

FACULDADE DE LETRAS DA UNIVERSIDADE DO PORTO
MESTRADO EM SOCIOLOGIA
ANO LECTIVO DE 2008/09

*“Hum, mas eu tento sempre seguir o meu lema... Eu hei-de vencer este vírus...
Ele não vai dar cabo de mim... Eu é que hei-de dar cabo dele...” –*
**Estratégia(s) para a experimentação da seropositividade:
histórias de vida de indivíduos portadores do VIH da cidade do Porto**

Ivo Daniel Sousa Barros

Porto, Julho de 2009

FACULDADE DE LETRAS DA UNIVERSIDADE DO PORTO
MESTRADO EM SOCIOLOGIA
ANO LECTIVO DE 2008/09

*“Hum, mas eu tento sempre seguir o meu lema... Eu hei-de vencer este vírus...
Ele não vai dar cabo de mim... Eu é que hei-de dar cabo dele...” –*
**Estratégia(s) para a experimentação da seropositividade:
histórias de vida de indivíduos portadores do VIH da cidade do Porto**

Ivo Daniel Sousa Barros

Dissertação apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto para Provas de
Mestrado em Sociologia, sob orientação científica da Prof. Doutora Dulce Magalhães

Porto, Julho de 2009

Agradecimentos

Quero expressar o meu apreço e gratidão pelo apoio e encorajamento que me foram facultados na realização desta investigação à minha família, e em especial à minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão.

Em segundo lugar, agradeço à minha orientadora, a Professora Doutora Dulce Magalhães, designadamente pelos conselhos de cariz teórico e metodológico, pela colaboração decisiva na pesquisa e requisição de material bibliográfico, pela disponibilidade permanente para esclarecimento de dúvidas e realização de reuniões, e, por último, pelas palavras de afeição e incentivo.

Deixo, igualmente, uma mensagem de gratidão à Doutora Cristina Sousa, coordenadora geral da Abraço/Delegação Norte, pela sua cortesia e pela celeridade na réplica ao meu pedido para consumir uma aproximação aos utentes da instituição no sentido de negociar a realização de entrevistas biográficas. Estendo esta mensagem de gratidão aos restantes profissionais da Abraço/Delegação Norte, em particular a Assistente Social Ingride Ferreira, a Educadora Social Márcia Rodrigues, o Psicólogo Gonçalo Lobo e a Enfermeira Carla Pereira, pela simpatia com que me receberam na instituição.

Pelos mesmos motivos, manifesto o meu agradecimento à Doutora Teresa Duarte, funcionária do Secretariado de Comissão Ética do Hospital de Joaquim Urbano, e aos enfermeiros do Centro de Terapêutica Combinada da mencionada organização hospitalar.

Em quinto lugar, dirijo uma palavra de agradecimento especial a Eduardo, Fábio, Marta, Andreia, Paulo e Liliana, os indivíduos seropositivos que me narraram as suas histórias de vida, por toda a gentileza e disponibilidade.

Quero ainda agradecer as contribuições decisivas das Professoras Doutoradas Paula Guerra e Fantina Pedrosa para a realização desta investigação.

Finalmente, agradeço aos meus amigos e colegas de curso.

*“I was bruised and battered and I couldn’t tell what I felt
I was unrecognizable to myself
I saw my reflection in a window I didn’t know my own face
Oh brother are you gonna leave me wastin’ away
On the streets of Philadelphia*

(...)

*Ain’t no angel gonna greet me
It’s just you and I my friend
My clothes don’t fit me no more
I walked a thousand miles
Just to slip the skin
...”*

Bruce Springsteen, Streets of Philadelphia

Resumo

Este trabalho versa sobre vivências de seropositividade, em concreto a(s) “*estratégia(s)*” de vida seguida(s) por indivíduos seropositivos da cidade do Porto a partir do momento em que foram notificados do contágio pelo VIH. O desígnio geral consistiu em elucidar o modo como estas pessoas geriram a sua vida nos domínios praxeológico e representacional, tendo em consideração que são portadores de uma doença que agrega características de “*estigma*”.

A nível metodológico, levou-se a cabo uma “*triangulação intra-métodos*” predominantemente qualitativa, com recurso às técnicas da entrevista biográfica, visando a construção de histórias de vida, e da análise de conteúdo.

Em termos genéricos, os resultados obtidos neste trabalho demonstraram que a maioria dos indivíduos seropositivos entrevistados, logo após a notificação do contágio pelo VIH ou num momento cronológico posterior, tenderam a adoptar um “*estilo de vida*” saudável e a aderir à terapêutica anti-retroviral, conquanto se esquivassem ao uso do preservativo nas trocas sexuais no âmbito dos seus relacionamentos afectivos. A “*líbido do eu ou narcísica*” apresenta-se, assim, como um potencial factor de subversão do regime terapêutico de alguns destes indivíduos.

Abstract

This work focuses experiences of HIV-infected persons, especially the life “*strategies*” followed by HIV-infected persons from Oporto since they were notified of their HIV infection. The main purpose consisted in clarifying the way these persons managed their lives, in particular their praxis and their social representations, considering that they are living with a disease that carries a “*stigma*”.

The methodology used was to carry out a mainly qualitative “*intramethod triangulation*”. The data collecting techniques used were biographical interviews related to the presentation of life-stories, and content analysis.

Generally, the results found in this work proved that most of the HIV-infected persons who were interviewed immediately after the HIV notification or at a later point in time, tended to adopt a healthy “*lifestyle*” and to adhere to anti-retroviral therapy, although they didn’t use condoms in sexual intercourse in the context of their affective relationships. Thus, “*I-Libido*” figures as a potential subversion factor of the therapeutic regime of some of these persons.

Introdução

A expressão Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) surgiu no léxico médico no mês de Setembro de 1982, por acção dos Centros para Controlo de Doenças (Centers for Disease Control – CDC –) norte-americanos, a fim de denominar a patologia misteriosa que, numa fase inicial, assolou jovens homossexuais das cidades de Los Angeles, San Francisco e Nova Iorque. Antes da emergência da expressão Sida, a síndrome foi designada, de forma fugaz, por “*pneumonia gay*”, “*cancro gay*” ou “*peste gay*” (Grmek, 1994), pelo que alguns grupos religiosos e, inclusive, alguns jornais médicos de renome, chegaram ao ponto de sustentar a ideia de que a nova doença representava um castigo de Deus contra os homossexuais (Giddens, 2002).

O VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o agente que origina a doença Sida. Em bom rigor, o termo Sida refere-se à terceira e última fase de evolução da infecção pelo VIH, que se caracteriza pelo aparecimento de uma ou várias infecções oportunistas, entre elas, a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, o sarcoma de Kaposi ou a tuberculose (Montagnier, 1994).

Desde o ano de 1981 até à actualidade, a Sida já causou mais de 25 milhões de mortos em todo o mundo, constituindo a grande pandemia de finais do século XX e inícios do século XXI.

Esta doença já tirou a vida a algumas personalidades ilustres de áreas profissionais distintas. Do campo artístico, Freddie Mercury (1946-1991), vocalista da banda britânica Queen, e Rock Hudson (1925-1985), actor de cinema norte-americano, são nomes proeminentes que morreram vítimas de Sida. Freddie Mercury, célebre pelo seu hedonismo e excentricidade, tinha uma orientação bissexual e só tornou pública a seropositividade dois dias antes de morrer, a 24 de Novembro de 1991. O actor de cinema Rock Hudson era homossexual e o seu anúncio público do contágio pelo VIH, e consequente morte provocada por Sida, suscitou uma consciencialização geral da sociedade norte-americana em torno da nova patologia. Michel Foucault (1926-1984), filósofo francês, também faleceu devido à doença Sida, contaminando-se com o VIH através de relações homossexuais desprotegidas, segundo explicitou Hervé Guibert (outra vítima de Sida), seu amigo íntimo, na obra “*Ao Amigo que não me Salvou a Vida*” (Guibert, 1993). Do mundo do desporto, Arthur Ashe (1943-1993), tenista norte-americano vencedor de três troféus do Grand Slam, foi infectado com o VIH por intermédio da recepção de uma transfusão de sangue, no decurso de uma operação ao

coração. O diagnóstico da infecção de Arthur Ashe ocorreu no ano de 1988. A 6 de Fevereiro de 1993, o tenista norte-americano faleceu de Sida. Embora ainda se mantenha vivo, Earvin “*Magic*” Johnson (nasceu em 1959), super-estrela do basquetebol norte-americano averbando cinco títulos de campeão da NBA nos anos 80 do século XX, é outro seropositivo famoso, cujo contágio se deu através de relações heterossexuais desprotegidas. Depois de se retirar da alta competição, Earvin “*Magic*” Johnson dedicou-se à causa do VIH/Sida. Em Portugal, presume-se que a primeira morte de uma figura pública originada por Sida foi a de António Variações (1944-1984), um cantor e compositor de música ligeira. Conquanto a família do cantor refute a hipótese da doença Sida ter sido a causa da sua morte, Teresa Pinto, antiga “*manager*” de António Variações, alegou que este, antes de morrer, recebeu o resultado de um teste de despiste do VIH realizado nos E.U.A. confirmando a sua seropositividade.

O ano de 1996 foi um ponto de viragem na história da epidemia da Sida. Com efeito, nesse ano, a Sida logrou o rótulo de doença crónica, graças à introdução de novos fármacos anti-retrovíricos (os inibidores da protease e a nevirapina) sobremodo eficazes, que permitiram o aumento da qualidade de vida e da longevidade dos seropositivos que cumpram a terapêutica.

Apesar dos progressos registados ao nível da terapêutica anti-retrovírica, a epidemia da Sida continua a alastrar-se, hoje em dia, por todo o mundo, atingindo maioritariamente a população heterossexual. Os países subdesenvolvidos são os mais fustigados pela pandemia. Em África, o problema da Sida ganhou contornos de calamidade. A África do Sul é o país do mundo com o maior número de casos de seropositividade registados, ultrapassando os 5 milhões de indivíduos. Em vários países da África meridional, estima-se que 1/5 da população adulta esteja contaminado com o VIH.

Efectivamente, a doença Sida tem uma natureza infecciosa, reunindo propriedades de “*estigma*” (Goffman, 1988). Esta patologia continua a carecer de uma cura e não se prevê que os investigadores possam inverter tal circunstância a curto ou médio prazo (Castro e Lecour, 2006). No entanto, há a indicação de que nas sociedades ocidentais, em razão das campanhas de informação e difusão de material educativo sobre a Sida, as representações sociais das populações acerca da doença têm vindo a transfigurar-se gradualmente, havendo um largo contingente de indivíduos que afirma ter perdido o receio de estar na presença de seropositivos (Fernandes e Engelhardt, 2007).

Em Portugal, os primeiros casos de Sida foram notificados no ano de 1983. A década de 90 do século XX constituiu um período crítico de propagação da doença em Portugal. Os primeiros anos do século XXI trouxeram consigo um ligeiro abrandamento em termos da notificação de casos de Sida, embora Portugal continuasse a figurar entre os países europeus com maior taxa de novas infecções pelo VIH. No mês de Setembro de 2007, o número total de casos de VIH/Sida registados no país situava-se nos 32.205 indivíduos (CNIS, 2007).

No que respeita à Região Norte de Portugal, no período compreendido entre 1983 e 2006, foram notificados 3.468 casos de Sida, dos quais 2.993 são afectos ao Distrito do Porto (INE, 2006).

Em específico, a presente investigação debruça-se sobre vivências de seropositividade, designadamente a(s) “*estratégia(s)*” (Certeau, 1990) de vida adoptada(s) por indivíduos seropositivos da cidade do Porto a partir do momento em que se consciencializaram da infecção pelo VIH. No essencial, tratou-se de aferir a forma como os referidos indivíduos reinventaram a sua existência nos planos praxeológico e representacional face ao peso de uma doença que congrega características de “*estigma*” (Goffman, 1988). Para o efeito, abriu-se espaço no sentido de que estes indivíduos construíssem o seu próprio discurso e explanassem as implicações sociais resultantes da experimentação da seropositividade.

Deste modo, parti para o terreno com a intenção de responder a uma questão essencial: “*Que estratégia(s) de vida seguiram indivíduos seropositivos da cidade do Porto após a tomada de conhecimento da infecção pelo VIH?*”.

No meio académico português, a temática do VIH/Sida tem suscitado o interesse de um número reduzido de investigadores sociais desde o surgimento da epidemia. Na área da Sociologia, e em particular no ramo da Sociologia da Saúde, os estudos produzidos sobre a citada temática são escassos, pairando, de algum modo, uma névoa em termos de conhecimento teórico sobre o grupo dos seropositivos. Este cenário de insuficiência é tanto mais grave quanto a informação estatística disponível comprova que, em Portugal, a Sida já vitimou mais de 10.000 indivíduos até ao momento presente e que o número de contaminados com o VIH é superior a 30.000. Posto em síntese, o vazio sociológico existente em torno da temática do VIH/Sida no meio académico português confere pertinência analítica a esta investigação.

De facto, a par da necessidade imperiosa de aprofundar o conhecimento teórico sociológico produzido em Portugal acerca da problemática da seropositividade, de

algum modo limitado, a motivação para a realização deste trabalho prendeu-se com a paixão pessoal pelo estudo de grupos “*desviantes*” (Goffman, 1988), dadas as lógicas estigmatizantes que atingem os portadores do VIH/Sida.

Considerando a especificidade do objecto de estudo e a questão de partida previamente formulada, traçaram-se quatro objectivos gerais de pesquisa:

- (i) conhecer os trajectos biográficos e a realidade quotidiana actual de indivíduos seropositivos da cidade do Porto;
- (ii) compreender as implicações que o conhecimento da infecção pelo VIH suscitou em indivíduos seropositivos da cidade do Porto em termos das suas práticas culturais, sociabilidades, relações familiares, afectivas e laborais, vida religiosa e actividade sexual;
- (iii) perceber a forma como indivíduos seropositivos da cidade do Porto administraram a sua vida após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH;
- (iv) conhecer as representações sociais de indivíduos seropositivos da cidade do Porto sobre a qualidade da resposta dos serviços e equipamentos públicos e privados sem fins lucrativos de apoio a doentes de VIH/Sida em que são assistidos;

O presente trabalho está compartimentado em oito capítulos. Os Capítulos I e II concernem à malha teórica.

O Capítulo I incide sobre as questões da saúde e da doença, encontrando-se dividido em dois subcapítulos. No primeiro subcapítulo, tem lugar uma retrospectiva sobre a prática médica e os conceitos de saúde e doença. Este subcapítulo abre com uma discussão acerca da “*arte de curar primitiva*” (Meerloo, 1964), direccionando-se, de seguida, para os contributos de Hipócrates e Galeno na medicina do período clássico. Posteriormente, analisaram-se as rupturas que ocorreram na medicina entre o final da Idade Média e o século XVIII, momento da sua instituição como ciência. Foram, igualmente, alvo de atenção o método anatomo-clínico, o modelo de medicina experimental proposto por Claude Bernard e o Movimento Sanitário do século XIX. A finalizar, revisitaram-se a “*Segunda*” e a “*Terceira Revoluções da Saúde*” (Ribeiro, 2005) do século XX, e fizeram-se as últimas apreciações a propósito dos conceitos de saúde e de doença.

Quanto ao segundo subcapítulo do Capítulo I, versa sobre a abordagem sociológica da saúde. De início, abordou-se a emergência da Sociologia da Medicina nos anos 50 e 60 do século XX e o legado desta disciplina especializada ao nível do

conhecimento sobre os doentes, os profissionais de saúde e a natureza e organização dos cuidados de saúde. Num segundo momento, trouxe-se para tela de debate o processo de transição da Sociologia da Medicina para a Sociologia da Saúde, ponderando-se o enfoque e os fundamentos teóricos da última disciplina. Por último, procedeu-se à revisão de algumas obras sociológicas atinentes às questões da saúde e da doença. De âmbito internacional, analisaram-se os estudos de Talcott Parsons (1951), Michel Foucault (1990), Erving Goffman (1968) e Norbert Elias (2001). No campo da Sociologia nacional, foram considerados os trabalhos de Graça Maria Carapinheiro (1993) e Manuel Villaverde Cabral et al. (2002).

O Capítulo II cinge-se à temática da Sida e está estruturado em quatro subcapítulos. O primeiro deles reporta-se ao surgimento da doença. Tiveram-se em deferência, numa fase inicial, a tese da origem animal do VIH, as especulações sobre as primeiras mortes causadas por Sida na década de 50 do século XX, a publicação do primeiro artigo, em Atlanta, nos E.U.A., sobre o despontar da doença e a polémica entre Luc Montagnier e Robert Gallo no que se refere à autoria da descoberta do agente que provoca a Sida. Subsequentemente, ponderaram-se as vagas de evolução da epidemia e a introdução da terapêutica anti-retroviral altamente eficaz (HAART), em 1996, para se fechar com uma reflexão sobre o processo de estigmatização dos doentes de Sida.

O segundo subcapítulo do Capítulo II resumiu-se num breve apanhado sobre o fenómeno da Sida em Portugal, colocando-se uma ênfase particular nos dados estatísticos.

Já o terceiro subcapítulo teve em conta os serviços e equipamentos de apoio a doentes de VIH/Sida na cidade do Porto. No que diz respeito aos equipamentos de saúde públicos, deu-se realce ao Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.), ao Hospital Geral de Santo António (H.G.S.A.), ao Hospital de São João e, embora situado na cidade de Vila Nova de Gaia, ao Hospital Santos Silva. Em relação aos serviços e equipamentos privados sem fins lucrativos, o destaque foi para a Abraço/Delegação Norte, cujas instalações também se situam em Vila Nova de Gaia.

No quarto e último subcapítulo, apresentaram-se alguns trabalhos académicos circunscritos ao tema da Sida. Em virtude do seu relevo em termos do enquadramento teórico da presente investigação, foram submetidos a exame, primeiramente, os estudos de Paulo Caldeira (1995) e Janice E. Nichols et al. (2002). Numa segunda fase, atendeu-se, somente, aos trabalhos académicos de cariz internacional, em particular as publicações de Pollak et al. (1992), Huber e Schneider (1992), Claude Thiaudière

(2002) e Miriam Cameron (2002). Para terminar, deu-se vulto aos trabalhos académicos nacionais, designadamente as investigações de Marina Guerra (1998), Alexandra Lopes (2000), António Marrucho (2001) e Fernandes e Engelhardt (2007).

A questão da estratégia metodológica foi tratada no Capítulo III. Na presente investigação, em razão da natureza do objecto de estudo, levou-se a efeito uma “*triangulação intra-métodos*” (Cea D’Ancona, 1999) predominantemente qualitativa. O procedimento de “*triangulação intra-métodos*” e os obstáculos metodológicos que se verificaram na pesquisa de terreno foram circunstanciados no Capítulo III. A parte final deste capítulo compreende, ainda, uma ponderação em redor das técnicas utilizadas no decorrer da investigação, a saber, a entrevista biográfica, visando a construção de histórias de vida, e a análise de conteúdo.

