eu tenho que agir de uma forma pra não constranger as pessoas. Então, eu tenho que ser digna, então eu tenho que morrer dignamente. Ou seja, sem sofrer e sem causar... principalmente sem causar sofrimento aos outros, né? É constrangimento, que se chama lá, né? É interessante até esse ponto de vista, né? Então, na verdade, eu não posso chorar, eu não posso ter depressão, eu não posso... sabe, falar dela, eu não posso ter medo dela, eu não posso nada” (T.).

“Agredi muito, tipo: ‘Ah, vamos em tal lugar?’. ‘Não, pra que que eu vou?’. ‘Ah,

pra gente distrair’. ‘Distrair pra que se eu vou morrer?’. Tudo era assim. Comprar uma meia... ‘Ah, não vou comprar meia, pra quê? Vou morrer mesmo. Não vou comprar mais nenhuma peça de roupa a partir de hoje.’ Então, assim, aí que vem a desinformação. A gente ficou com a imagem de que Aids era Cazuza. Então, sabe aquela... aquele simbolozinho do *danger*, perigo, aquela caveirinha com aquela cruz? Morte. Então, Aids era morrer. Eu não podia ver de outro jeito! E ficava fazendo o quê? Nada. Dentro de casa, trancado e chorando. E não atendia ninguém. E... e esperando... é... morrer” (F.).

A doença

“No começo foi difícil, eu comecei a somatizar um monte de doenças... [ri] Eu já... Eu começava a me ver como uma velha decrépita, eu achava que ia envelhecer 60 anos em 1, eu achava que o HIV ia ser fulminante” (T.).

“Talvez se eu tivesse mais sabedoria sobre a doença, o meu marido nunca teria morrido, você entendeu? Que se ele soubesse também, se ele tivesse mais sabedoria do que é isso, ele também não teria... não teria levado à morte, de jeito nenhum” (J.).

“Aí, eu, hoje, eu tenho a consciência de que porto um vírus que poderá, e pode, com certeza, causar uma doença fatal, que é a Aids. Mas, por enquanto, eu tenho um bichinho lá quieto. Porém, é... não existe cura para ele, mas sou consciente que existe tratamento, terapia... Então, aí eu começo, não exatamente, associar outras situações de vida, que eu assisti e que não eram tão ruins assim, tais como a diabete. Não tem cura, mas o ser humano vive até 80 anos com ela, se se cuidar. Casa, tem filhos, faz tudo que tem que fazer, com uma doença que não tem cura” (L.).

“A minha primeira preocupação era não deixar o vírus entrar na minha vida. Assim,

tanto afetivamente quanto profissionalmente, porque eu falei: ‘Não, uma coisa que ninguém tá sabendo e nem precisa saber. Eu vou continuar normal’. Porque eu sempre tenho na minha cabeça que esse vírus, ele realmente começa por aí, ele começa a chantagear o portador, né?’ (F.).

COMENTÁRIOS

A sexualidade

O que salta aos olhos em primeiro lugar quanto ao grupo estudado é que muitos entrevistados possuam inclinações homoeróticas. Preferimos usar o termo homoerotismo ao termo homossexualismo pelos motivos largamente explorados por Jurandir Freire Costa e que ele mesmo resume como segue:

“• a diversidade das práticas, condutas e desejos homoeróticos é enorme e extremamente difícil de ser tipificada, seja pelo observador, seja pelo sujeito.

• o elemento central na definição da identidade ‘homossexual’ é a presença do *desejo homoerótico*. Mesmo assim, a simples admissão de *atração sensual entre homens*, que é uma modalidade do desejo homoerótico, não é suficiente para caracterizar a ‘homossexualidade’ daqueles que a experimentam. Mais decisiva é a presença de *atração terna*, ou seja, do *apaixonamento*, que significa algo além do puro ‘tesão’. Do mesmo modo, a atração estética só define a presença da ‘homossexualidade’ se vier associada a um dos dois itens anteriores.

• a ‘identidade homossexual’ é predominantemente estabelecida a partir do sentimento vago e difuso de desvio ou diferença em relação ao que se julga ser a ‘identidade heterossexual’, identidade esta igualmente difícil de ser descrita positivamente em seus atributos.