Nos Capítulos IV, V e VI foram apresentadas as histórias de vida dos seis indivíduos seropositivos que colaboraram neste estudo, entre eles, três do sexo masculino (Eduardo, Fábio e Paulo) e três do sexo feminino (Marta, Andreia e Liliana). A disposição destes capítulos obedeceu aos critérios da via de contágio dos indivíduos entrevistados, da instituição em que estão integrados (Abraço/Delegação Norte e/ou H.J.U.), do seu género e orientação sexual.

Deste modo, o Capítulo IV põe em evidência os relatos de vida de Eduardo e Fábio, dois homossexuais masculinos contaminados pela via sexual, que são utentes da Abraço/Delegação Norte. No Capítulo V expõem-se as histórias de vida de Marta e Andreia, duas utentes da Abraço/Delegação Norte que se contaminaram por meio de relações heterossexuais desprotegidas. O Capítulo VI centra-se nos testemunhos de dois ex-toxicodependentes, Paulo e Liliana (o primeiro não sabe se o seu contágio se deu através da partilha de agulhas de seringas ou por meio de relações heterossexuais desprotegidas; a segunda está em crer que o seu contágio se substanciou por meio da partilha de seringas), que são pacientes do H.J.U..

Relativamente ao Capítulo VII, este alude às representações sociais dos seis indivíduos entrevistados sobre o VIH/Sida. No decurso das gravações das sessões biográficas desafiei os seis entrevistados a verterem a sua experimentação da seropositividade em dois vocábulos, através de um exercício de associação livre de palavras. O Capítulo VII inclui uma “*análise de conectividade horizontal*” (Pais, 2001) dos resultados obtidos por meio do mencionado exercício.

Por fim, no Capítulo VIII, oferecem-se à vista as ilações gerais da investigação e avançam-se algumas pistas para estudos futuros que abordem o tema do VIH/Sida.

Capítulo I – Saúde e a doença: uma reflexão em torno dos conceitos

A actividade humana é, por natureza, propícia à geração de enfermidade (Cohen, 1989), evidência que impeliu o homem a utilizar a terapêutica desde os primórdios da sua existência (Meerloo, 1964).

Neste sentido, a interacção estabelecida entre o indivíduo e os ambientes físico e sócio-cultural, tem sido o manancial para a emergência de significados sobre a saúde e a doença ao longo do evoluir histórico.

Em boa verdade, os conceitos de saúde e de doença estão em estrita articulação e são culturalmente relativos (Brockington, 1958; Carapinheiro, 1986, 2006; Giddens, 2002). Não obstante, na actualidade, a comunidade científica e as autoridades de saúde submetem a exame e reformulam ambos os conceitos de forma permanente.

Com a constituição da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), no ano de 1948, a saúde tornou-se uma questão de importância eminentemente transnacional (Carapinheiro, 2006). O grosso dos países do mundo diligencia na implementação de medidas políticas atinentes à saúde pública, visando, no essencial, tornar os indivíduos mais destros relativamente ao controlo e melhoria da própria saúde.

1. Prática médica e conceitos de saúde e doença: uma breve revisão histórica

Nas sociedades primitivas, o pensamento do homem moldou-se sob o signo do animismo (Meerloo, 1964; Riera, 1985). Para o homem primitivo, a realidade sobrenatural era suprema e ubíqua. Por conseguinte, as ameaças à integridade da vida humana procediam de poderes misteriosos.

Em termos gerais, a “*arte de curar primitiva*” (Meerloo, 1964) desdobrou-se na tarefa de expulsão dos espíritos sobrenaturais do corpo adoentado, por um lado, e na aplicação de múltiplas formas de penitência pela afronta do homem aos mesmos espíritos, por outro.

Eram os feiticeiros e os xamãs que estavam incumbidos de exercer a cura médica popular. O mester destes indivíduos consistia em planear e concretizar um rito mágico, mediante a utilização de máscaras assustadoras e a execução de danças, para exorcizar os demónios causadores da enfermidade.

A prática médica primitiva, que conglomerava feitiçaria, endeusamento e misticismo, representava tanto uma manifestação de solidariedade e comisseração, como, simultaneamente, um mecanismo de dominação em prol dos feiticeiros e xamãs que detinham os poderes mágicos.

Ora, alega Joost Meerloo, nas sociedades primitivas, a doença foi concebida como um *“espírito maligno que se apossava do corpo do homem, enquanto forma de punição por uma ofensa moral cometida contra os espíritos da natureza”* (Meerloo, 1964, p.5). Tal como a doença, também a morte era atribuída ao mundo espiritual adverso entre as populações primitivas.

Foi por intermédio de Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.), um *“asclépiade”* – descendente de uma família especializada na prestação de cuidados de saúde ao longo das sucessivas gerações – natural da ilha de Cós, na Grécia, que se deu a ruptura com a prática médica arcaica de índole mágico-religiosa (Meerloo, 1964; Le Goff, 1985; Riera, 1985; Lévy, 1991; Albuquerque e Oliveira, 2002; Lindemann, 2002;).

Em concreto, Hipócrates infundiu o rigor analítico e a lógica dedutiva nos procedimentos terapêuticos, facto que o imortalizou como o *“pai da medicina”*.

A Escola Hipocrática tem por base a teoria dos quatro humores corporais, são eles, o sangue (que provém do coração), a bÍlis amarela (que provém do fÍgado), a bÍlis negra (que provém do baço) e a fleuma (que provém do cérebro). Segundo este quadro teórico, o estado de saúde verifica-se quando há um equilíbrio em termos quantitativos entre os quatro humores corporais, e, em sentido inverso, a doença corresponde a uma manifestação de desequilíbrio entre os mesmos: *“No corpo humano existem o salgado, o amargo, o doce, o ácido, o picante, o insípido, e uma multiplicidade de elementos que contêm princípios activos que se diferenciam entre si em quantidade e força. No momento em que se misturam e combinam reciprocamente, estes elementos são imperceptíveis e não causam moléstia ao homem. Porém, quando algum deles se demarca e particulariza, torna-se perceptível e provoca sofrimento no homem”* (Hipócrates, 1990, p.153).

Na acepção de Hipócrates, as doenças originam-se a partir da influência dos factores ambientais, do regime alimentar e dos hábitos de vida dos indivíduos, pelo que é, de todo, incoerente admitir que são uma admoestação do mundo espiritual. Aliás, o médico grego vai mais longe declarando que a medicina primitiva foi praticada por *“magos, sacerdotes e impostores”* que se *“serviram do divino como abrigo e escudo da sua incapacidade”* para explicarem e debelarem a enfermidade (Idem, p.400).

Com efeito, o método terapêutico hipocrático firma-se na máxima de que o corpo humano está apto para contrabalançar os quatro humores e superar a enfermidade por si só. Cabe, então, ao médico coadjuvar o desenrolar deste processo natural, administrando um tratamento que suscite um câmbio no organismo afligido por uma patologia.

O prognóstico era o fundamento da terapêutica instituída por Hipócrates. Este consistia na elaboração da história clínica do paciente, de modo a que o médico pudesse prever a evolução do seu estado e conjecturar o tratamento mais apropriado e eficaz. O prognóstico ganhava substrato a partir do depoimento prestado pelo paciente e das observações efectuadas pelo médico.

Efectivamente, a prática médica hipocrática caracterizou-se pela acentuada rigidez e disciplina. No juízo de Hipócrates, o médico devia denotar uma aparência saudável e asseio extremo, a fim de proporcionar um trato agradável aos pacientes. Do mesmo modo, o médico devia ser um modelo de virtude e bom comportamento para a sociedade, regendo a sua conduta pela transparência e possuindo um conjunto de atributos morais e intelectuais comuns aos filósofos, a saber, *“a autonomia, a modéstia, o brio, a dignidade, o prestígio, o juízo, a calma, a capacidade de resposta, a integridade, uma linguagem sentenciosa, conhecimento sobre aquilo que é útil e essencial para a vida, temperança e excelência divina”* (Idem, 1990, p.220).

Ao nível dos procedimentos médicos profissionais, a Escola Hipocrática salientou a necessidade imperiosa de que o local onde se realizava o tratamento reunisse condições como o conforto, a salubridade e a boa iluminação. No que respeita aos instrumentos de cirurgia, era desejável que estes apresentassem um peso e dimensões harmoniosas, para poderem ser manobrados com facilidade pelo médico. Quanto à relação médico/doente, Hipócrates preceituou que o profissional de medicina devia considerar em primeiro lugar, as condições materiais de existência dos pacientes. Assim, era nobre e prestigiante para o médico proporcionar um tratamento gratuito a enfermos que viviam em situações de pobreza extrema ou estrangeiros. De mais a mais, a generosidade do médico surte um efeito positivo na recuperação do indivíduo doente.

Cláudio Galeno (129-200), outro médico de origem grega, foi o obreiro do segundo grande impulso na medicina do período clássico. Inspirado no *Corpus Hippocraticum*, Galeno desenvolveu estudos aprofundados nos campos da anatomia, fisiologia, patologia, sintomatologia e terapêutica. À semelhança de Hipócrates, o médico nascido em Pérgamo também colocou ênfase na relação entre medicina e

filosofia. Seguindo a sua linha de pensamento, o conhecimento circunstanciado acerca do corpo humano e a paixão pela filosofia eram os predicados essenciais para que um médico exercesse a sua profissão com distinção (Lindemann, 2002).

De facto, o estudo do corpo humano foi uma das obstinações supremas de Galeno. Uma vez que a lei romana se opunha à dissecação cirúrgica de corpos de seres humanos, o médico de Pérgamo utilizava porcos, bodes, macacos africanos e outros animais como objectos nas suas experiências. Entre diversas descobertas, Galeno comprovou que é o sangue que circula nas artérias – refutando a hipótese de que seria ar – e que o rim é um órgão destinado a expelir urina.

Muito abreviadamente, o sistema concebido pelo médico de Pérgamo condensou os contributos teóricos de Hipócrates, Platão, Aristóteles e da escola estóica (Rebollo, 2006). Os conceitos dos “*não-naturais*” – isto é, o ar, dormir e acordar, alimentação e bebida, descanso e exercício, excreção e retenção, e paixões e emoções – “*contra-naturais*” – por outras palavras, as doenças – e “*naturais*” – que se referem aos quatro elementos e humores, às compleições ou temperamentos, às partes do corpo, ao “*spiritus*”, às virtudes e às operações – são as pedras basilares do Galenismo (Lindemann, 2002).

O corpo humano, sustenta Galeno, realiza as suas funções vitais mediante a acção das “*faculdades naturais*”. Citando as suas palavras, “*existe uma faculdade de produção de sangue nas veias, assim como uma faculdade digestiva no estômago, uma faculdade pulsátil no coração, e em cada uma das outras partes do corpo humano uma faculdade específica correspondendo à actividade ou função dessa parte*” (Galeno, 1993, p.351).

No âmbito do sistema de Galeno, o cérebro, o fígado e o coração são os órgãos mais importantes do corpo humano. O médico de Pérgamo retirou esta ideia da filosofia de Platão, designadamente a teoria das três almas. De acordo com esta teoria, o corpo humano é dirigido por três almas, uma implantada no cérebro, outra no fígado e outra no coração. A alma firmada no cérebro tem uma natureza imortal e racional, comandando o pensamento. Já a alma firmada no fígado tem uma natureza mortal e administra as funções vegetativas. Por último, a alma firmada no coração tem, também, uma natureza mortal e rege os altos instintos (Rebollo, 2006).

Ressalve-se que Galeno subscreveu a teoria humoral de Hipócrates, que preconiza reciprocidades entre saúde e equilíbrio dos quatro humores corporais, e entre doença e desequilíbrio dos referidos humores.

Pesem embora algumas incoerências (especificamente, as suas ideias sobre os sistemas arterial e venoso, ignorando a noção de circulação do sangue) motivadas por limitações de ordem técnica, o Galenismo predominou na prática e ensino médicos até meados do século XVII.

Recapitulando, as tradições hipocrática e galénica exaltam uma concepção funcionalista ou holística da doença, justificando a sua génese através de uma dissonância humoral, motivada pelo estilo de vida de indivíduo ou por factores ambientais. A concepção funcionalista ou holística entende, portanto, que a doença ganha formas de real, somente, no interior de um organismo particular (Albuquerque e Oliveira, 2002; Lindemann, 2002).

No seguimento, o período compreendido entre o final da Idade Média e o século XVIII foi marcado por um conjunto de importantes cisões na medicina, que secundaram o seu estabelecimento definitivo como ciência.

A primeira delas foi de cariz teológico e ocorreu na Alta Idade Média (Lévy, 1991). A fonte de inspiração para a cisão teológica – cujo primeiro impulso foi dado por Hipócrates – foi a obra de Aristóteles, recuperada pelos monges beneditinos por intermédio de traduções árabes. Desta forma, os médicos dos séculos XIII e XIV evidenciaram um interesse acrescido pelo mundo natural, considerando que este podia ser estudado com base na razão.

A segunda cisão consistiu no surgimento da pesquisa experimental e teve lugar no século XVI (Idem). As figuras centrais deste processo foram Andreas Vesalius (1514-1564), William Harvey (1578-1657) e Marcelo Malpighi (1628-1694).

Vesalius, um médico nascido em Bruxelas, conferiu densidade científica à anatomia, que se tornou a disciplina médica mais proeminente no decurso dos séculos XVI e XVII. Com efeito, o médico de origem flamenga só reconhecia como fidedignos factos ou fenómenos susceptíveis de demonstração. Dissecando um número incomparavelmente maior de cadáveres humanos do que qualquer outro investigador anterior a si, Vesalius publicou, no ano de 1543, *“De Humani Corporis Fabrica”*, que constitui o primeiro tratado de anatomia humana da história. No cômputo da sua obra, o médico de origem flamenga rectificou cerca de oitenta erros do Galenismo, em matéria de anatomia.

William Harvey, um médico inglês, desenvolveu a teoria geral da circulação, à luz do método experimental (Lindemann, 2002). Harvey comprovou que o sangue se movimenta num circuito por todo o corpo humano, saindo do coração através das

artérias e regressando pelas veias. As proposições de Galeno em relação aos sistemas arterial e venoso foram, então, derrubadas. A teoria da circulação de Harvey foi aceite por filósofos como René Descartes, mas fortemente contestada pelas consciências mais tradicionalistas.

Marcello Malpighi, um médico e biólogo italiano do século XVII, encetou o estudo microscópico de tecidos humanos, fundando a histologia. Este médico italiano descobriu os capilares, vasos sanguíneos que Harvey havia ignorado na teoria geral da circulação por não dispor de microscópio. São precisamente os capilares que permitem a passagem do sangue do sistema arterial para o venoso.

Sem embargo, é fundamental referir também a linha de ruptura que Paracelsus (1493-1541), um controverso médico suíço renascentista, imprimiu face ao Galenismo, ao firmar os alicerces da concepção ontológica da doença (Lindemann, 2002). Para Paracelsus, o “*archeus*”, uma entidade externa que se apossava do corpo, era a causa da doença. Na perspectiva ontológica, a doença é um facto em si mesmo, independente na sua essência, que está estritamente ligado a crises de órgãos corporais específicos (Albuquerque e Oliveira, 2002; Lindemann, 2002).

O século XVII caracterizou-se pela emergência das iatromedicinas, em concreto a iatroquímica e a iatromecânica, assim como pela afirmação da ideia do “*homem máquina*” (Lévy, 1991; Lindemann, 2002).

Com efeito, as iatromedicinas são “*sistemas de explicação e prática médicas*” antagónicas à fisiologia sustentada por Galeno (Lindemann, 2002, p.79). Em conformidade com os apologistas da iatroquímica, o cerne da fisiologia residia nos processos de efervescência, fermentação e putrefacção.

No parecer de Joan Baptista Van Helmont (1579-1644), médico e químico belga que foi um dos precursores da iatroquímica, os processos de digestão e respiração têm uma base química, com origem num fermento ou gás particular. Van Helmont enquadrou a iatroquímica no âmbito da “*filosofia cristã*”, uma corrente que exprobrava a doutrina médica dos autores não-cristãos do período clássico.

Porém, foi pela mão de Franciscus Sylvius de la Boë (1614-1672) que a iatroquímica logrou um lugar de relevo nas faculdades de medicina. Este autor afastou-se das concepções filosóficas e teológicas de Van Helmont, ajustando a iatroquímica ao mundo académico.

Por sua vez, a iatromecânica irrompeu graças aos estudos de Sanctorius (1561-1636) consagrados ao entendimento do metabolismo humano e às investigações dos

microscopistas. A ideia central da iatromecânica é a de que o corpo humano se rege por leis físicas idênticas às dos corpos terrestres de maiores dimensões. Os escritos de René Descartes constituíram o grande ponto de referência da iatromecânica.

Efectivamente, no quadro de pensamento cartesiano ou mecanicista, o universo é equiparado a uma máquina admirável em que as peças surgem articuladas de forma ordenada e racional, funcionando sob a alçada de leis matemáticas (Le Goff, 1985; Ribeiro, 1993; Albuquerque e Oliveira, 2002).

René Descartes serviu-se da metáfora do relógio para elucidar a ideia de um mundo que funciona como uma máquina. Em *“Traité de l’homme”* (1966), obra originalmente publicada no ano de 1662, Descartes estabeleceu um paralelismo entre o corpo humano e uma máquina composta por diversas peças. O corpo humano, no entender do filósofo francês seiscentista, era uma *“estátua ou máquina”* concebida por Deus, a entidade que mune o organismo com *“todas as peças necessárias para que este caminhe, coma ou respire, enfim, para que execute todas as funções que procedam da matéria”* (Descartes, 1996, p.120). Neste sentido, os ossos, os nervos, os músculos, as veias, as artérias, o estômago, o fígado, o baço, o coração, o cérebro, entre outros, são as peças que formam o corpo humano. Este tem um funcionamento comparável ao de um relógio, fontanário ou de um moinho. Na analogia levada a cabo por Descartes, os nervos são similares aos tubos instalados nos fontanários, enquanto que os músculos e os tendões representam o conjunto de engenhos e molas que os fazem mover. O corpo humano realiza as suas funções por meio dos *“espíritos animais”*, que são comparados à água que move os fontanários (Idem, p.131). Para terminar, as acções naturais do organismo, como a respiração ou a digestão, ministradas pelos *“espíritos animais”*, apresentam movimentos semelhantes aos de um relógio ou de um moinho. No âmbito da proposta do filósofo francês, a doença mais não era do que uma avaria momentânea ou definitiva da máquina. Subsequentemente, o processo terapêutico passava pelo restauro das peças danificadas da máquina. Descartes considera que o corpo e a alma são duas naturezas que se associam, impreterivelmente, para constituírem o homem. A alma está conectada a todas as partes do corpo do homem, no seu conjunto, e compreende dois tipos de funções, as acções e as paixões (Descartes, 1990). As acções dizem respeito às vontades e subdividem-se em vontades engendradas na própria alma e vontades engendradas no corpo. As paixões referem-se às percepções humanas e repartem-se entre as percepções que têm a alma como causa e as percepções que têm o corpo como causa (Idem).

A iatromecânica teve o seu corolário com a obra “*L’Homme machine*” (1966), editada, em 1747, por Julien-Offray de La Mettrie (1709-1751), um fervoroso partidário do pensamento mecanicista. No encalço de Descartes, o médico e filósofo francês comparou o corpo humano a um relógio, todavia “*imenso e construído tanto com artifício, como com habilidade*” (La Mettrie, 1966, p.145). A alma, observa La Mettrie, é a “*mola*” mais importante da “*máquina*”, sendo, por conseguinte, equacionada, como um “*princípio de movimento*” (Idem, p.135). Opondo-se a alguns seguidores de Descartes, Stahl e Malebranche, o médico e filósofo francês advogou que a matéria se move por si só, não apenas nas situações em que está organizada, como igualmente naquelas em que tal organização é destruída. A matéria organizada contém um princípio motor do qual “*tudo depende entre a espécie animal*” (Idem, p.144), inclusive o pensamento e a alma. Para La Mettrie, a organização é o mérito principal do homem, sobrepondo-se a todas as outras virtudes. O segundo grande mérito do homem é a instrução, virtude que permite a entrada e a geração de ideias. Em síntese, o médico e filósofo francês enfatizou uma tese declaradamente materialista, idealizando o homem como um engenho que trabalha à custa de uma mecânica metabólica.

No século XVIII, ocorreu uma última ruptura na medicina, que antecedeu o seu nascimento como ciência: o despontar da ideia de prevenção (Lévy, 1991). Conquanto a sua amplitude fosse exígua, a ideia de prevenção e higiene foi decisiva, deitando por terra a crença da fatalidade. Conforme frisa Jean-Paul Lévy, entre a Alta Idade Média e o início do século XX, as condições de vida dos camponeses da Europa caracterizaram-se pela imundície generalizada: “*Um pouco por toda a Europa, as habitações rurais, baixas, mal arejadas, e insalubres, expõem os homens à contaminação entre eles e também através dos animais, com os quais vivem em estreita promiscuidade. O compartimento único e calafetado onde dorme toda a família, e portanto as doenças, mesmo no caso de epidemia, e onde se multiplicam os parasitas, favorece o contágio tanto mais que a higiene corporal é quase nula*” (Lévy, 1991, p.151).

Seguramente, o problema mais grave que abalava as cidades e os seus arrabaldes era o da evacuação dos excrementos. Os detritos domésticos eram lançados, na sua totalidade, para a rua, em concreto para as valetas centrais que propiciavam um escoamento algo débil. Ainda que a partir do século XVI as autoridades sanitárias tivessem preceituado a escavação de latrinas, a drenagem dos excrementos culminava, frequentemente, com o seu lançamento no rio, facto que provocava consequências nefastas para a saúde pública.

Foi no fim do século XVIII que se difundiu a ideia de que os odores citadinos são nocivos na medida em que contêm miasmas, considerados, na época, os agentes causadores de todas as doenças infecciosas e epidémicas (McKeown, 1990). É pela via respiratória, alimentar ou através dos poros da pele que os miasmas invadem o corpo dos seres humanos. As epidemias correspondiam, neste sentido, a envenenamentos colectivos suscitados pelo ar portador de miasmas. A ideia de contágio através de bactérias que se transferem do corpo doente para o corpo são era um pleno absurdo. Porém, a grande inovação deste período consistiu no entendimento da água como um elemento protector. As autoridades sanitárias alertaram as populações para a questão da higiene corporal, e, da mesma forma, incentivaram a lavagem das ruas e a frequência de banhos públicos (Lévy, 1991).

Note-se, ainda, que, no decurso do século XVIII, a anatomia patológica granjeou algum destaque no seio da medicina (Lindemann, 2002). Os contributos mais significativos para a afirmação desta disciplina foram dados por Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), Matthew Baillie (1761-1823) e Xavier Bichat (1771-1802). A finalidade última da anatomia patológica era a averiguação e a localização da origem das doenças.

Finalmente, nos derradeiros anos do século XVIII, a medicina instituiu-se como ciência. Na óptica de Michel Foucault (1990), esta revolução substanciou-se no surgimento de novos elementos de análise e de uma formulação discursiva. Assim, registaram-se alterações ao nível dos nomes das doenças, dos códigos receptivos relativos ao corpo dos doentes e de todo o sistema de orientação adjacente ao procedimento profissional médico. O filósofo francês argumenta que foi através da clínica que a medicina viu reunidas as condições para o seu nascimento. De facto, se o elemento teórico evidenciava a relatividade do conhecimento médico, a clínica facultava-lhe uma acumulação positiva: *“Imóvel, mas sempre próxima das coisas, a clínica dá à medicina o seu verdadeiro movimento histórico; ela oblitera os sistemas, ainda que a experiência que os contraria acumule a sua verdade. (...) Contra os sistemas, que correspondem ao tempo de negação, a clínica é o tempo positivo do saber. Não se trata de a inventar (à clínica), antes de a redescobrir. Ela esteve sempre presente desde os primórdios da medicina”* (Foucault, 1990, p.55). Acompanhando o raciocínio de Michel Foucault, é fundamental entender esta *“narrativa ideal”* como o aparecimento das instituições e métodos clínicos, que alcançaram um estatuto, simultaneamente, universal e histórico. No entanto, a génese da revolução data de 1658,

momento em que François de la Boe inaugurou uma escola clínica no hospital de Leyden, uma cidade holandesa. Através de Boerhaave, o discípulo mais notável de La Boe, iniciou-se, no século XVIII, o movimento de fundação de cátedras e institutos clínicos por toda a Europa, desde a Escócia, Inglaterra ou Irlanda, até à Áustria ou Itália. O ensino da clínica viria a organizar-se nos hospitais militares, cerca de 1775. Nesta época, aceitava-se plenamente que o ensino da clínica devia realizar-se por intermédio da prática. Deste modo, os programas educacionais estipulavam a presença dos estudantes de medicina em hospitais. Alguns destes estudantes concluíam, inclusive, a sua formação num hospital, sob orientação de um médico. Segundo Michel Foucault, a proto-clínica extravasa o carácter de estudo sucessivo e colectivo de casos, pressupondo, fundamentalmente, uma junção e familiarização com a nosologia. O foco de interesse da clínica é a doença, pelo que o seu portador, o doente, é indiferente para esta disciplina. Nesta ordem de ideias, o sujeito doente é considerado o “*acidente da sua doença, o objecto transitório do qual ela se apossou*” (Foucault, 1990, p.59). Para concluir, a clínica resume-se numa forma de ordenar e apresentar uma verdade previamente conhecida, a fim de que esta se revele sistematicamente. Mais do que um exame, o método clínico tem subjacente uma decodificação (Idem).

Prosseguindo, o grande palco da revolução da medicina de finais do século XVIII e inícios do século XIX foi a cidade de Paris (Riera, 1985; Foucault, 1990; Lévy, 1991). À data, Jean George Cabanis (1757-1808) e Philippe Pinel (1745-1826) eram as figuras de maior relevância na medicina parisiense. Cabanis foi um médico e filósofo francês que concedeu primazia absoluta ao procedimento de observação e à experiência. Sem embargo, este médico e filósofo realçou a importância capital da estatística no conhecimento médico. Por seu lado, Pinel foi considerado o primeiro psiquiatra da história. No seu entender, os indivíduos que padeciam de perturbações mentais deviam ser encarados como doentes e, acima de tudo, tratados com base nessa condição. Pinel adquiriu a sua formação em Montpellier e leccionou na Escola de Saúde de Paris a partir do ano de 1795. Tanto Cabanis como Pinel exerceram uma influência decisiva junto dos jovens aspirantes a médicos desta época, sobretudo em virtude do pragmatismo e sensualismo do seu pensamento.

A geração de Jean-Nicolas Corvisart (1771-1821), que incluiu nomes como François Xavier Bichat (1771-1802), René Laennec (1781-1826), Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816) e Bretonneau (1778-1826), também deu um contributo preponderante para esta revolução na medicina. A ideia geral sustentada por este grupo

de médicos era a de que a pesquisa acerca da doença se firmava na observação minuciosa do doente e das suas lesões anatómicas ao longo de todo o período de duração da doença, excluindo, terminantemente, qualquer consideração *a priori*, e recorrendo a dados estatísticos. Ainda que o método anatomo-clínico então emergente não solucionasse todos os paradoxos adjacentes à individualização das doenças, permitiu desbravar terreno para a elaboração dos primeiros quadros clínicos fidedignos, que se viriam a completar paulatinamente até meados do século XX.

Na verdade, no início do século XIX, os conhecimentos sobre patologia eram escassos, fundamentando-se, frequentemente, em especulações. Foi a prática da autópsia que deu o grande impulso para o aperfeiçoamento da semiologia clínica, dito de outro modo, para o estudo dos sinais e sintomas das doenças. Também, no decurso do século XIX, os clínicos ampliaram os seus métodos de trabalho de forma considerável, aproximando-se do corpo do doente, que examinaram incansavelmente.

Jean-Nicolas Corvisart foi o efectivo fundador do método anatomo-clínico (Riera, 1985). Os trabalhos de Corvisart versaram acerca da patologia cardiovascular e patentearam uma índole declaradamente anatomo-clínica. O médico francês teve o mérito de reintroduzir na medicina a técnica de percussão – criada por Auenbrugger, em Viena, em meados do século XVIII – como instrumento de diagnóstico para a identificação de lesões torácicas. Esta técnica de observação médica substancia-se na avaliação dos órgãos internos do corpo humano pelo som de pancadas externas dadas com o dedo. Do génio de René Laennec adveio outro grande contributo para a afirmação do método anatomo-clínico, a invenção da auscultação imediata, no ano de 1816. A auscultação é um acto médico que consiste em escutar os ruídos dos órgãos corporais, quer por intermédio da aplicação directa do ouvido, quer por intermédio da utilização do estetoscópio.

A revolução da medicina de finais do século XVIII e inícios do século XIX foi também marcada pela emergência dos conceitos de “*localismo*” e de “*doença específica*” (Lévy, 1991; Ribeiro, 1993). Em concreto, os estudos dos fundadores do método anatomo-clínico sugeriram que a doença pode ter uma origem local e, do mesmo modo, poder ser o resultado de modificações nas partes sólidas de um órgão. Contudo, noção de “*doença específica*” só se impôs no panorama médico no fim do século XIX, graças ao surgimento da Bacteriologia. Louis Pasteur (1822-1895), químico e microbiólogo francês, foi a personalidade que pôs em evidência o papel dos microrganismos na geração das doenças, isto é, a etiopatologia (Le Goff, 1985; Riera,

1985; Lévy, 1991). Por volta de 1880, Louis Pasteur centrou a sua atenção no estudo das doenças infecciosas. Num período inicial, o químico e microbiólogo francês investigou a doença dos bichos-da-seda, abordando, posteriormente, a doença dos cordeiros e o mal rubro dos porcos. Com estas pesquisas, Louis Pasteur comprovou que as doenças podem ser causadas por bactérias aptas a disseminarem-se entre os seres humanos, contrariando a crença da sua geração espontânea. Este químico e microbiólogo descobriu, inclusive, a vacina anti-rábica, aplicada, pela primeira vez, no ano de 1885, ao jovem alsaciano Joseph Heister.

Na mesma época, Robert Koch (1843-1910), um médico alemão natural da cidade de Klausthal, também realizou importantes estudos no ramo da Bacteriologia, que abrangeram temáticas como a medicina tropical, a higiene e a tuberculose (Riera, 1985). Entre as suas inúmeras descobertas, destacam-se os bacilos da tuberculose, em 1882, e da cólera, em 1883. Devem-se, ainda, a Robert Koch, a introdução da técnica da microfotografia na Bacteriologia, em 1877, e a criação dos meios de cultivo bacteriano, em 1881.

Através dos prodigiosos trabalhos de Louis Pasteur e Robert Koch, a noção de “*doença específica*”, com uma causa própria, rapidamente ganhou densidade científica, alastrando-se também ao campo das doenças não infecciosas.

Em bom rigor, a teoria do germe que procedeu do modelo biomédico, no fim do século XIX, enalteceu que a um microrganismo patogénico particular correspondia uma doença particular (Riera, 1985; Ribeiro, 1993, Lindemann, 2002). Conforme realça José Ribeiro, a teoria do germe deu um novo fôlego à prática e investigação médicas, que passaram a ser orientadas por três axiomas principais: em primeiro lugar, os profissionais de medicina colocaram a tónica na especificidade própria de cada doença; em segundo, os sistemas corporais tenderam a ser interpretados enquanto partes que integram um todo, susceptíveis de serem abordadas de forma isolada; por último, a teoria do germe infundiu um materialismo exacerbado na prática e investigação médicas (Ribeiro, 1993, p.33). Resumindo, com a teoria do germe reuniu-se substrato teórico para fazer face às grandes epidemias da época, como a tuberculose, a pneumonia, o sarampo, a difteria ou a varíola (Idem).

No entanto, o conceito moderno de doença – que implica, em concomitância, uma causa própria, uma fisiopatologia provocada pela última, lesões e sintomas – só se consolidou, a título definitivo, com o surgimento da medicina experimental (Lévy, 1991). O criador da medicina experimental foi Claude Bernard (1813-1878), um

fisiologista francês. Claude Bernard propôs um modelo de medicina ancorado em noções fisiopatológicas que acabaram por influenciar o desenvolvimento das ciências biológicas no século XIX. Os trabalhos de investigação realizados no campo da fisiologia da digestão, em especial acerca da função do pâncreas, valeram a este homem o primeiro grande reconhecimento solene com a atribuição do Prémio de Fisiologia pela Academia de Ciências Francesa, em 1849. Claude Bernard concentrou-se, inclusive, no estudo do metabolismo, submetendo a análise a função glicogénica do fígado. A sua ilação geral é a de que o fígado, além de segregar a bÍlis, é o Órgão onde tem lugar uma secreção interna, através da qual se produz glicose. A terceira grande descoberta do fisiologista francês foi a dos nervos vasomotores, divididos em nervos vasoconstritores (que produzem a vasoconstrição) e os nervos vasodilatadores (que produzem a vasodilatação).

Na sua publicação mais célebre, *“Introdução à medicina experimental”*, datada do ano de 1865, Claude Bernard debateu os preceitos da medicina experimental numa Óptica, simultaneamente, fisiológica, patológica e terapêutica. O fisiologista francês argumenta que o método experimental, entendido como um raciocínio apto a remeter as ideias à experiência dos factos, é a pré-condição elementar para o estabelecimento da medicina científica. Logo, afirma Claude Bernard: *“O verdadeiro sábio é aquele que abarca ao mesmo tempo a teoria e a prática experimental. 1.º verifica um facto; 2.º a propósito desse facto, uma ideia nasce no seu espírito; 3.º em virtude dessa ideia, raciocina, organiza uma experiência, imaginando e realizando as condições materiais; 4.º dessa experiência resultam novos fenómenos que é necessário observar e assim de seguida”* (Bernard, 1959, p.47).

No alvitre do fisiologista francês, a utilização da estatística na medicina é prolífica, tão-somente, para a orientação dos prognósticos dos médicos. Com efeito, a estatística limita-se a produzir conjecturas, pelo que apenas pode ser empregue no estudo de fenómenos cuja causa é indeterminada.

Claude Bernard defendeu, igualmente, que o laboratório fisiológico, pela sua preeminência, é o local mais apropriado para a realização de investigações médicas. Sem descurar a importância do hospital, o primeiro centro de observação médica, o fisiologista francês entende que a prática clínica é, por si só, *“insuficiente”* para decifrar a natureza dos fenómenos dos corpos organizados, forjando um paralelo entre o seu estado normal e o seu estado patológico: *“Em duas palavras, considero o hospital como o vestíbulo da medicina científica; é o primeiro campo de observação onde deve entrar*

o médico; porém, o laboratório é o verdadeiro santuário da ciência médica; somente aí se procuram as explicações da vida, no estado normal e patológico, por meio da análise experimental” (Idem, p.227).

Continuando, outro apanágio do século XIX foi o aparecimento do movimento sanitário. No juízo de Juan Riera (1985), o movimento sanitário originou-se a partir de duas instâncias básicas, o Iluminismo, por um lado, e a Revolução Industrial, por outro.

Começando pela primeira instância apontada por Riera, o Iluminismo, os decisores políticos partidários desta corrente de pensamento implantaram algumas medidas relativas à saúde e bem-estar dos cidadãos, que incluíram a construção de hospitais e sanatórios de maior idoneidade. Mercê destas realizações materiais e dos pressupostos de humanismo e progresso contíguos ao pensamento iluminista, redigiram-se os primeiros tratados de higiene pública moderna. Johann Peter Frank (1745-1821), um médico austríaco, foi o grande precursor da Higiene Pública. Frise-se, ainda, que, no ano de 1796, Edward Jenner (1749-1823), um médico inglês, efectuou a primeira vacinação, destinada à prevenção da varicela.

No que toca à Revolução Industrial, uma das suas consequências particularmente negativas foi a da insalubridade que pautou as condições de vida e de trabalho da classe operária. Na realidade, as unidades fabris onde os operários executavam o seu trabalho apresentavam deficiências evidentes em termos de iluminação, arejamento, higiene e segurança. Logicamente, estas condições de trabalho de plena barbaridade favoreciam a disseminação de doenças. Assim, se a preocupação dominante dos higienistas foi a insalubridade do ambiente de trabalho operário, os médicos relevaram as intoxicações profissionais. O direito a condições de higiene e de salubridade na esfera laboral, e o direito a assistência na doença, constam entre as primeiras conquistas da classe operária.

Em específico, o movimento sanitário nasceu em Inglaterra, o berço da Revolução Industrial, nos anos finais do século XVIII. Sir Edwin Chadwick (1800-1890) foi o mais preeminente reformador sanitário inglês oitocentista, dando um valoroso contributo para a criação do primeiro Ministério da Saúde de Inglaterra, em 1848, e para a ratificação do Decreto de Saúde Pública do mesmo país, no mesmo ano (Pizzi, 2002). Chadwick celebrou-se por advogar que a saúde dependia, acima de tudo, da instituição de uma rede de saneamento básico (Brockington, 1958). O reformador inglês preconizou a utilização do poder local na administração da saúde pública e enalteceu que os profissionais de saúde deviam cumprir, inclusive, o papel de conselheiros especializados, factos que induziram os cidadãos a terem uma participação

activa na protecção da sua própria saúde. Países europeus como a França, a Áustria, a Alemanha, a Bélgica, a Holanda, a Dinamarca, a Noruega, a Suécia, a Finlândia, a Itália, Espanha e Portugal, e os Estados Unidos da América, manifestaram zelo inestimável pela questão sanitária e adoptaram, ainda no decurso do século XIX, o modelo de Saúde Pública concebido por Edwin Chadwick.