• a ‘identidade homossexual’ é, de modo geral, sentida como um *problema* e percebida pela maior parte dos sujeitos como uma qualidade da personalidade hierarquicamente inferior, no quadro das distinções sociais.

• finalmente, a ‘identidade homossexual’ depende, para sua estabilização, de fatores quase impossíveis de serem generalizados, de um lado, da histeria psicossocial de cada um, de outro, do sistema de justificativas que tornam a prática homoerótica mais ou menos aceitável ou mais ou menos reprovável. Assim, vemos sujeitos com histórias de vida diferentes elegerem diferentes atributos do comportamento ou desejo como principais indícios de sua ‘homossexualidade’. Da mesma maneira, dependendo do sistema de justificativas, vemos que práticas semelhantes são avaliadas de formas diversas. Há indivíduos que, converti-



dos ao vocabulário da emancipação sexual e da liberalização de costumes, insistem em recusar a etiqueta de 'homossexual', alegando que não lhes interessa catalogar o que sentem, e o que importa é a satisfação sexual e afetiva obtida na relação com o parceiro. Outros insistem em dizer que, desde que haja atração erótica por homens, existe 'homossexualismo', e os que negam essa 'evidência' o fazem com receio de assumir a própria 'homossexualidade'. Outros, enfim, como no caso de prostitutos, mesmo mantendo relações homoeróticas freqüentes, e admitindo sentirem atração sexual pelos parceiros, não se identificam como 'homossexuais', a pretexto de exercerem a profissão por dinheiro, de serem ativos no coito, de preferirem relações com mulheres, etc." (Costa, 1992, p. 155).

Assim a maioria de nossos sujeitos manifesta sua inclinação homoerótica, porém, dada a insistência dos discursos da moralidade burguesa em qualificar a sexualidade como normal ou patológica e em discriminar e menosprezar as práticas e preferências homoeróticas, a primeira regularidade presente nas entrevistas realizadas vem do sofrimento maior que representa precisar esconder a condição de soropositivo para não ser obrigado a revelar a inclinação homoerótica socialmente desvalorizada.

Perpassa também, pela quase totalidade dos relatos, incluindo os femininos, a noção de que a moral sexual conservadora finalmente levou a melhor. Desapontados, em geral, parecem sentir que suas práticas individuais, que até aquele momento tinham sido garantidas pelo momento histórico de maior liberdade sexual, de uma hora para outra foram novamente proibidas. Contudo, mais grave do que a polícia moral de outrora, a pressão social vigente tem sido vitoriosa em fazer com que essas pessoas passem a crer que tal proibição se inscreveu em seus próprios corpos. O soropositivo não é apenas um portador de um vírus de altíssimo potencial mortal, ele é efetivamente a morte que ele mesmo escolheu.

"Num dinamismo patriarcal, o transgressor nunca é visto como uma pessoa inteira. Aquele que foge às regras e médias representadas pelo muro é nomeado pela sua transgressão: é o louco, a bicha, o comunista, o burguês, o drogado, o macumbeiro, o japonês, o paralítico, o aidético, a puta. Algumas pessoas aceitam essa definitiva atribuição de impureza ou inferioridade e não sabem como viver sem se identificar com isso" (Paiva, 1992, p. 57).

A morte

Aprendemos com Philippe Ariès que nas sociedades civilizadas mais industrializadas a morte tomou o lugar da sexualidade como interdito máximo. Desse modo, a morte, como questão contemporânea, tem menos origem em seu caráter biológico do que no social. Espera-se da medicina que ela aumente a expectativa de vida em geral e, neste caso em particular, aquela dos portadores de HIV. Morrer passa a ser inaceitável:

"assim, em nosso mundo, onde se age como se a Medicina tivesse resposta para tudo [...], não se tem razão alguma, pessoalmente, de morrer; a doença incurável, particularmente o câncer, tomou as características hediondas e assustadoras das antigas representações da morte. Melhor do que o esqueleto ou a múmia dos macabros, atualmente o câncer é a morte. Mas é preciso que a doença seja incurável (ou que tenha fama de sê-lo) para que assim deixe transparecer a morte e lhe dê seu nome" (Ariès, 1977, p. 141).