A meio do século XIX, a Higiene Pública tornou-se uma disciplina experimental (Riera, 1985). Os dois grandes pilares desta disciplina foram a Estatística e a Bacteriologia. De facto, as descobertas efectuadas na disciplina da Bacteriologia – em particular as de Louis Pasteur e Robert Koch atrás apresentadas – foram determinantes, uma vez que ao porem a nu a natureza das doenças infecto-contagiosas, facilitaram a implementação de campanhas de vacinação periódicas e a criação de centros sanitários.

No ano de 1851 realizou-se, efectivamente, a primeira Conferência Internacional sobre Higiene, que teve a cidade de Paris como palco. A tela de debate da Conferência Internacional de Paris foi a questão da quarentena e a origem das infecções (Brockington, 1958). Até ao fim do século XIX decorreram mais nove Conferências Internacionais centradas na Higiene: outra realizada em Paris, em 1859; a de Constantinopla, em 1866; a de Viena, em 1874; a de Washington, em 1881; a de Roma em 1885; a de Veneza, em 1892; a de Dresden, em 1893; a de Paris, em 1894; e a de Viena, em 1897. De um modo geral, o movimento higienista internacional conseguiu promover, com todo o afinho, o aumento da esperança média de vida das populações e o decréscimo das taxas de mortalidade infantil.

É forçoso lembrar que a noção de saúde veiculada pela medicina desde a revolução de finais do século XVIII e inícios do século XIX desconsiderava, de forma acutilante, as representações sociais construídas pelos indivíduos acerca do seu estado de saúde intrínseco. Definindo a saúde como a ausência de doença ou enfermidade e atendendo unicamente, ao modo como a dimensão física dos indivíduos é afectada pelas patologias, os profissionais de medicina tenderam a ignorar a interpretação subjectiva dos pacientes sobre os sintomas, causas, evolução e terapêutica das doenças que os afligiam (Albuquerque e Oliveira, 2002).

Em 1945, com a assinatura da Carta das Nações Unidas, as delegações do Brasil e da China preceituaram a convocação de uma conferência, até ao fim do supracitado ano, com o propósito de fundar um organismo internacional relativo à saúde (Brockington, 1958). Essa conferência acabou por se realizar, apenas em Junho de 1946, na cidade de Nova Iorque, e contou com a participação de cinquenta e um Estados. As

principais resoluções da conferência foram a adoção da Constituição delineada pelo Comité Preparatório e a criação de uma Comissão Provisória composta por representantes de dezoito Estados, até à fundação definitiva da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), em Abril de 1948. Nos meses de Junho e Julho ocorreu a primeira assembleia da O.M.S., na cidade de Genebra, onde se situa sede do organismo. Nesta época, a estrutura da O.M.S. estava dividida em onze Departamentos (Informação Pública; Erradicação da Malária; Doenças Contagiosas; Organização dos Serviços de Saúde Pública; Higienização Ambiental; Educação e Formação; Epidemiologia e Estatística da Saúde; Substâncias Terapêuticas; Serviços Editoriais e de Informação; Gestão Administrativa e Recursos Humanos; Gestão Financeira) e cinco escritórios (Relações Externas; Coordenação do Programa; Avaliação do Programa; Departamento Jurídico; Auditoria).

Foi precisamente no ano de 1946 que a O.M.S. propôs a sua definição de saúde. Segundo os termos que figuram na Constituição deste organismo, a saúde corresponde a *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”* (Organização Mundial de Saúde, 1946), naquela que é a definição positiva de saúde mais usual.

Na realidade, como se pode constatar, esta definição de saúde da O.M.S. contempla uma distinção entre as dimensões positivas e negativas da saúde (Downie et al., 1996). Numa aceção negativa, a noção de saúde pressupõe a ausência de doença ou enfermidade, ao passo que, numa aceção positiva, a noção de saúde envolve a presença de uma qualidade com uma conotação positiva, o bem-estar.

Contudo, a definição clássica de saúde da O.M.S. é amplamente contestada, na medida em que frui de uma abrangência idêntica à ideia de felicidade (Silva in Carapinheiro, 2006).

Na década de 70 do século XX, sucedeu a *“Segunda Revolução da Saúde”* (Ribeiro, 1993, 2005), que teve como características mais vincadas o enfoque colocado na saúde – substituindo a atenção em torno da doença – e o regresso a uma abordagem ecológica. O móbil para a *“Segunda Revolução da Saúde”* foi a emergência de uma nova epidemia nas sociedades ocidentais, cerca de 1950, com uma etiologia eminentemente comportamental (Idem).

Dado este cenário, o intuito supremo dos profissionais de saúde consistiu em imprimir uma mudança ao nível do estilo de vida dos indivíduos, prescrevendo-se a adoção de comportamentos como a prática regular de exercício físico, a administração

de uma alimentação saudável, o controlo do stress, a supressão de hábitos como o consumo excessivo de álcool, tabaco ou estupefacientes, a visita amiúde ao médico, entre muitos outros.

Com efeito, as pedras basilares da “*Segunda Revolução da Saúde*” foram os conceitos de “*promoção da saúde*” e de “*estilo de vida*”. Na óptica da O.M.S., a “*promoção da saúde*” traduz-se num “*processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*” (Organização Mundial de Saúde, 1996, p.1). Este processo implica um “*compromisso político para a saúde e a equidade*” e o reconhecimento das populações “*como o principal recurso de saúde*” (Idem, p.5).

Por seu lado, Downie et al. frisam que o conceito de “*promoção da saúde*” alude a “*um esforço comum para dar impulso à saúde na sua aceção positiva (bem-estar e boa condição física) e reduzir o risco de saúde na sua aceção negativa (enfermidade, desconforto, doença, lesão, “handicap” físico ou deformidade), através da imbricação dos domínios da educação, prevenção e protecção da saúde*” (Downie et al., 1996, p.2).

Nesta congruência, o objectivo geral da “*promoção da saúde*” reside no “*incremento ponderado dos aspectos físicos, mentais e sociais da saúde na sua aceção positiva, conjugado com a prevenção activa da saúde física, mental e social na sua aceção negativa*” (Idem, p.26).

Para este grupo de investigadores, o conceito de “*promoção da saúde*” lança um repto claro à medicalização da saúde e salienta a importância do processo de autonomização dos indivíduos no que se refere à gestão e melhoria da sua saúde.

O movimento em prol da “*promoção da saúde*”, prosseguem Downie et al., debate-se com uma série de obstáculos, nomeadamente a desconsideração a que é votada a esfera da saúde por parte das instituições governamentais, o conflito de interesses entre os vários ministérios do governo e a influência dos grandes grupos económicos sobre a elaboração de políticas públicas.

Relativamente ao primeiro obstáculo, as instituições governamentais propendem a relativizar a importância da saúde, sendo notória a ausência de um mecanismo plausível para ajustar a acção dos vários ministérios do governo a respeito da protecção da saúde.

Quanto ao segundo obstáculo, o grupo de investigadores serve-se do exemplo do tabaco. De facto, a comercialização do tabaco é uma das principais fontes de receita das

economias dos Estados ocidentais, razão pela qual é complicado incentivar as pessoas a abandonarem o consumo do tabaco.

Por último, o terceiro obstáculo põe em relevo o facto dos grupos económicos concentrarem poder e valimento para perpetuarem políticas prejudiciais à “*promoção da saúde*” na perseguição do objectivo de maximização do lucro. Mais, o poder e valimento dos grandes grupos económicos faz-se sentir também sobre o conjunto dos cidadãos (por exemplo, influenciando a determinação do preço e validade dos produtos disponibilizados aos consumidores, ou as estratégias de marketing) e sobre os “*mass media*” (por exemplo, fornecendo informações erróneas).

O conceito de “*promoção da saúde*”, afirma José Ribeiro (1993), foi apropriado de forma distinta pelos EUA e pelos países da Europa. Se a interpretação patenteada pelos EUA acerca deste conceito valoriza, essencialmente, a intervenção sobre o indivíduo, a interpretação dos países europeus tende a enaltecer as esferas comunitária e social.

Note-se, ainda, que o conceito de “*promoção da saúde*” se diferencia do de “*prevenção da doença*” (Ribeiro, 1993; Bolander, 1998). Parafraseando Verolyn Bolander, “*referimo-nos a actividades de promoção de saúde como sendo aquelas que ajudam o indivíduo a progredir, ao longo do contínuo saúde-doença, no sentido do mais alto nível de bem-estar, e referimo-nos a actividades de prevenção da doença como aquelas que ajudam a prevenir a deslocação do indivíduo no sentido do pólo do contínuo referente à doença*” (Bolander, 1998, p.38).

Bolander refere, a título ilustrativo, que o Governo dos EUA, apoiado num modelo biomédico, põe em curso estratégias de “*prevenção da doença*”, “*promoção da saúde*” e “*protecção da saúde*”, que subentendem, ao mesmo tempo, actividades de “*prevenção da doença*” e de “*promoção da saúde*”. Estas estratégias demarcam-se, principalmente, pelos critérios da identidade do prestador de cuidados – pessoal clínico, no caso da “*prevenção da doença*”; programas educacionais e de base comunitária, no caso da “*promoção da saúde*”; organizações governamentais e comunitárias, no caso da “*protecção da saúde*” –, da identidade do receptor dos cuidados – indivíduos, nos casos da “*prevenção da doença*” e da “*promoção da saúde*”; grandes grupos populacionais, no caso da “*protecção da saúde*” – e dos objectivos dos cuidados – maior afastamento possível do pólo, do contínuo saúde-doença, relativo à doença, no caso da “*prevenção da doença*”; inculcamento de estilos de vida mais saudáveis, exercendo influência sobre as escolhas pessoais, no caso da “*promoção da saúde*”; protecção da saúde e prevenção

da doença mediante a adopção de medidas reguladoras ou ambientais, no caso da “*protecção da saúde*” – (Idem).

No que diz respeito ao conceito de “*estilo de vida*”, este tornou-se relevante no panorama médico internacional no decurso da década de 70 do século XX.

De acordo com a definição proposta pela O.M.S., o “*estilo de vida*” resume-se num “*conjunto de padrões de comportamento estreitamente relacionados que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores*” (Organização Mundial de Saúde, 1988, p.114).

A investigação acerca dos “*estilos de vida*”, considera a O.M.S. (Idem), exige uma cooperação interdisciplinar que abarque os contributos das ciências biomédicas e das ciências sociais e comportamentais. O propósito geral deste esforço interdisciplinar era a obtenção de informação aprofundada e a construção de indicadores objectivos sobre os “*estilos de vida*”, de modo a avaliar as suas consequências na saúde das populações.

Marc Lalonde foi o autor que introduziu o conceito de “*estilo de vida*” no campo da saúde, nomeadamente no seu estudo “*A New Perspective on the Health of Canadians*”, publicado no ano de 1974. No entender de Marc Lalonde, o “*estilo de vida*” concerne ao “*complexo de decisões tomadas pelos indivíduos que afectam a sua vida e sobre as quais têm relativo controlo*” (Lalonde, 1974, p.32).

Numa perspectiva sociológica, Anthony Giddens concebe o “*estilo de vida*” como “*um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo adota, não só porque essas práticas satisfazem necessidades utilitárias, mas porque dão substrato a uma narrativa particular de auto-identidade*” (Giddens, 1994, p.73). Para Anthony Giddens, o “*estilo de vida*” tem implícita uma escolha perante um vasto leque de opções possíveis e está relacionado com um ambiente de acção particular. Os ambientes da vida moderna, remata o autor britânico, são amplamente diversificados e segmentados.

Pierre Bourdieu (1930-2002), nome maior da Sociologia Francófona, definiu o “*estilo de vida*” como um “*sistema de práticas classificadas e classificantes de sinais distintivos*” (Bourdieu, 1979, p.191). O teórico francês alega que o “*estilo de vida*” corresponde a um produto constante do “*habitus*” que toma a forma de um sistema de demarcação diferencial, elucidando as disparidades na estrutura das condições de existência. A força propulsora do “*estilo de vida*”, argumenta Pierre Bourdieu, é o gosto, entendido como uma “*propensão e aptidão de uma dada classe para a*

apropriação de objectos ou de práticas classificadas e classificantes” (Idem, p.193). De forma muito sumária, se o “*estilo de vida*” da classe dominante se ancora nas ideias de distinção social e luxo, o “*estilo de vida*” da classe popular funda-se na noção de necessidade e acomodamento a esta.

Tendo em linha de conta o tema desta investigação, vivências de seropositividade, e em particular a(s) “*estratégia(s)*” (Certeau, 1990) de vida adoptada(s) por indivíduos seropositivos da cidade do Porto após a tomada de conhecimento da infecção pelo VIH, é conveniente salientar que o regime terapêutico para o VIH/Sida é complexo e perpétuo, exigindo uma adesão rigorosa dos pacientes que se reja pela perseverança e capacidade organizativa (Fernandes e Engelhardt, 2007). Não raro, o regime terapêutico para o VIH/Sida obriga a alterações bruscas do “*estilo de vida*” dos pacientes (Idem). Sobretudo os relatos de vida de Marta e Paulo, apresentados mais à frente, confirmaram que tal como vem consignado na definição da O.M.S. (1988), o “*estilo de vida*” depende das condições materiais de existência dos indivíduos. Com efeito, Marta vê-se impedida de seguir as prescrições da médica assistente para praticar ginástica e natação devido a limitações financeiras. Paulo, igualmente por privação económica, tem dificuldade em cumprir a indicação da sua médica assistente para seguir uma dieta à base de alimentos cozidos e grelhados.

Prosseguindo, no termo da década de 80 do século XX, o conceito de “*estilo de vida*” tornou-se obsoleto e perdeu o seu protagonismo no debate internacional em redor da saúde. Os profissionais de saúde tomaram, então, a problemática do ambiente como a sua preocupação dominante (Ribeiro, 2003).

Uma nota de destaque, ainda, para o facto de que, no ano de 1986, a O.M.S. deu algumas achegas à sua definição clássica de saúde. A saúde, declara este organismo, representa, sobretudo, um “*recurso para a vida*”, pelo que é um equívoco equacioná-la enquanto uma “*finalidade de vida*” (Organização Mundial de Saúde, 1986, p.1).

Por outro lado, a O.M.S. fez depender o alcance do estado de saúde da idoneidade que o indivíduo, ou grupo, tem para “*identificar e realizar as suas aspirações*”, “*satisfazer as suas necessidades*” e “*modificar ou adaptar-se ao meio*” (Idem).

Em terceiro lugar, o mencionado organismo enumerou nove pré-condições para a saúde, a saber, a “*paz*”, o “*abrigo*”, a “*educação*”, a “*alimentação*”, os “*recursos económicos*”, o “*ecossistema estável*”, os “*recursos estáveis*”, a “*justiça social*” e a “*equidade*” (Idem).

Finalmente, na década de 90 do século XX, ocorreu a “*Terceira Revolução da Saúde*” (Ribeiro, 2005), um processo marcado pela emergência de uma nova noção de saúde. O móbil para esta revolução da saúde nas sociedades ocidentais adveio do paradoxo existente entre os custos dos cuidados de saúde (cada vez mais onerosos, dado o crescimento das doenças crónicas, favorecido pelo duplo-envelhecimento demográfico), o nível de satisfação dos utentes (registou-se uma sublevação dos utentes contra a autoridade médica) e a eficácia da terapia médica (as intervenções médicas mais dispendiosas foram votadas ao cepticismo). Por conseguinte, os Estados ocidentais decidiram levar a cabo estudos detalhados sobre os custos, a segurança e a eficácia da prática médica. Com isto fortaleceu-se o conhecimento dos especialistas de medicina, a quem foram delegadas as tarefas de aconselhamento dos pacientes e de optimização dos recursos para a “*promoção da saúde*”, e clarificou-se a população utente sobre a natureza e os custos da assistência médica, num processo designado como “*Era da Avaliação e da Responsabilidade*” (Relman, 1988, cit. in Ribeiro, 2005).

Para fechar este subcapítulo, é essencial tecer mais algumas considerações a respeito dos conceitos de saúde e de doença. Recorrendo, de novo, à obra de Verolyn Bolander, esta autora argumenta que as noções de saúde e doença “*são estados subjectivos difíceis de medir*” (Bolander, 1998, p.33), daí que ambos os conceitos não disponham de definições universais.

Sem embargo, Bolander recorda que saúde e doença não são noções estanques, evidência que a leva a apologizar o uso da designação “*contínuo saúde-doença*”, precisamente para aludir à “*sequência do bem-estar desde a saúde excelente, passando pela saúde regular e pela doença, até à morte*” (Idem).

Um último aspecto a reter da obra desta autora é o inventário que a própria elaborou acerca de definições de saúde e de doença, no qual vêm incluídas as perspectivas epidemiológica, ecológica, sociológica e consumista. Assim, numa abordagem epidemiológica, a saúde consiste num “*estado no qual o hospedeiro permanece resistente aos agentes patogénicos do ambiente*”, enquanto que a doença elucida, em sentido contrário, um “*estado que resulta da susceptibilidade do hospedeiro aos agentes patogénicos do ambiente*”. Continuando, numa perspectiva ecológica, a saúde é entendida como o “*resultado de uma relação harmoniosa entre os indivíduos e o seu ambiente*”, ao passo que a doença se refere ao “*resultado de uma relação mal ajustada e não adaptada entre os indivíduos e o seu ambiente*”. Já a perspectiva sociológica pondera a saúde como a “*conformidade com aquele estado*

físico ou comportamental que é considerado normal dentro de um determinado grupo”, definindo a doença como o “desvio daquele estado físico ou comportamental que é considerado normal dentro de um determinado grupo”. Por fim, no âmbito da perspectiva consumista, a saúde é interpretada como “um recurso ou um investimento que pode ser adquirido”, sendo que a doença se traduz numa “situação anormal que poder ser tratada, controlada e possivelmente curada através da aquisição de serviços de saúde” (Idem).

Centrando a discussão, doravante, no conceito de doença, François Laplantine (1992), um antropólogo francês, desenvolveu uma interessante análise que incidiu sobre os sistemas de representações da doença. Entre outras questões, o antropólogo francês atentou no dualismo que opõe o “*modelo da doença maléfica*” ao “*modelo da doença benéfica*”, ambas as expressões da sua autoria.