Não é necessário que ajustemos a citação acima para que percebamos o quanto ela se aplica mais recentemente à Aids, essa que se tornou o nome mesmo do inominável. O portador enfrenta um angustiante paradoxo: primeiramente, é considerado socialmente morto para muitos (morte civil, na expressão de Herbert Daniel, soropositivo) e, num segundo momento, quando finalmente se aproxima a experiência tão temida, espera-se que abra

mão do direito de exprimir tal terror, pois tal tensão emocional é incompatível com a regularidade da vida quotidiana familiar ou hospitalar. Se, ao contrário, o moribundo se resigna e está pronto para deixar-se ir, recriminam-lhe a falta de fibra e de luta, não raro tentando extorqui-las à força por meio de tubos e fios.

A doença e a medicalização social

Atravessa muitos dos relatos a culpa pelo fato de os sujeitos se terem “deixado contaminar”, como vimos na consideração sobre a sexualidade. Essa idéia não é nova, pelo contrário, como nos lembra Susan Sontag (1989) ao informar-nos sobre a responsabilidade atribuída ao doente por sua doença ou sua predisposição de personalidade para aquele mal. Assim, os introvertidos, reprimidos ou derrotados estariam muito mais sujeitos ao câncer, como os tuberculosos eram vítimas desse mal por sua hipersensibilidade, talento e paixão. Essas roupagens metafóricas, que, no caso da Aids, referem-se à culpa ligada à promiscuidade e ao homoerotismo, não são, evidentemente, gratuitas, mas resultantes da construção social da doença. Esse processo deriva-se de outro, há muito em curso, a saber, o da medicalização de nosso dia-a-dia. Segundo Marilena Corrêa,

“a medicalização social constitui um processo pelo qual – sobretudo com o advento das bases científicas da medicina moderna, nas sociedades ocidentais – o modo de vida dos homens é normalizado pela medicina e saberes correlatos, processo que interfere na construção das representações sobre o corpo, a saúde, a doença e demais processos vitais” (Corrêa, 1994, p. 119).

Assim inaugura-se uma outra abordagem de controle da ordem social, abordagem orientada por um bem altamente valorizado: a vida.

A necessidade posta como meta de mantê-la e reproduzi-la desemboca na se-

xualidade como questão de interesse público e importante instrumento de controle social.

“Entretanto, num imaginário social dominado pela supervalorização das idéias de privacidade e intimidade, o surgimento de uma doença referida a esse núcleo de valores e que coloca em relação sexo/prazer e morte, o modelo tradicional de medicalização esbarra numa série de impasses, na sua tentativa de conciliar a lógica da ‘saúde’ das populações com a lógica dos prazeres individuais. A Aids, exacerbando a tensão entre os interesses da coletividade na esfera da sexualidade (ligados à reprodução e seu controle) e os interesses individuais (ligados ao prazer), revela, mais claramente, os limites, na área da sexualidade, de tal modelo de normalização médica do social” (Paiva, 1994, p. 121).

O cotidiano

Ao escutarmos os relatos dos entrevistados notamos que com frequência o sentimento de estar sozinho, sem companhia, apoio ou ajuda é pungente. Por um lado, a necessidade de manter em sigilo a inclinação homoerótica, como já discutimos anteriormente, afasta, muitas vezes, da própria família e mesmo de amigos. Por outro lado, contudo, percebemos dificuldades na manutenção de um parceiro estável e desejado. Acreditamos que tal dificuldade advenha de uma marcada cisão entre afetividade e sexualidade, resultante da falta de sustentação social de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo. A conciliação entre um ideal sentimental de relacionamento duradouro e uma inclinação sexual ao mesmo tempo rechaçada e estimulada pelo mercado acessível parece insolúvel. Quando possível, pequenos grupos de amigos, não raro, compostos de ex-aman-tes, fazem as vezes de família, como já observara Michael Pollak (1987).

Por outro lado, as ficções sociais construídas sobre a Aids afetam até mesmo a possibilidade de tratamento da doença,

na medida em que a seqüestram do lugar de doença grave, fatal, mas apenas doença, para um outro que recende a maldição. Neste lugar as “vítimas” circulam entre mitos nocivos, pois propagadores de relações irracionais com os objetos. Assim, começar ou não a tomar medicamentos, entrar ou não em protocolos de controle, seguir ou não as orientações médicas são decisões que passam pelo crivo daqueles mitos, sendo o primeiro deles a equiparação da Aids à morte.

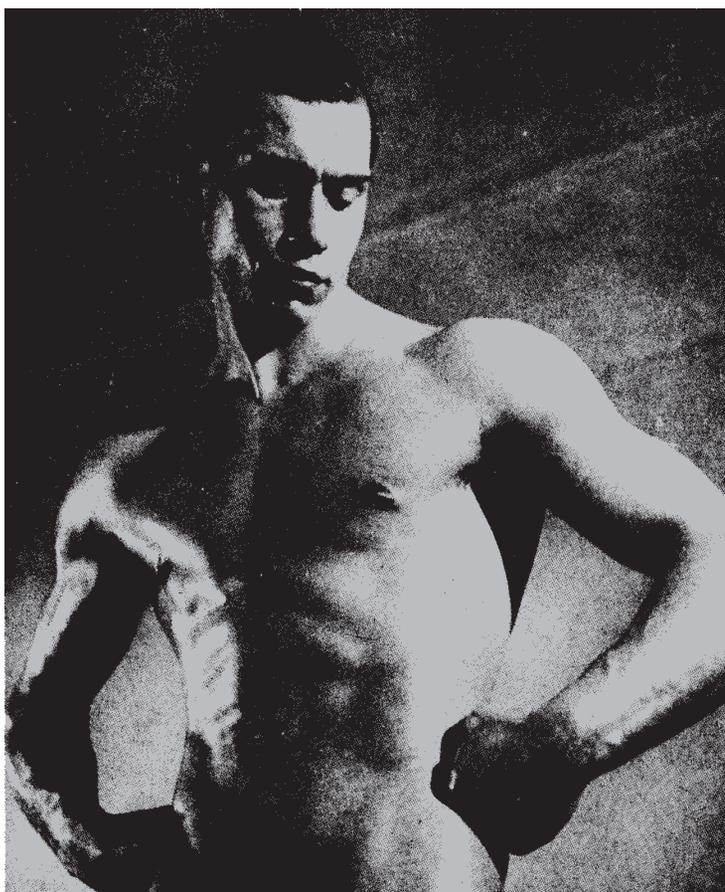
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos analisar ao longo deste artigo as metáforas de que se traveste nossa relação para com um objeto específico de nossa realidade: a Aids, entidade abstrata que se materializa em seus portadores. Para tanto utilizamos um conjunto de entrevistas realizadas com soropositivos há pouco

mais de um ano. Consideramos, primeiramente, o material disponível do ponto de vista estritamente intrapsíquico, isto é, buscando encontrar sistemas de crenças, fantasias e atitudes defensivas deflagradas pelo conhecimento do quadro de infecção por HIV. Frente aos relatos, entretanto, percebemos que o pensamento e as reações daquelas pessoas organizavam-se de modo particular, isto é, determinados pela subjetividade desejante de cada um, por sua peculiaridade psíquica. Parecia possível depreender alguma lógica inerente aos desejos ou fantasias inconscientes individuais, lógica que seria geradora de condutas aparentadas. Rapidamente conviemos que tal abordagem parecia forçar aqueles relatos compilados numa aproximação que, ao invés de fazê-los falar, ameaçava fazê-los calar. O descuido estava em querer emprestar-lhes um valor social ao inconsciente. Ora, se não há sequer registro de morte no inconsciente pela característica de inexistência de negação na lógica do processo primário, certamente não há registro de Aids. E se o instrumental metodológico da psicanálise dirigia-se aos modos de produção de sentidos incessantemente gerados pelo desejo inconsciente, apontávamos nosso instrumento para o estrato errado, o individual.

Munidas de novas coordenadas encetamos uma outra análise do discurso dos entrevistados, agora mirando o estrato social com o qual interagimos perenemente, criando através da cultura e por ela sendo determinados. O meio em que vivem os entrevistados e que eles nos apresentam através de suas falas adquire precedência para nossa atenção. Vemos nele, aqui chamado de cotidiano, as ficções produtoras dos sentidos coletivos que são experimentados por aquelas pessoas como individuais e, portanto, não raro, como absurdos.