No que concerne ao “*modelo da doença maléfica*”, Laplantine abona que, na óptica do conhecimento médico ocidental, a doença é interpretada como uma entidade nociva e indesejável, portanto, como um “*mal absoluto*” (Laplantine, 1992, p.117). Em segundo lugar, o antropólogo francês sustenta que a doença constitui, também, um desvio social. Nesta perspectiva, o próprio doente tende a percepcionar-se como um indivíduo socialmente desvalorizado. Para construir os cinco conceitos que perfazem o “*modelo da doença maléfica*” (a “*doença-resignação*”, a “*doença-resistência*”, “*doença-abjecção*”, a “*doença-humilhação*” e o “*horror da doença*”), Laplantine inspirou-se nas obras de algumas personalidades do campo literário.

Desta forma, o conceito de “*doença-resignação*” emergiu a partir dos textos e autobiografia de Franz Kafka (1883-1924). Efectivamente, na visão do escritor checo a doença traduz um pesadelo a encarar até ao limite da capacidade humana. Dos relatos autobiográficos de Kafka, que se pautaram por uma sobriedade prodigiosa, ressalta a atitude de resignação com que viveu a doença da tuberculose, a partir do ano de 1917. Com efeito, como se verá adiante, as posturas de Andreia e Liliana em relação à seropositividade aproximam-se, no essencial, do conceito de “*doença-resignação*”.

Por sua vez, o conceito de “*doença-resistência*” deve-se à obra de Katherine Mansfield (1888-1923). Tal como Franz Kafka, a escritora neozelandesa também foi vítima de tuberculose. A sua experiência da doença da tuberculose alternou entre o sentimento de submissão e o sentimento de resistência. Como é lógico, os dois sentimentos são antagónicos: a submissão caracteriza-se pela conformação total com o sofrimento causado pela doença, enquanto que a resistência exprime uma tentativa de

rejeição do infortúnio adjacente à enfermidade. Na realidade, a doença foi a adversidade que impediu Mansfield de prosseguir a sua obra como escritora. O conceito de “*doença-resistência*” abrevia a atitude de Eduardo e Marta, outros dois indivíduos seropositivos que colaboraram nesta investigação, face à seropositividade.

Quanto ao conceito de “*doença-abjecção*” fundamenta-se numa carta redigida por Louis-Ferdinand Céline (1894-1961) a um amigo, no ano de 1947. Nessa carta, o médico e escritor francês exalta o valor supremo da saúde e, em concomitância, manifesta repugnância absoluta pela doença, que considera tratar-se do aspecto mais hediondo da existência humana. Nos escritos de Louis-Ferdinand Céline, que sofreu traumatismos no braço direito e na cabeça no desenrolar da Primeira Guerra Mundial, sobressai uma obstinação profunda em redor da doença, dado o desgosto extremo que aquela suscita. O médico e escritor francês refere-se a três “*tipos-ideais*” de doença na sua obra, são elas, a “*doença-traumatismo*” (associada à catástrofe da guerra), a “*doença-tropical*” (intrínseca ao continente africano) e a “*doença de todos os dias*” (típica dos subúrbios de Paris, onde abunda a miséria).

O quarto conceito apresentado por Laplantine, a “*doença-humilhação*”, resultou da leitura de textos de M. Bataille (1926-2008), W. Diggelman (1927-1979), Henry de Montherlant (1896-1972) e Hervé Bazin (1911-1996). Segundo os referidos autores, a doença constitui, essencialmente, uma experiência vil e ascorosa, que pode equivaler a uma visita ao inferno. Por exemplo, Henry de Montherlant, que no fim da sua vida padeceu de cegueira e hemiplegia, chegou a confessar a Gabriel Matzneff, o indivíduo que lhe elaborou o testamento, que a morte é preferível à doença.

Em conjunto, os conceitos de “*doença-abjecção*” e de “*doença-humilhação*” reflectem a disposição de Paulo, mais outro indivíduo que deu o seu testemunho neste estudo, relativamente ao contágio pelo VIH, sobretudo após ter contraído a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e a tuberculose que forçaram a sua hospitalização no H.J.U., no ano de 2000.

Por último, o conceito de “*horror da doença*” ganhou forma por meio dos trabalhos de Marc Soriano (1918-1994) e Raymond Guérin (1905-1955). Marc Soriano sofreu de miastenia, uma doença caracterizada pela debilidade muscular, que o impossibilitou mesmo de falar. No texto “*Le Testamour Ou Remèdes à la Mélancolie*” (1982), Soriano relata o diálogo estabelecido por via escrita entre ele e as suas duas filhas mais novas, desde o seu internamento, onde descreve a doença como uma experiência dolorosa, na qual pontificam a solidão e a injustiça. Raymond Guérin, por

seu lado, foi atormentado pela doença da icterícia (causada pelo aumento anormal da bilirrubina no sangue), que lhe poria fim à vida no ano de 1955. Em *“Le Plus de la Plaie”* (1982), o autor francês afirma que a vivência da doença é um acontecimento sobremodo horrível e infundado. A tortura física, a imobilidade e a dor moral foram as marcas dominantes do último ano e meio de vida de Raymond Guérin.

Em relação ao *“modelo da doença benéfica”*, este é constituído por sete conceitos (a *“doença como testemunho da santidade”*, a *“doença como instrumento de transfiguração artística”*, a *“doença-iniciação”*, a *“doença como terra prometida”*, a *“doença como experiência de gratificação social”*, a *“doença como uma condição de uma transcendência de si mesmo”* e a *“doença como sina”*), que Laplantine (Idem) também forjou por intermédio das obras de diversos escritores.

No âmbito do *“modelo da doença benéfica”*, os sintomas são ponderados como uma mensagem que é imperioso escutar e desvendar, enquanto que a doença é vista como uma reacção destinada a repor o equilíbrio do organismo, tendo um valor e sentido próprios.

O primeiro conceito, a *“doença como testemunho da santidade”*, procedeu dos textos de Joris-Karl Huysmans (1848-1907). No entender deste escritor, que sofreu de problemas gástricos, dentários e oculares, registando ainda cancro na língua e na garganta, a doença tem um grau maior de autenticidade do que a saúde. Visto que é um prenúncio de uma eleição para a concessão da santidade, a doença deve ser perspectivada pelos indivíduos como uma graça.

O segundo conceito, *“doença como instrumento de transfiguração artística”*, baseou-se na obra de Marcel Proust (1871-1922). Este escritor francês, oriundo de uma família de médicos, foi afligido pela doença da asma desde os 9 anos de idade. A vivência longa da doença, nas suas componentes somática e psíquica, permitiu-lhe tirar o máximo partido e sublimar o seu talento como escritor. Marcel Proust considerava, inclusivamente, que as pré-condições do génio criador eram a asma, a insónia e a hipocondria.

Quanto ao conceito de *“doença-iniciação”*, é decorrente da obra de Thomas Mann (1875-1955). Para o autor nascido na Alemanha, a doença permite ao homem alcançar um estado de prazer intenso, constituindo o aspecto mais humano da existência. Thomas Mann argumentava ainda, à semelhança de Marcel Proust, que a doença era a entidade que facultava a reunião das condições elementares para a irrupção do génio criador.

O quarto conceito, “*doença como terra prometida*”, foi elaborado através do livro “*La vrai vie*” (1960) de Jean Reverzy (1914-1959). Conforme salienta Jean Reverzy, que tem um ponto de vista análogo ao de Thomas Mann, a doença abre ao homem as portas de um mundo totalmente novo, inalcançável para os indivíduos saudáveis.

O conceito de “*doença como experiência de gratificação social*” logrou formas de real pela leitura dos textos de Michel Leiris (1901-1990), Simone de Beauvoir (1908-1986) e Emmanuel Berl (1892-1976). No pensamento dos referidos autores, a doença é, fundamentalmente, um apelo à ajuda do “*Outro*”. Neste sentido, o indivíduo enfermo, em virtude do seu estado debilitado, usufrui de uma forma de reconhecimento social singular, que desperta em si um sentimento de prazer.

O penúltimo conceito, “*doença como condição de uma transcendência de si mesmo*”, é fruto da obra de Jorge Luis Borges (1899-1986). De acordo com o raciocínio de Laplantine, este conceito opõe-se ao de “*doença como experiência de gratificação social*”. Ora, a doença, no entender de Borges, coadjuva a revelação do próprio indivíduo, no qual sobrevém uma vontade até então desconhecida que, amiúde, acaba por surpreendê-lo. Fábio, um jovem brasileiro seropositivo que também narrou a sua história de vida, tem uma postura perante a infecção pelo VIH que, presumivelmente, está em consonância com o conceito de “*doença como condição de uma transcendência de si mesmo*”.

Por fim, o conceito de “*doença como sina*” consubstanciou-se através do livro “*Mars*” (1976), de Fritz Zorn (1944-1976). O escritor suíço foi vítima de um cancro que lhe tirou a vida aos 32 anos. Fritz Zorn atribuía o aparecimento do seu cancro à “*doença da alma*”, cuja origem era o recalçamento dos desejos e prazer erótico. Portanto, se a “*doença da alma*” instigou em Fritz Zorn o cancro, este último foi a causa da sua morte.

Numa perspectiva histórica, Thomas McKeown (1990) promoveu uma subdivisão das doenças, atendendo à sua etiologia, em três grupos distintos, são elas, as pré-natais, as doenças pós-natais com origem em deficiências e riscos fortuitos e as doenças pós-natais suscitadas por inadaptação e perigos diversos.

As doenças pré-natais referem-se a anomalias congénitas e compartilham-se em anomalias originadas “*no momento da fecundação*”, anomalias originadas “*durante a implantação e o começo do crescimento do embrião*” e as anomalias originadas “*em momentos mais tardios da vida intra-uterina*” (McKeown, 1990, p.154).

As anomalias originadas no *“momento da fecundação”* abrangem as *“aberrações cromossômáticas”* e os *“defeitos de um gene isolado”*. Regra geral, estas doenças genéticas tornam-se evidentes por altura do parto, embora também possam surgir em fases pós-natais, principalmente no envelhecimento.

As segundas, as anomalias originadas *“durante a implantação e o começo do crescimento do embrião”*, conglomeram as *“deformidades congénitas”* e alguns tipos de *“subnormalidade mental”*. Estas anomalias caracterizam-se por terem uma índole desconhecida.

As anomalias originadas *“em momentos mais tardios da vida intra-uterina”* compreendem também deformidades, doenças como o cretinismo, a surdo-mudez, o andar espástico, a debilidade mental, e situações como a falta de peso à nascença. No caso destas anomalias, a índole é conhecida e evitável.

As doenças pós-natais com origem em deficiências e risco fortuitos remetem para a questão da pobreza, enquanto factor principal para a determinação das doenças, sendo por essa razão denominadas por McKeown (Idem) por *“doenças da pobreza”*. Assim, enquanto nas sociedades de caçadores e colectores a falta de alimentos e os riscos ambientais variáveis conforme o tipo de habitat prevaleciam entre as causas de doença e morte, nas sociedades agrícolas, as infecções eram o principal factor de risco. Actualmente, a subalimentação continua a ser a causa preponderante de doenças nos países do Terceiro Mundo.

As doenças pós-natais suscitadas por inadaptação e perigos diversos referem-se às doenças não transmissíveis. Seguindo o raciocínio do citado autor, no período de industrialização o homem incrementou o seu domínio sobre a natureza, facto pelo qual as doenças não transmissíveis tomaram o lugar das doenças infecciosas em termos de razões de óbito.

No leque das transformações mais significativas registadas ao nível das condições de vida no período de industrialização (que são a origem das doenças não transmissíveis) destacam-se, entre outros, *“o aumento de dimensões e de densidade das populações”*, *“a transferência da vida rural para a vida urbana”*, *“a diminuição da percentagem de fibras vegetais e o aumento de gorduras, de açúcar e de sal na alimentação”*, *“o aumento do consumo de tabaco, de álcool, e de substâncias ilícitas (estupefacientes)”*, *“a diminuição do exercício físico”* e *“as modificações do esquema de reprodução com a gravidez menos frequente e em idades mais avançadas”* (McKeown, 1990, p.201).

2. A abordagem sociológica da saúde

O tema da saúde ganhou notoriedade no seio da disciplina da Sociologia nas décadas de 50 e 60 do século XX, com a instituição da Sociologia da Medicina, embora a Medicina Social fosse uma realidade, de algum modo “*mal definida*” e “*sociologicamente vaga*” (Freyre, 1967), desde o século XVIII, momento do seu nascimento, em França.

Com efeito, no ano de 1960, foi fundada a Secção de Sociologia da Medicina na Associação Americana de Sociologia (Carapinheiro, 1986). Dois anos depois, a Secção de Sociologia da Medicina da Associação Americana de Sociologia contava já com mais de setecentos cientistas sociais agregados (Freeman in Freeman et al., 1963).

Este desenvolvimento extraordinário da Sociologia da Medicina nos EUA foi possível graças à disponibilização de fundos para investigação nesta área por parte do poder estatal, por um lado, e à receptividade dos hospitais e clínicas para a elaboração de estudos académicos, por outro (Idem).

As investigações realizadas no campo da Sociologia da Medicina nos países anglo-saxónicos, nas décadas de 50 e 60 do século XX, apoiaram-se, fundamentalmente, nos postulados teóricos de Talcott Parsons, Robert Merton e Sigmund Freud (Carapinheiro, 1986). De acordo com Manuel Villaverde Cabral et al. (2002), na década de 50 do século XX, o enfoque da Sociologia da Medicina era a profissão médica e o hospital, a instituição onde os médicos desempenham as suas funções.

Em 1951, Talcott Parsons publicou “*The Social System*”, trabalho que é considerado como a “*contribuição mais decisiva para a delimitação dos contornos da sociologia médica*” (Carapinheiro, 1986, p.16), e que será objecto de uma análise mais detalhada adiante.

A Sociologia da Medicina, enfatiza Gilberto Freyre, consiste na “*aplicação de critérios e de métodos sociológicos de análise e de interpretação de processos sociais, de relações interpessoais e de relações intergrupais, àquela matéria de interesse médico constituído pela etiologia e ecologia sociais de doenças, pelos componentes sociais ou sócio-culturais de terapêutica e, ainda, pelas relações entre médicos e enfermos, entre enfermos e suas famílias, entre médicos e famílias e ambientes sócio-culturais de enfermos, entre médicos – higienistas, sanitaristas, psiquiatras – e comunidades e aquelas suas instituições e aqueles seus complexos mais relacionados*”

com problemas de deterioração de saúde, de conservação e de defesa da saúde, de promoção da saúde” (Freyre, 1967, p.25).

Os contributos da Sociologia para a Medicina abrangem quatro áreas de pesquisa essenciais – a Etiologia Social e a Ecologia da Doença; os Componentes Sociais na Terapia e na Reabilitação; a Medicina como Instituição Social; e a Sociologia da Educação Médica – e, quanto à sua natureza, dividem-se nas vertentes descritiva, de prognóstico e de transformação (Reader in Freeman et al., 1963).

A esmagadora maioria dos contributos da sociologia para a Medicina situaram-se nas áreas da Medicina como Instituição Social e dos Componentes Sociais na Terapia e na Reabilitação – designadamente ao nível da terapia –, e assumiram uma índole descritiva (Idem).

Efectivamente, os investigadores da área da Sociologia da Medicina recolheram importantes informações empíricas acerca dos doentes (realizaram-se estudos epidemiológicos que colocaram a tónica nas variáveis sexo, idade, estatuto sócio-económico, nível de escolaridade e pertença étnica; entre outros aspectos, ficaram demonstradas as conexões entre estatuto sócio-económico e atitudes e informação sobre a doença, e entre pertença étnica e reacção à dor), dos profissionais de saúde (a este respeito, foram realçadas as dificuldades inerentes à selecção de estudantes para o desempenho de profissões médicas e à persuasão para o seu recrutamento; foi ainda deixado um alerta para a necessidade de se produzir conhecimento aprofundado sobre os papéis múltiplos que os profissionais de saúde desempenham, sobre a opinião dos últimos em relação a tais papéis e sobre as expectativas dos doentes em torno dos profissionais de saúde), da natureza e organização dos cuidados de saúde (constatou-se que os cuidados de saúde revestiram maior complexidade e tenderam a apoiar-se na tecnologia; a par disto, foi ressaltada a importância capital de elucidar a natureza dos cuidados de saúde prestados a nível informal pelos curandeiros populares por oposição às organizações médicas credenciadas, assim como a necessidade de construir escalas fidedignas de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelas organizações médicas) e do custo dos mesmos (foi registado um aumento das despesas dos hospitais; o diagnóstico médico e o equipamento para a terapêutica tornaram-se, com efeito, mais onerosos, e, em concomitância, os profissionais de saúde passaram a auferir salários mais altos; procurou-se, também, apurar a forma mais adequada de promover uma distribuição equitativa dos serviços médicos junto das populações) – (Idem).

Em termos gerais, a Sociologia da Medicina deu ênfase a uma abordagem médico-biológica, facto que impossibilitou uma efectiva convergência interdisciplinar (Carapinheiro, 1986).

Nas décadas de 70 e 80 do século XX, consumou-se o processo de afastamento face à abordagem médico-biológica preconizada pela Sociologia da Medicina, verificando-se a emergência da Sociologia da Saúde como ramo especializado de saber sociológico. Desta forma, a Sociologia da Saúde põe em foco as condicionantes sócio-culturais da saúde e da doença, pelo que se trata de um domínio de análise mais englobante do que a Sociologia da Medicina. Tratou-se da assunção de um modelo multicausal complexo (que substituiu a teoria do germe) apto a tornar inteligível a origem social das doenças. No que diz respeito aos fundamentos teóricos, a Sociologia da Saúde inclinou-se para as abordagens do Interaccionismo Simbólico e da Fenomenologia, num plano micro-sociológico, e para as Teorias do Conflito, de cariz macro-sociológico (Idem).

Terminadas as considerações sobre o surgimento e o processo de transição da Sociologia da Medicina para a Sociologia da Saúde, este subcapítulo prossegue com a apresentação de algumas teses sociológicas consagradas que se centraram nas questões da saúde e da doença.

Em primeiro lugar, o aclamado trabalho de Talcott Parsons (1902-1979), *“The Social System”* (1951), em específico o Capítulo X, *“Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice”*, que lançou as bases da Sociologia da Medicina.

No referido capítulo de *“The Social System”*, o sociólogo norte-americano, numa perspectiva funcionalista, expôs o seu pensamento sobre o lugar ocupado pela prática médica no sistema social moderno, como o próprio título sugere, conferindo atenção especial aos papéis sociais atribuídos ao médico e ao doente.

Antes de mais, Talcott Parsons enaltece que a saúde é um aspecto que está em estrita relação com os pré-requisitos funcionais do sistema social, uma vez que a *“doença impede um efectivo desempenho dos papéis sociais”* (Parsons, 1951, p.431).

Em concreto, na visão do sociólogo norte-americano, a doença é entendida como um *“estado de perturbação no funcionamento normal do ser humano, quer na sua dimensão biológica, quer na sua dimensão social”* (Idem, p.431). Nas sociedades modernas, a prática médica, que corresponde ao *“mecanismo existente no sistema social que está apto a lidar com as doenças dos seus membros, no intuito de as neutralizar”* e

que “*envolve um conjunto de papéis institucionalizados*” (Idem, p.432), fundamenta-se na utilização do conhecimento científico, um fenómeno cultural sobremodo especial, nas áreas da doença e da saúde.

Continuando, sobre o papel social atribuído ao médico, o sociólogo norte-americano frisa que este se inscreve na classe geral de papéis profissionais, incluída no grupo mais vasto dos papéis ocupacionais. Efectivamente, o papel social atribuído ao médico prima pela sua complexidade, exigindo competências técnicas elevadas que se adquirem ao longo de um período longo e intenso de aprendizagem. Na qualidade de especialista, o médico vê a sua autoridade e poder de influência cingidos ao campo específico da sua preparação técnica e experiência profissional. Além disso, o papel social atribuído ao médico incorpora uma dimensão científica. Do médico espera-se uma solução a problemas objectivos com base em procedimentos científicos. Ora, a responsabilidade maior do médico passa pela promoção do bem-estar dos pacientes. Nesta lógica, o médico deve fazer tudo que está ao seu alcance para propiciar uma recuperação completa, célere e indolor aos pacientes. Para o efeito, o médico deve ter acesso a todas as partes, sem excepção, do corpo dos pacientes (sobre esta matéria, o sociólogo norte-americano lembra os exames ao recto ou à vagina), bem como a informações da vida privada daqueles.

Talcott Parsons alvitra, também, uma importante distinção entre o médico privado (que tem uma responsabilidade acrescida na determinação das condições de prestação do serviço para com os seus pacientes) e o médico que executa funções em contexto organizacional.

Relativamente ao papel social atribuído ao doente, este reúne quatro expectativas institucionalizadas essenciais.

Como é lógico, a primeira expectativa definida pela sociedade refere-se à isenção das responsabilidades intrínsecas ao seu papel social “*normal*”, dada a rigidez da doença. A este nível, o médico assume o papel social de agente directo de legitimação do papel social do doente, procurando obstar situações de simulação da enfermidade.

A segunda expectativa, intimamente relacionada com a primeira, resume-se no facto de não se supor que o doente recupere da enfermidade por um acto de decisão ou vontade. Assim, enquanto a doença não for ultrapassada na íntegra, o doente permanecerá numa condição em que necessita de cuidados, ainda que a recuperação possa ocorrer de forma espontânea.

A terceira expectativa concerne à ideia de que a condição de doente é, em si mesma, indesejável e tem adjacente a obrigação do indivíduo desenvolver esforços para o seu restabelecimento.

A quarta e última expectativa, contígua à anterior, é a obrigação do doente requisitar a ajuda do médico e cooperar com ele, seguindo as suas prescrições com zelo, de modo a recobrar a saúde perdida tão rápido quanto possível.

No que respeita à sua relação com a estrutura social, o papel social atribuído ao doente caracteriza-se pela contingência (qualquer indivíduo, independentemente do seu estatuto social, pode deparar-se com uma situação de doença), transitoriedade (na maior parte dos casos, é uma condição transitória) e por se tratar de um papel adquirido de forma negativa, quer devido a falhas registadas no sentido da recuperação, quer devido às motivações positivas inerentes ao papel social do doente (como a isenção das responsabilidades do papel social “*normal*”).

Talcott Parsons pronunciou-se, inclusive, sobre a questão da adaptação emocional à doença, um dos problemas mais complexos que o doente e as pessoas que lhe são próximas têm que enfrentar. O horizonte de expectativas do doente, principalmente, sofre um abalo considerável, na medida em que, de súbito, se encontra afastado do seu padrão de vida habitual. O sofrimento, o desamparo, a incapacidade e o receio de morte tornam-se, com frequência, os sentimentos dominantes da existência do doente. Por norma, na fase inicial da doença, os indivíduos vivem um choque emocional e tendem a encarar o futuro com ansiedade. As formas mais comuns de reacção à doença são a auto-comiseração, a tentativa em negar a doença ou vários aspectos dela, e a obstinação em obter mais ajuda do que aquela que é, de facto, necessária ou possível.

À laia de conclusão, na proposta teórica de Talcott Parsons, o papel social atribuído ao médico e o papel social atribuído ao doente surgem interligados numa estrutura de papéis complementar. O indivíduo doente, porque ignora os meios necessários para o seu restabelecimento, carece dos serviços de um médico especialista. Este último, por seu lado, é a pessoa que frui de um estatuto institucionalmente validado, mercê dos seus conhecimentos técnicos e experiência, para restituir a saúde ao primeiro. Presume-se que a relação doente/médico se desenvolva num pressuposto de confiança mútua.

Os papéis sociais do doente e do médico, finaliza Parsons, adquirem relevo especial como mecanismos de controlo social. Em bom rigor, o papel social do doente tem inerente um conjunto de motivações para o desvio social, com destaque para

criação de uma “*sub-cultura do doente*”, que é imperioso contrariar a fim de manter a harmonia do sistema social.

Michel Foucault (1990), já citado anteriormente, foi outro sociólogo e filósofo que também tratou as problemáticas da saúde, da doença e da morte, em particular na obra “*Naissance de la clinique*”, publicada pela primeira vez no ano de 1963. Neste trabalho, Michel Foucault procedeu a uma análise histórica sobre a emergência da medicina clínica e dos seus métodos de observação.

As linhas conclusivas do sociólogo e filósofo francês referem que o nascimento da medicina clínica enquanto forma de conhecimento, no final do século XVIII, aconteceu graças à conjugação de vários factores, entre eles, a remodelação do campo hospitalar, a redefinição do estatuto do doente na sociedade e o estabelecimento de uma conexão entre a assistência, a experiência e o saber.

Genericamente, este processo sintetizou-se numa “*reorganização epistemológica*” da doença em que as fronteiras entre o visível e o invisível ganharam uma configuração inédita (Foucault, 1990, p.199). Na leitura de Michel Foucault, a doença afastou-se da contra-natura, à qual esteve associada durante muitos séculos, para encontrar na “*visibilidade da morte*” a sua forma mais apurada (Idem, p.200). Através da morte, a doença entrou no domínio da linguagem e da observação, predispondo-se a ser analisada meteticulosamente. É na morte, sentencia o sociólogo e filósofo francês, que o conteúdo positivo da doença se manifesta. A medicina instituiu-se como ciência do homem fruto, precisamente, da inserção da morte no seu quadro de pensamento. Na realidade, a medicina moderna facultou um entendimento pertinaz e pacificador da finitude do homem. Deste modo, para além de ter inteirado o homem dos seus limites biológicos, a medicina evidenciou o “*mundo técnico*” que é a forma positiva e plena da morte, pelo que todo o procedimento profissional médico logrou uma “*densidade filosófica*” (Idem, p.202).

Para rematar, a fundação da medicina clínica é uma prova evidente das grandes transformações que marcaram o pensamento europeu em finais do século XVIII e inícios do século XIX.

Erving Goffman (1922-1982), sociólogo da Escola de Chicago, atentou na questão da organização do mundo hospitalar, designadamente os hospitais psiquiátricos, enquanto “*instituições totais*”. Em “*Asilos*” (1968), tese editada no ano de 1961, Erving Goffman apresentou quatro estudos (“*As características das instituições totais*”, “*A carreira moral do doente mental*”, “*A vida clandestina de uma instituição pública*”

e “*O esquema médico-tipo e a hospitalização dos doentes mentais*”) que versaram sobre a situação dos doentes mentais, assumindo como objectivo primordial a elaboração de uma teoria sociológica do “*self*”.

Na interpretação do sociólogo norte-americano, uma “*instituição total*” é “*um local de residência e de trabalho no qual um grande número de indivíduos em situação idêntica leva uma vida de clausura cujas modalidades são explícita e minuciosamente reguladas*” (Goffman, 1968, p.41).

Entre os anos de 1955 e 1956, Erving Goffman levou a cabo um estudo etnográfico no Hospital de Ste-Elisabeth, em Washington, instituição que na época albergava mais de 7.000 doentes. No seio das instituições hospitalares, inferiu o sociólogo da Escola de Chicago, cria-se um hiato inabalável entre os profissionais de saúde, uma minoria, e os doentes, uma maioria.

Erving Goffman deteve-se com especial afinco na questão das “*adaptações secundárias*” nos hospitais, tanto por parte dos profissionais de saúde, como dos doentes. As “*adaptações secundárias*” dizem respeito “*ao conjunto de disposições que permitem ao indivíduo utilizar meios interditos, ou alcançar fins ilícitos (ou ambos simultaneamente), e mudar, dessa forma, as pretensões da organização relativas àquilo que ele deve fazer ou receber, e por conseguinte àquilo que ele deve ser*” (Goffman, 1968, p.245).

No quadro das “*adaptações secundárias*”, o sociólogo norte-americano destacou as “*actividades de evasão*”, que consistem nas acções desenvolvidas pelos indivíduos de modo a se alhearem, momentaneamente, do meio em que estão inseridos. No Hospital de Ste-Elisabeth, o desporto ocupava uma posição cimeira entre as numerosas “*actividades de evasão*” dos doentes. Com menor relevância do que o desporto, a paixão religiosa e a realização de uma peça de teatro representavam escapes importantes para muitos doentes. A par disto, lançavam também mão dos “*meios de evasão portáteis*” como os jogos de paciência e a leitura de policiais e de romances, preferencialmente. Em suma, as “*actividades de evasão*” possibilitam a recriação de um mundo de fantasia que se afigura como um refúgio eficaz para o “*self*” dos doentes.

No entanto, as “*actividades de evasão*” trazem para debate a questão da “*sobre-adaptação*” à instituição. Sobre esta matéria, Erving Goffman dá o exemplo de um doente a quem foram delegadas as funções de contramestre da lavandaria do hospital, dada a devoção e a seriedade com que se entregou ao trabalho. O sociólogo norte-americano não deixa, contudo, de sublinhar que a inclusão deste homem no mundo do

trabalho é um puro equívoco, porque este é, essencialmente, um doente e não um contramestre. Por conseguinte, tal adaptação reveste um carácter insólito.

Outro aspecto frisado por Erving Goffman prende-se com a índole “*sobredeterminada*” que caracteriza algumas “*adaptações secundárias*”. Através dos seus procedimentos de observação directa, o autor da Escola de Chicago constatou que alguns doentes concretizam actividades ilícitas com “*tanto ódio e malvadez, com um tal ar de satisfação e de triunfo, e ao preço de tantos esforços*” (Idem, p.365) que foi levado a concluir que tais actos têm objectivos latentes para além daqueles que se apresentam como mais evidentes. Com efeito, em muitos casos, a instituição é percebida pelos doentes enquanto um adversário que urge derrotar. Entre outros doentes, Erving Goffman atentou num alcoólico muito hábil que sempre que obtinha garrafas de vodka por meio de dinâmicas ilícitas fazia questão em dirigir-se para o relvado dos exteriores do hospital onde se sentava à vista de todos para se embriagar. Enquanto se embriagava, o doente regozijava-se a convidar os profissionais do hospital a sentarem-se junto dele.

Efectivamente, no entender do sociólogo norte-americano, os hospitais psiquiátricos e as prisões são os meios em que os indivíduos tendem a preservar mais piamente uma parte do seu “*self*” do domínio da “*instituição total*”. O propósito geral de Erving Goffman foi patentear que esta “*vontade de distanciação*” dos indivíduos face ao jugo das “*instituições totais*”, no sentido de forjarem meios para satisfazerem as suas necessidades originais ou adquiridas, se substancia num elemento fundamental do “*self*”, recusando a ideia de que aquela tem origem num “*mecanismo de defesa acessório*”. Nesta congruência, Erving Goffman conceptualiza o indivíduo como um ser “*capaz de adoptar uma posição intermédia entre a identificação e a oposição à instituição e que, à menor pressão, está pronto para reagir modificando a sua atitude num sentido ou noutro de forma recuperar o seu equilíbrio*” (Goffman, 1968, p.373).

Em síntese, os indivíduos manifestam uma vontade notória em demarcar o seu “*self*” e criar defesas contra as injunções das organizações sociais. O vínculo que os liga a essas organizações sociais ocasiona, portanto, uma inibição do “*self*”.

No seguimento, é prolífico considerar também o ensaio “*A Solidão dos Moribundos*” (2001), de Norbert Elias (1897-1990), se bem que as questões da saúde e da doença não sejam afloradas de forma directa.

Nesta obra, o autor alemão discorreu sobre a morte, a sua significação e implicação sociais, dando ainda relevância ao processo de afastamento dos moribundos

e das pessoas idosas do mundo dos vivos, aspecto que, de certo modo, pode articular-se com o tema da presente investigação.

Após tecer algumas considerações preliminares sobre o problema que o conhecimento da morte causa nos indivíduos, Norbert Elias procedeu a uma breve comparação sobre os significados da morte nos Estados feudais medievais e nos Estados nação altamente industrializados. Baseado em algumas obras literárias, o autor alemão alega que na Idade Média a morte era um assunto habitual e falado com abertura na vida quotidiana dos indivíduos, refutando, contudo a tese de que esta fosse encarada de forma pacífica. O receio de expiação após morte e a incerteza quanto à redenção da alma constituíram motivos de preocupação para indivíduos de todos os estratos sociais, no mencionado período histórico.

Nas sociedades ocidentais avançadas, a norma vigente aponta para a elisão da morte da vida quotidiana dos indivíduos, verificando-se uma propensão particular para encobrir este assunto junto das crianças. De facto, Norbert Elias sustenta o argumento de que foi nas sociedades contemporâneas que os moribundos foram segregados para as margens da sociedade de forma mais abrupta. Os “vivos”, recorrendo à expressão do autor alemão, tendem a ficar perturbados quando em presença de moribundos e denotam inaptidão para exprimirem sentimentos: *“No presente, aqueles que são próximos dos moribundos muitas vezes não têm capacidade de apoiá-los e confortá-los com a prova de sua afeição e ternura. Acham difícil apertar a mão de um moribundo ou acariciá-lo, proporcionar-lhe uma sensação de protecção e pertencimento, ainda. O crescente tabu da civilização em relação à expressão de sentimentos espontâneos e fortes trava suas línguas e mãos. E os viventes podem, de maneira semi-consciente, sentir que a morte é contagiosa e ameaçadora; afastam-se involuntariamente dos moribundos”* (Elias, 2001, p.36).

A actual posição dos indivíduos face à morte e a vontade que estes demonstram em mantê-la isolada e sonegada são fruto de um conjunto de particularismos intrínsecos das sociedades contemporâneas. O primeiro particularismo enunciado pelo autor alemão remete para o aumento da esperança média de vida que se registou nas referidas sociedades. Em segundo lugar, Norbert Elias cita a *“experiência da morte como estágio final de um processo natural”* (Idem, p.55), facto tornado possível pelos avanços que se fizeram sentir na medicina e pelo cumprimento de medidas higienistas. O terceiro particularismo prende-se com o aumento do grau de segurança em relação à violência originada por terceiros nas sociedades ocidentais. O padrão de monopólio no controlo

da violência alcançado nos Estados europeus nos últimos dois séculos permitiu exercer maior domínio sobre as paixões e subtrair, relativamente, a irascibilidade na vida social. Em último lugar, o autor alemão fez menção ao grau excessivo de individualização típico das sociedades ocidentais contemporâneas. Nestas sociedades tão complexas, os indivíduos apresentam um “*self íntimo*” que se aparta, na íntegra, do “*mundo externo*”, indiciando, em muitos casos, vivências de solidão e isolamento emocional. A experiência que estes indivíduos têm do acto de morrer evidencia uma relação estrita com a sua própria experiência de “*si*” enquanto sujeitos.

A fechar, Norbert Elias revisita o conceito de solidão, cujo campo semântico é muito extenso. Submetendo a exame algumas formas de solidão, o autor alemão enfatiza especialmente o processo pelo qual os moribundos vêm quebrado o seu vínculo social com o “*Outro*”.

No campo da Sociologia portuguesa, Graça Maria Carapinheiro tem-se notabilizado na produção de conhecimento acerca da saúde e da doença, áreas que investiga há mais de duas décadas.

No seu trabalho mais representativo, “*Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Poderes Hospitalares*” (1993), a investigadora portuguesa reflectiu sobre as dinâmicas e a essência da vida hospitalar, dando uma importância particular aos significados das práticas sociais dos profissionais de saúde e dos doentes, assim como à questão da procedência do poder médico no hospital.

Um dos propósitos de Graça Maria Carapinheiro foi distanciar-se da abordagem clássica da Sociologia da Saúde em redor da “*humanização dos hospitais*”, que tende a demarcar os processos e as relações sociais adjacentes à terapêutica hospitalar.

Neste sentido, a sua estratégia de pesquisa contemplou uma trajectória que partia da organização para culminar no doente, ainda que considerasse este último, apenas, mais um actor no mundo do hospital.

Graça Maria Carapinheiro desenvolveu o seu estudo em dois tipos de serviços hospitalares distintos, o serviço do hospital geral e o serviço do hospital universitário.

Entre outras questões, a investigadora portuguesa inferiu que a oposição entre os referidos serviços hospitalares se materializa em três níveis, o primeiro relativo à especialização das actividades médicas, o segundo respeitante à formação de clientelas próprias e o terceiro alusivo à obtenção de autonomia funcional e profissional perante o poder da administração. No decorrer do seu trabalho de campo, Graça Maria Carapinheiro constatou que o tecido social do serviço do hospital universitário denota

maior complexidade do que o serviço do hospital geral. No seio do serviço do hospital universitário os espaços e as práticas estão sujeitos a um controlo social mais intenso e, não obstante, a destriça entre actividades médicas e actividades técnicas é mais notória. Também, as formas de negociação entre os profissionais de saúde, e igualmente entre os profissionais de saúde e os doentes, revelam-se mais intrincadas no serviço do hospital universitário.

Por outro lado, a investigadora portuguesa comprovou o ascendente do poder-saber médico sobre o poder administrativo nas relações estabelecidas entre ambos nos múltiplos campos de acção do hospital. Em boa verdade, tanto o poder-saber médico como o poder administrativo se regem pela hierarquia de autoridade da instituição, no entanto o primeiro tem idoneidade para reprimir os desígnios de controlo social do segundo.

O estudo de Graça Maria Carapinheiro atendeu, de mais a mais, à situação dos enfermeiros e dos doentes no universo hospitalar. No que toca aos enfermeiros, cumprem o papel de intermediários entre médicos e doentes e, igualmente, entre o poder administrativo e o poder médico. Esta circunstância concreta levou a investigadora portuguesa a considerar o poder dos enfermeiros no hospital se verte num subpoder. Quanto aos doentes, alguns deles, em número reduzido, dispõem de saberes propensos a transfigurarem-se em formas de poder no espaço das enfermarias.