Esses sentidos articulam-se, apenas para fins de discussão teórica, em categorias estruturantes do discurso: sexualidade, morte, doença. Esses recortes temáticos são produto dos próprios relatos dos sujeitos, o que não nos surpreende, pois são essas, fundamentalmente, as experiências



evocadas pela Aids. Se, no entanto, reconhecemos que a rotina é função opacificadora das estruturas constituintes de nossa realidade, de nosso *cotidiano*, não convém tomá-la por assentada e esperar sem surpresa que soropositivos falem de Aids numa entrevista de discurso requerido livre.

Foi, pois, esse aspecto da transferência que nos fez voltar nossa análise sobre nós mesmas, como representantes da sociedade frente àquelas pessoas, e aí deparar com o estrato de longe mais multiplicador de sentidos naquela interação: o social. Portadores não só do vírus, mas dos modos de construção coletiva da realidade do ser aidético, nossos sujeitos sofriam mesmo assintomáticos.

Sofriam principalmente com sua condição de clandestinidade. Clandestinos diante da perspectiva de morte, dado que morrer tornou-se inaceitável nos dias de hoje; diante da moral sexual vigente que os rotula de promíscuos ou homossexuais; diante da condição clínica associada à doença (mesmo que ainda não instalada), em que as condutas sexuais ou de outra ordem (6) são percebidas como resultantes de lascívia, desregramento e tendência para autodestruição.

Aí circunscritas, essas pessoas perdem

mais do que as defesas imunológicas do organismo. Sentem-se obrigadas ao afastamento de família, amigos e, frequentemente, do trabalho para preservar aspectos de sua intimidade. Encontram mais dificuldades em cuidar de si mesmas quando introjetam maciçamente essas ficções sociais, porquanto interpretam que seu mal é de outra natureza – comportamental, por exemplo. Essas procuram cura em terapias alternativas, meditação, atividades físicas de fundo espiritual ou massagens, no lugar dos medicamentos cuja eficácia no combate ao vírus tem sido atestada crescentemente.

Finalmente, cumpre dizer que nosso artigo consiste num exercício de atribuir feições à obscura zona de fronteira entre identidade e realidade. Partindo da primeira, aportamos na segunda para lançar luz sobre a anterior. Pretendemos com isso desvelar algumas das regras de constituição deste universo específico. Gostaríamos de crer que nosso projeto moral é uma espécie de *epistemologia da solidariedade*, como comenta Jurandir Freire Costa (1992) a propósito de Richard Rorty (1990). Segundo Costa, seria “a recusa em considerar nossas convicções presentes como a última e a verdadeira palavra sobre o que quer que estejamos tratando” (Costa, 1992, p. 143).

6 Nenhum dos entrevistados deste grupo contraiu o vírus por outra via que não a sexual.

BIBLIOGRAFIA

- ARIÈS, Philippe. *O Homem diante da Morte*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1981-82.
- e BÉJIN, André (orgs.). *Sexualidades Ocidentais*. São Paulo, Brasiliense, 1987.
- BIRMAN, Joel (org.). *Percurso na História da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Taurus, 1988.
- COSTA, Jurandir Freire (org.). *A Inocência e o Vício*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
- GAY, Peter. *A Educação dos Sentidos*. São Paulo, Companhia das Letras, 1988.
- HERRMANN, Fábio (org.). *Psicanálise do Cotidiano*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- LASCH, Christopher (org.). *A Cultura do Narcisismo*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- LOYOLA, Maria Andréa (org.). *Aids e Sexualidade*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
- PAIVA, Vera (org.). *Em Tempos de Aids*. São Paulo, Summus, 1992.
- POLLAK, Michael. “A Homossexualidade Masculina, ou: a Felicidade no Gueto?”, in P. Ariès e A. Béjin (orgs.). *Sexualidades Ocidentais*. São Paulo, Brasiliense, 1987.
- SONTAG, Susan (org.). *Aids e Suas Metáforas*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989