Manuel Villaverde Cabral et al. (2002) realizaram um ambicioso trabalho que teve em vista deslindar o parecer da população adulta de Portugal face ao sistema nacional de saúde e às políticas públicas da mesma esfera, sugestivamente intitulado *“Saúde e Doença em Portugal”*. Com base em diversos estudos internacionais sobre saúde, este grupo de investigadores construiu e aplicou um extenso inquérito a uma amostra de 2.537 indivíduos adultos portugueses, propiciando, assim, a almejada análise comparativa com outros países do mundo.

A apresentação dos resultados obtidos obedeceu a uma subdivisão em seis grandes domínios, o da morbilidade (inclinação dos indivíduos para a enfermidade), os dos hábitos de saúde, o das condições de acesso aos serviços de saúde públicos e privados, a utilização dos serviços de saúde públicos e privados, a avaliação dos utentes sobre os cuidados de saúde e, por último, as atitudes sociais dos indivíduos face à saúde, doença e medicina em sentido genérico.

Em relação ao primeiro grande domínio, Cabral et al. inferiram que a morbilidade é explicada pelos atributos sócio-económicos dos indivíduos, entre eles, a

idade, o sexo, a escolaridade, a classe social, o estatuto profissional, o rendimento familiar e a zona de residência. A título ilustrativo, o atributo idade demarca o grupo dos mais jovens do grupo dos mais velhos (neste estudo, os indivíduos com 50 e mais anos), sendo que os primeiros denotam menor inclinação para a morbilidade do que os segundos.

No âmbito do segundo domínio, o dos hábitos de saúde, o grupo de investigadores constatou que os indivíduos adultos portugueses se regem por padrões tradicionalistas e propendem a ignorar a prática de prevenção activa da doença, sobretudo os homens.

Considerando a dimensão do acesso aos cuidados de saúde, a maior parte da população inquirida afirma estar satisfeita com os serviços públicos de saúde em Portugal, pelo que dispõe de médico de família e tem o centro de saúde e o hospital sobremodo próximos da zona de residência.

No que se refere ao domínio da utilização dos serviços de saúde, Cabral et al. observaram que quase metade da população inquirida fez uso do serviço de urgências nos últimos três anos, ainda que a utilização do mencionado serviço se deva às carências dos centros de saúde, por um lado, e a estratégias levadas a cabo pelos indivíduos no intuito de serem atendidos de forma mais célere. Sem embargo, apurou-se que os indivíduos inquiridos tendem a servir-se, amiúde, da medicina privada, sobretudo como forma de suprir as lacunas do sistema público.

Levando em conta, doravante, a dimensão da avaliação dos utentes sobre os cuidados de saúde, a principal ilação a este respeito é a de que a relação com os médicos tem uma importância crucial para o funcionamento do sistema. A maioria dos indivíduos declara, com efeito, ter uma relação boa ou muito boa com o seu médico. De igual forma, a avaliação sobre as consultas hospitalares e o serviço de urgência é muito satisfatória.

Finalmente, no que se refere à dimensão das atitudes sociais face à saúde, doença e medicina, o grupo de investigadores apurou que, no início do século XXI, a saúde se cotava como a preocupação dominante dos portugueses, facto que se justifica quer pelo fenómeno de duplo envelhecimento populacional, quer por uma noção mais aprofundada do direito à saúde. Repare-se que esta primazia conferida pelos indivíduos à saúde surge articulada com uma imagem negativa veiculada pelos “*media*” sobre o sistema público de saúde, induzindo a uma apreciação também negativa do desempenho do governo nesta matéria.

Capítulo II – Sobre a Sida

A Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença provocada pela deterioração do sistema imunitário do corpo humano, por intermédio do vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Em bom rigor, o sistema imunitário do corpo humano realiza as funções de defesa natural e de defesa específica (Daudel e Montagnier, 1994).

A primeira, a defesa natural, concerne à destruição das células cancerosas por acção dos macrófagos e dos linfócitos assassinos.

A defesa específica abrange não apenas a destruição de corpos intrusos, como a instituição de uma defesa sistémica contra os mesmos. Na eventualidade do intruso ser um vírus que penetra uma dada célula, desencadeia-se, por norma, a sua reprodução por parasitismo. Os macrófagos estão encarregues de fagocitarem os corpos intrusos, expondo os antigénios destes à superfície. Os linfócitos T4 são as células do sistema imunitário que identificam os antigénios produzidos pelos corpos intrusos. Estas células têm a missão de efectivar um alerta geral ao organismo perante a ameaça de vírus, bactérias, parasitas e fungos (Pardal, 1996), produzindo “*mensageiros químicos*” conhecidos por citoquinas (Daudel e Montagnier, 1994).

Com efeito, o VIH consiste num retrovírus (isto é, um vírus composto por virões com um genoma constituído por ARN – ácido ribonucleico – e cujo processo de reprodução se opera mediante a enzima da transcriptase inversa) que ataca, preferencialmente, os linfócitos T4, conquanto actue, inclusive, sobre os macrófagos e algumas células dos gânglios e do cérebro (Idem).

Note-se que somente 1 linfócito entre 10.000 é contaminado pelo VIH, embora a esmagadora maioria dos outros linfócitos tenda a sucumbir de forma precoce. Devido a este fenómeno, a apoptose, o sistema de defesa imunitário dos indivíduos seropositivos danifica-se com celeridade considerável, propiciando-se, assim, a emergência de doenças oportunistas e tumores fatais nos mencionados pacientes (Idem).

A doença Sida é passível de ser transmitida por três vias, a sexual, a sanguínea e a peri-natal.

Relativamente à via sexual, as práticas de alto risco pressupõem o contacto com sangue ou sémen infectado. Incluem-se aqui as relações anal e vaginal passivas – sobretudo quando se verifica a ejaculação –, bem como a felação que implique o contacto com sémen (Glasel in Jr. et al., 1991).

Práticas como as relações anal e vaginal activas, o erotismo braquiorectal, o uso de anemas retais ou objectos sexuais, o contacto oral-anal e a felação que não implique contacto com sémen são consideradas de risco moderado (Idem).

As práticas sexuais de menor risco são o “*cunnilingus*”, o contacto com urina, a masturbação mútua abrangendo ejaculação sobre o parceiro e os beijos profundos (Idem).

No âmbito da transmissão heterossexual, a transmissão homem-mulher tem o dobro da eficácia da transmissão mulher-homem. Contudo, quando a mulher está numa fase avançada da doença, o risco de contágio é o mesmo (Montagnier, 1994).

A transmissão por via sanguínea processa-se por práticas como, por exemplo, a recepção de transfusões de sangue e a partilha de agulhas ou outros objectos cortantes. Nos EUA e na Europa, a partilha ou reutilização de seringas é a segunda via mais expressiva de transmissão do VIH.

Quanto à via peri-natal, a transmissão do VIH pode ocorrer quer por intermédio da placenta no período de gestação, quer no decurso do trabalho de parto, quer ainda através da amamentação depois do nascimento da criança (Malherbe e Zorrila, 1988; Steger in Libman et al., 1995).

Para terminar estas considerações introdutórias, a evolução da infecção pelo VIH compreende três fases distintas (Daudel e Montagnier, 1994; Montagnier, 1994; Steger in Libman et al., 1995; Lacerda, 1998; Geada, 1999).

A primeira fase consiste na “*primo-infecção*” ou “*fase precoce*”. Nesta fase, duas a dez semanas após o contágio, ocorre uma infecção viral aguda que se caracteriza pelo aparecimento de febre, erupções cutâneas, dores de cabeça, musculares e de garganta, e diarreias.

A segunda fase designa-se como assintomática, intermédia ou crónica, e pode estender-se por um período entre três a dez anos. Ainda que, por norma, o indivíduo não manifeste sintomas clínicos, está susceptível a transmitir o VIH. A parte final da fase assintomática é marcada pela emergência de sinais clínicos como a candidíase oral (afta), a febre, a astenia e a diarreia crónica.

A terceira fase é a Sida clínica. Trata-se de uma fase avançada e grave da doença, em que os indivíduos apresentam uma ou várias infecções oportunistas. Nos EUA, Canadá e Europa, a pneumonia por *Pneumocystis carinii* é a doença oportunista mais habitual, enquanto que em África é a tuberculose. O sarcoma de Kaposi é outra doença oportunista frequente que atinge, principalmente, os homossexuais.

1. O surgimento da doença Sida

Trabalhos desenvolvidos por cientistas sugeriram a hipótese de que os primeiros contágios pelo VIH tiveram lugar no continente africano, mais especificamente na África Central, na década de 30 do século XX, quando alguns indivíduos se feriram e entraram em contacto com o sangue infectado de chimpanzés (Castro e Lecour, 2006). De facto, crê-se que o VIH-1 procede do vírus da imunodeficiência do chimpanzé (SIVcpz).

Na década de 40 do referido século, porém numa área geográfica que abrange a Guiné-Bissau, o Senegal e a Gâmbia, mais indivíduos foram contaminados com o vírus da imunodeficiência símia – com destaque para as espécies do “*mangabey*”, do macaco verde e do mandril – (SIVsm), que se julga ser a fonte originária do VIH-2 (Essex in Jr. et al., 1991; Montagnier, 1994; Castro e Lecour, 2006).

Se a tese da génese animal do VIH continua envolta em dúvida (Montagnier, 1994), a da sua longevidade foi comprovada pela análise de uma amostra de sangue, datada de 1959, de um indivíduo natural de Kinshasa, na época, capital do Zaire – actual República Democrática do Congo – (Castro e Lecour, 2006; Teles e Amaro, 2006). Com efeito, a referida amostra sanguínea manifestou-se infectada pelo VIH-1.

Supõe-se que o primeiro caso de morte devido a Sida sucedeu em 1952, nos EUA, vitimando um indivíduo de 28 anos a quem foi diagnosticada uma pneumonia viral no momento do seu internamento no Baptist Memorial Hospital, em Memphis, no Tennessee. Até ao seu internamento, este indivíduo fora sempre saudável. Através do reexame das imagens obtidas pela biópsia pulmonar, Herwig Hamperl, um patologista alemão, identificou, volvidos alguns anos, marcas de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (Grmek, 1994).

Na Europa, o pretenso primeiro caso de morte com indícios clínicos de Sida aconteceu em 1959, na cidade de Manchester, no Reino Unido, com um marinheiro de 25 anos. Tal como no caso do indivíduo norte-americano falecido em 1952, o marinheiro inglês tivera sempre óptima saúde, na sua experiência particular, até Dezembro de 1958. A partir daí apresentou sintomas de fadiga persistente, perda de peso, febre nocturna, tosse com expectoração, dispneia de esforço, agudizados com o posterior desenvolvimento de hemorróidas, ulcerações perianais, no nariz e lábios, acabando por sucumbir em Setembro de 1959. A autópsia indicou uma pneumonia intersticial, a que se acrescentam inclusões citomegálicas e quistos de *Pneumocystis*

carinii. Na medida em que representou um caso raro de conjugação de citomegália com pneumocistose num indivíduo adulto, foi alvo de publicação na revista *Lancet*, em Outubro de 1960 (Idem).

Segundo Maria Fátima Geada (1999), existem duas teorias para explicar o surgimento da Sida. Uma delas sustenta a ideia de que a doença existiu desde sempre e a sua difusão é fruto de uma mudança nas condutas sexuais registada nos anos 70 do século XX. A outra teoria coloca a tónica na devastação ambiental, em particular, a destruição de florestas tropicais, como razão determinante para o irromper da doença.

Foi em Junho de 1981, designadamente na cidade de Atlanta, nos EUA, que se publicou o primeiro artigo versando sobre a emergência de uma doença infecciosa inédita no *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, um boletim editado pelos Centros para Controlo de Doenças (Centers for Disease Control – CDC –). A redacção deste artigo do boletim *MMWR* foi suscitada pela ocorrência simultânea de casos invulgares de doenças oportunistas (em particular, a pneumonia por *Pneumocystis Carinii* e o sarcoma de Kaposi) que afligiram jovens homossexuais norte-americanos das cidades de Los Angeles, San Francisco e Nova Iorque, no ano de 1980 (Steger in Libman et al., 1995; Bastos, 2002; Prusiner, 2002).

Nesta fase preambular, a nova síndrome emergente foi percebida pelos investigadores e pela opinião pública como uma doença exclusiva dos grupos homossexuais, tendo sido apelidada, provisoriamente, como “*pneumonia gay*”, “*cancro gay*” ou “*peste gay*” (Grmek, 1994). Alguns grupos religiosos, e mesmo alguns jornais médicos prestigiados, veicularam a opinião de que constituiria uma maldição de Deus contra os homossexuais (Giddens, 2002).

No mês de Julho de 1982, notificaram-se casos de patologias semelhantes às dos jovens homossexuais afectando indivíduos haitianos, hemofílicos e utilizadores de drogas injectáveis, nos EUA. Perante isto, os CDC identificaram quatro grupos de risco, portanto, os homossexuais, haitianos, hemofílicos e utilizadores de drogas injectáveis. Por esta altura, os epidemiologistas norte-americanos adoptaram a expressão “*doença dos 4 H’s*” para denominar a síndrome em rápida expansão – certos epidemiologistas incluíram as “*hookers*” (prostitutas) como um quinto grupo de risco – (Grmek, 1994).

Em Setembro de 1982, os CDC introduziram a expressão AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome – SIDA, nos países de tradição latina) no léxico médico, termo que se mantém até à actualidade. A escolha desta expressão foi influenciada pela similitude da doença com as síndromes de base genética, optando-se pelo termo

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida para a demarcar das situações hereditárias. Todavia, a origem da doença Sida era ainda uma incógnita neste período (Castro e Lecour, 2006).

Até ao fim do ano de 1982 registaram-se os primeiros casos de Sida em mulheres (contaminadas por via sexual) e em lactentes (contaminados por via sanguínea e por via peri-natal). A doença Sida alastrava-se, deste modo, a outros grupos da população, ganhando dimensões de epidemia à qual todos os indivíduos estavam vulneráveis (Idem).

Em Abril de 1983, finalmente, Luc Montagnier, um investigador do Instituto Pasteur de Paris descobriu o agente que provoca a doença. Luc Montagnier (1994) teve o mérito de isolar o vírus por meio da extracção de um gânglio cervical de um jovem homossexual em fase prematura de infecção e denominou-o com a sigla LAV (*“Lymphadenopathy Associated Virus”* – *“Vírus Associado a Linfadenopatia”*). O LAV identificado pelo médico e virologista francês denotava características de transcriptase inversa e correspondia a um retrovírus humano.

No parecer de Luc Montagnier e dos demais investigadores franceses, o LAV apresentava uma estrutura sobremodo distinta do HTVL (*“Human T-cell Lymphotropic Virus”* – *“T-Linfotrópico Humano Tipo III”*) o primeiro retrovírus a ser descoberto, feito que coube a Robert Gallo, investigador do Instituto Nacional de Cancro (NCI) dos EUA, em 1980. Nesta congruência, os investigadores do Instituto Pasteur de Paris definiram o LAV como um *“lentivírus”*, muito semelhante ao da anemia infecciosa do cavalo (Idem).

Sem qualquer propósito, a 28 de Abril de 1984, a Secretária de Estado da Saúde e da Educação norte-americana Margaret Heckler anunciou em directo pela televisão a descoberta do HTVL-III (no fundo, uma denominação diferente do vírus LAV identificado por Luc Montagnier) por intermédio de Robert Gallo e sua equipa de investigadores do NCI, garantindo ainda a produção de uma vacina contra a Sida num prazo limite de dois anos (Grmek, 1994; Montagnier, 1994; Bastos, 2002).

Ressalve-se, que Robert Gallo e a respectiva equipa de investigação tiveram acesso a três amostras do vírus LAV antes de isolarem o HTVL-III. A primeira delas foi levada pessoalmente por Luc Montagnier a Robert Gallo, a pedido deste, em Julho de 1983. Dois meses depois, sob o pretexto de que a amostra de Julho permaneceu inerte, Robert Gallo solicitou o envio de mais dois exemplares do vírus LAV ao médico e virologista francês (Montagnier, 1994).

Ganhava, assim, forma uma contenda entre investigadores franceses e investigadores norte-americanos, clamando ambos pela autoria da descoberta do agente que origina a Sida.

De facto, exames serológicos realizados posteriormente comprovaram que o LAV e o HTLV-III são semelhantes. Apesar disto, Robert Gallo e o contingente político dos EUA insistiram em manter a designação HTLV-III. A própria O.M.S. optou por utilizar o termo conexo LAV/HTLV-III, durante algum tempo. A fim de pôr termo à disputa entre investigadores franceses e investigadores norte-americanos, institui-se a sigla HIV (“*Human Immunodeficiency Virus*”) através de uma comissão de nomenclatura virológica, no ano de 1986 (Grmek, 1994).

Em 1987, foi homologado o primeiro fármaco anti-retrovírico, a azidotimidina (AZT), pela Food and Drug Administration (Steger in Libman et al., 1995). Pese embora a esperança inicial que o novo fármaco infundiu nos doentes de Sida, acabou por se registar o fracasso terapêutico da azidotimidina devido ao desenvolvimento de resistências por parte dos pacientes (Castro e Lecour, 2006).

Nesse mesmo ano de 1987, a O.M.S. contabilizava já 95.000 casos de Sida em todo o mundo, quando em 1985 o número total rondava os 12.000 doentes. Em 1988, ascendeu aos 145.000 casos, excedendo os 200.000 no ano seguinte. Repare-se que estes dados da O.M.S. se reportam, tão-somente, aos casos declarados de Sida. No ano de 1989, o director do Programa Mundial de Luta Contra Sida, Jonathan Mann avançou com uma estimativa de 500.000 doentes de Sida e 10.000.000 de casos de indivíduos infectados pelo VIH em todo o mundo. Nesta época, os EUA eram o país mundial onde se verificava maior incidência de casos declarados de Sida, um total de 85.000, em 1988. Na Europa, o número de doentes de Sida situava-se nos 30.000, em 1989. Entre os países europeus, a França registava o maior contingente de infecções por VIH, 8.800 casos, em 1989. Já em África, eram 60.000 os casos de Sida notificados pela O.M.S., no ano de 1989 (Grmek, 1994).

Ora, a epidemia da Sida, diz Luc Montagnier (1994), conheceu três vagas distintas de evolução, quer em termos geográficos, quer também em termos cronológicos.

Assim, a primeira vaga ocorreu no fim da década de 70 do século XX, afectando os EUA, o Canadá, a Austrália, a Europa Ocidental e o Norte de África. A transmissão da doença sucedia por via sexual, designadamente as relações homossexuais e bissexuais, e sanguínea, em especial a partilha de agulhas.

A segunda vaga teve lugar em África, no início dos anos 80 do século XX. Esta vaga caracterizou-se pelo ímpeto das contaminações heterossexuais e pelo crescimento brusco do número de mulheres infectadas, mais concretamente na África subsariana.

Em meados dos anos 80 do século XX irrompeu a terceira vaga de desenvolvimento da epidemia Sida que afligiu os países da Ásia, da Europa Oriental e do Médio Oriente.

No ano de 1995, o número total de indivíduos infectados pelo VIH a nível mundial atingiu os 20 milhões. O ano seguinte, 1996, foi marcado pelo lançamento de novos fármacos anti-retrovíricos com um nível considerável de eficácia, os inibidores da protease e a nevirapina, um inibidor não nucleosídico da transcriptase inversa. Desta forma, o ano de 1996 foi um marco de ruptura na história da doença, na medida em que, abonam Castro e Lecour, *“a Sida passou de uma patologia inexoravelmente fatal a curto prazo para uma doença de evolução crónica”* (Castro e Lecour, 2006, p.10).

Em 1998, surgiu o efavirenze, mais um inibidor não nucleosídico da transcriptase inversa. Por esta altura, as combinações triplas de fármacos revelavam-se bastantes eficazes em termos da cessação da multiplicação viral, facto que surtiu um efeito positivo na diminuição da mortalidade (Lacerda, 1998; Castro e Lecour, 2006).

Mesmo assim, no ano 2000, o contingente mundial de indivíduos seropositivos cifrava-se nos 36 milhões, dos quais 94% eram naturais de África, Ásia do Sul e Sudeste, América Latina e Caraíbas (Bastos, 2002). Volvidos dois anos, a doença Sida era a primeira causa de morte em indivíduos com uma idade situada entre os 15 e os 59 anos no panorama mundial (Castro e Lecour, 2006). Em 2006, o número de casos de Sida em todo o mundo era de 40 milhões (Idem). No ano seguinte, pela primeira vez desde o surgimento da epidemia, verificou-se uma redução de casos de indivíduos infectados pelo VIH que, segundo a estimativa da O.M.S., se fixava nos 33 milhões (UNAIDS, 2008). A O.M.S. explicou esta redução extraordinária de casos de seropositividade no mundo pela maior eficácia dos programas de prevenção e tratamento, por um lado, e pela adopção de metodologias de cálculo do coeficiente de infecções mais fiáveis. Em países como o Burkina Faso, os Camarões, o Gana, o Uganda e a Zâmbia observaram-se mudanças determinantes em termos da conduta sexual dos indivíduos, especialmente entre os jovens, que denotam uma tendência para iniciarem a sua vida sexual numa idade mais avançada (Idem).

Em concreto, foi por meio da terapêutica anti-retroviral altamente eficaz (HAART), uma inovação do ano de 1996, que a qualidade de vida dos indivíduos

seropositivos mudou de forma radical, podendo estes retardar o surgimento das doenças oportunistas associadas à Sida (Fernandes e Engelhardt, 2007).

A doença Sida pressupõe um regime terapêutico sobremodo intrincado e perpétuo, intimando os pacientes a uma adesão rigorosa pautada pela perseverança e pela capacidade organizativa.

Dado o cariz crónico e assintomático da doença Sida, a adesão à terapêutica anti-retroviral (ARV) por parte de indivíduos infectados pelo VIH patenteia, por norma, alguma debilidade, na medida em que a conexão entre a toma da medicação e o efeito desta não é imediatamente perceptível. O número de comprimidos a tomar, o plano e a regularidade das tomas, as mutações ao nível das práticas diárias, os efeitos secundários da medicação e a própria duração da terapêutica são factores que influenciam directamente a adesão ao tratamento ARV.

Até ao ano de 1996, os indivíduos infectados pelo VIH tinham que ingerir um número muito elevado de comprimidos (vinte a trinta) diariamente, um facto, por si só, melindroso, que podia ser agravado quando o programa de terapia contemplava tomas variáveis de comprimidos, diversificação do regime alimentar e uma adaptação do padrão do dia e da noite. A partir da mencionada data, a quantidade de comprimidos e o plano de tomas diárias da terapêutica ARV foi reduzido consideravelmente. Ao mesmo tempo, os seus efeitos secundários foram minimizados (Idem).

O acesso à terapêutica ARV tem constituído um sério problema nos países subdesenvolvidos, nos últimos doze anos (UNAIDS, 2008). Dados referentes aos primeiros meses do ano de 2008, indicam que nesses países cerca de três milhões de seropositivos estão a receber tratamento anti-retroviral hoje em dia. Na Namíbia, por exemplo, a taxa de indivíduos seropositivos a receberem tratamento para o VIH aumentou de 1%, em 2003, para 88%, em 2007. No mesmo sentido, o Camboja aumentou a referida taxa de 14%, em 2004, para 67%, em 2007. Uma menção especial ainda para o facto de que cento e cinco países subdesenvolvidos definiram a meta de garantir o acesso universal da população seropositiva ao tratamento ARV até ao ano de 2010 (Idem).

Com toda a certeza, a Sida é uma doença que conglobera particularidades de “*estigma*”, desde o seu surgimento (Giddens, 2002). Segundo Erving Goffman, o conceito de “*estigma*” alude a um “*processo social de dois papéis*”, o de estigmatizado – ou seja, o indivíduo que, em virtude de deformações físicas, “*culpas de carácter individual*” ou características tribais transmitidas por hereditariedade, não usufrui de

uma “*aceitação social plena*” – e o de normal – por outras palavras, o indivíduo que age de acordo com as expectativas normativas da sociedade –, representados, ao mesmo tempo, por todos os actores sociais, pelo menos em determinados momentos dos seus trajectos biográficos (Goffman, 1988).

A Sida tem uma natureza infecciosa e, nesta congruência a atitude corrente da população “*saudável*” – os indivíduos “*normais*”, na terminologia de Goffman – perante os seropositivos – os indivíduos “*estigmatizados*”, seguindo a proposta do mesmo autor – é de afastamento. Os preconceitos negativos em relação aos doentes de Sida foram particularmente evidentes no início a década de 80 do século XX, momento de emergência da epidemia, como dá conta Cristiana Bastos: “*Na figura do doente de Sida, ou do potencial doente, sobrepunham-se os estereótipos do perverso, culpado, castigado, moribundo. Muitas vezes, rejeitados e negligenciados pelos serviços de saúde e pelas famílias, no trabalho e na habitação, os portadores da doença eram levados a fazer segredo do seu estado de saúde e seropositividade*” (Bastos, 2002, p.42).

Foi anteriormente frisado que a Sida foi ponderada, de início, como uma doença própria dos homossexuais. Na tentativa de descobrir o agente causal da Sida, os CDC dos EUA aplicaram um rigoroso inquérito, no ano de 1981, a dois terços dos doentes declarados, homossexuais das cidades de Nova Iorque (esta cidade concentrava mais de metade dos casos registados de Sida), Los Angeles e San Francisco. No âmbito desta amostra, 70% dos indivíduos eram brancos, 16% hispânicos e 14% negros. A sua idade média era de 37 anos. A única ilação decorrente deste inquérito foi a de que a promiscuidade homossexual representava um comportamento de risco (Grmek, 1994).

Luc Montagnier (1994) explica a prevalência inicial da doença Sida entre os homossexuais devido à alta taxa de eficácia de transmissão do VIH nas relações sodómicas – em especial, a prática ano-genital –, por um lado, e ao facto de determinados homossexuais se envolverem com um número muito elevado de parceiros no princípio da década de 80 do século XX, por outro.

A imprensa norte-americana começou a abordar a questão da Sida no Verão de 1983 (Grmek, 1994). Logicamente, os homossexuais foram o único grupo visado a princípio pela imprensa norte-americana, que sugeria que o flagelo que se abatia sobre estes indivíduos era uma consequência da sua pretensa conduta sexual depravada. Esta cobertura jornalística discriminatória e parcial foi tanto mais grave quanto os CDC constataram que no ano de 1983 o número de doentes heterossexuais crescera para os

25% (Giddens, 2002). Os toxicodependentes constituíram, igualmente, um alvo fácil de aviltar para a imprensa e para a opinião pública nos EUA. O estereótipo do consumidor de droga era o de um marginal com uma existência parasitária que vagueava nos grandes núcleos urbanos. Em razão do seu vício, era de toda a justiça os toxicodependentes serem portadores da doença. Em 1983, 17% dos seropositivos norte-americanos eram consumidores de drogas injectáveis. Já os haitianos foram categorizados pelos norte-americanos como a fonte da doença Sida. O Haiti era um país caracterizado pelo pauperismo e por condições de salubridade lastimáveis, e Port-au-Prince, a capital, um ponto de referência do turismo sexual até ao início dos anos 80 do século passado. Os imigrantes haitianos eram o símbolo maior da pobreza nos EUA e, de uma forma genérica, mal aceites neste país (Grmek, 1994).

Hoje em dia, a doença Sida afecta maioritariamente a população heterossexual. Graças às campanhas de informação e difusão de material educativo sobre a Sida, os seus modos de transmissão e terapêutica, as representações sociais das populações das sociedades ocidentais acerca desta doença têm vindo a modificar-se num sentido positivo (Fernandes e Engelhardt, 2007). De facto, um número considerável de indivíduos assume não ter qualquer receio, actualmente, de estar na presença de pessoas seropositivas. Todavia, os doentes de Sida preferem revelar a sua seropositividade apenas ao grupo de amigos mais chegados ou à família, temendo situações de discriminação (Idem), mormente em meio laboral.

2. O fenómeno da Sida em Portugal

Os primeiros casos de Sida que foram registados em Portugal remontam ao ano de 1983 (Teles e Amaro, 2006; CNIS, 2007). À semelhança do que aconteceu noutros países europeus que tiveram colónias em África, os indivíduos portugueses a quem foi detectada inicialmente a infecção contraíram o vírus em território africano (Grmek, 1994; Teles e Amaro, 2006).

Em 1985, foi criado em Portugal o Grupo de Trabalho da Sida, com o intuito de fazer o ponto da situação da doença no país. Um relatório tornado público por esta instituição no fim do mesmo ano revelava que haviam 21 casos de Sida registados em Portugal. No âmbito destes 21 casos, dois indivíduos, um homem e uma mulher, tinham feito vida em Angola e no Congo, e um outro era de nacionalidade cabo-verdiana e a

sua seropositividade já havia sido detectada em França. O grupo com maior expressão da reduzida população de 21 doentes de Sida em Portugal, em 1985, era, com efeito, o dos homossexuais e bissexuais (66,6%), seguindo a tendência dos EUA e dos restantes países europeus (Teles e Amaro, 2006).

No ano de 1986, foi descoberto o VIH-2, um feito que contou com o contributo directo de Maria Odete Santos Ferreira, uma bióloga portuguesa (Daudel e Montagnier, 1994; Grmek, 1994). A fim de conhecer a técnica de isolamento do vírus, Maria Ferreira deslocou-se ao Instituto Pasteur, na cidade de Paris, em Outubro de 1985, e, na altura, levou uma amostra sanguínea de um indivíduo natural da Guiné-Bissau. Este indivíduo manifestava indícios clínicos de Sida e recebia tratamento no Hospital Egas Moniz, em Lisboa, desde o princípio do ano de 1985 (Grmek, 1994). Concluiu-se, depois, que o sangue do indivíduo oriundo da Guiné-Bissau estava contaminado pelo VIH-2, um retrovírus cuja estrutura é idêntica à do VIH-1, diferindo, porém, quanto ao código genético (Daudel e Montagnier, 1994).

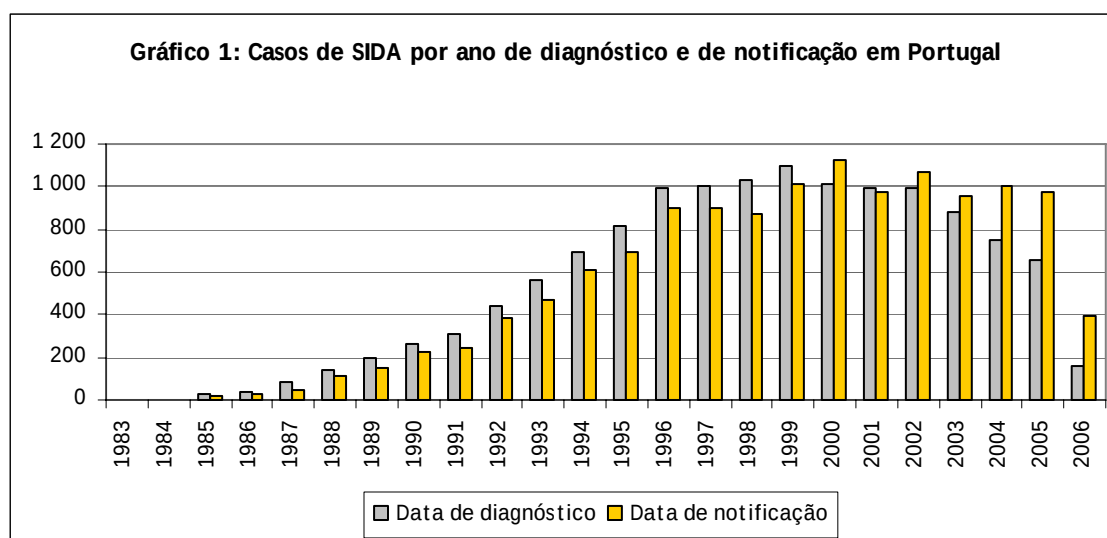
Também em 1986, houve registo de 4 casos de hemofílicos contaminados com o VIH, em Portugal. A Associação Portuguesa de Hemofílicos justificou este episódio e os subsequentes com base no argumento de que procederam de produtos contaminados derivados do plasma humano utilizados em hospitais públicos. Até ao fim do ano de 1987, mais 30 indivíduos hemofílicos foram contaminados com o VIH, facto que valeu uma queixa-crime contra a Ministra da Saúde Leonor Beleza, num processo que só foi encerrado em 2003 com o pagamento de uma indemnização por parte do Estado a estes sujeitos (Teles e Amaro, 2006).

Em Portugal, a problemática da Sida foi encarada com notável brandura pelo poder político e pelos organismos especializados para combater a doença ao longo de toda a década de 80 do século XX, uma atitude única entre os países europeus.

Por seu turno, a comunicação social portuguesa, tal como a congénere norte-americana, deu ênfase à conexão da doença aos grupos de risco, em concreto os homossexuais e os toxicodependentes (Idem).

Na continuação, os anos 90 foram um período negro em Portugal ao nível da notificação de casos de Sida.

Com efeito, entre 1994 e 1995, foram registados mais de 600 casos de Sida por ano, e entre 1996 e 1998, mais de 800. O ano de 1999 foi o mais conturbado no país no decurso da década de 90, com mais de 1.000 casos de Sida a serem notificados, conforme se pode visualizar no **Gráfico 1**.



Fonte: INE

Em 2002, o Instituto Nacional de Saúde diagnosticou cerca de 995 casos de Sida em Portugal, sendo o país com maior taxa de incidência da União Europeia, seguido da Espanha (INE, 2003). No ano seguinte, Portugal registava um total de 10.105 casos de Sida declarados desde o início da epidemia, no ano de 1983. A esmagadora maioria dos indivíduos contaminados no país (83,2%) entre 1983 e 2003 era do sexo masculino (Idem).

Em 2005, o contingente de indivíduos portadores do VIH em Portugal ascendeu aos 28.370, dos quais 12.702 (44,8%) consistiam em efectivos casos de Sida e 13.066 (46,1%) em casos de portadores assintomáticos (Teles e Amaro, 2006). Finalmente, em Setembro de 2007, o número de casos de VIH/Sida no país fixou-se nos 32.205 (CNIS, 2007).

Segundo os critérios da O.M.S., em Portugal, a epidemia da Sida assume uma feição concentrada. No total da população, a incidência da doença apresenta um valor inferior a 1%. Contudo nos grupos dos utilizadores de drogas injectáveis e dos reclusos ultrapassa os 5% (Idem).

Em Portugal, morrem por ano cerca de 1000 pessoas vítimas de Sida. Nos dias que correm, a transmissão heterossexual é a mais significativa (51,5%), tendo relegado a transmissão parentérica (36,4%) para segundo lugar (consultar **Gráfico 2**, remetido para Anexo). A transmissão homossexual masculina surge em terceiro lugar com um valor de 11,5% e a transmissão mãe-filho em quarto, com um valor de 0,6%. Já a transmissão decorrente de transfusões sanguíneas e dádiva de órgãos deixou de existir em Portugal, fruto de uma política de segurança de sangue eficaz (Idem).

Centrando a atenção na Região Norte de Portugal, entre os anos de 1983 e 2006, foram notificados 3.468 casos de Sida, de que resultaram 1.723 óbitos (consultar **Quadro 1**, remetido para Anexo). O Distrito do Porto foi o que acumulou maior número de casos de Sida (2993) e de óbitos (1500), no mencionado período (INE, 2006).

3. Serviços e equipamentos de apoio a doentes de VIH/Sida na cidade do Porto

Com base na tipologia de Alexandra Lopes (Lopes in Fernandes, 2002), será feito, de seguida, um breve levantamento dos serviços e equipamentos públicos e privados sem fins lucrativos existentes na cidade do Porto para prestar auxílio a indivíduos seropositivos. A respeito dos equipamentos públicos, a autora imprime uma demarcação entre os equipamentos de saúde e os equipamentos sociais (Idem).

No Porto, os equipamentos públicos directamente especializados para assistirem pessoas seropositivas são o Hospital de Joaquim Urbano, o Hospital Geral de Santo António e o Hospital de São João, se bem que qualquer hospital da cidade atenda este tipo de doentes.

O Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.) é o centro de tratamento de doenças infecciosas mais importante da cidade do Porto (Fernandes e Engelhardt, 2007). A fundação deste hospital remonta ao ano de 1884. Na época, denominava-se Hospital Goelas de Pau e o seu propósito era o isolamento e tratamento de doentes que sofriam de cólera. No ano de 1899, passou a designar-se Hospital Senhor do Bonfim e, em 1914, recebeu o nome Joaquim Urbano. Tratou-se de um reconhecimento do trabalho do Dr. Joaquim Urbano da Costa Ribeiro, o primeiro director deste serviço hospitalar e figura de proa da medicina portuguesa na área da Saúde Pública.

Foi em 1985 que o H.J.U. atendeu o primeiro indivíduo seropositivo. A partir daí, o grosso da actividade levada a cabo no hospital centrou-se na infecção pelo VIH. Em 2006, o serviço de Infeciologia do H.J.U. realizou um total de 16.191 consultas, dispondo de uma lotação de trinta camas cuja taxa de ocupação foi de 56,50%.

É importante sublinhar que o H.J.U. compreende o Centro de Terapêutica Combinada (C.T.C.), uma unidade apta a acompanhar e tratar utilizadores de drogas injectáveis portadores do VIH. Nesta unidade, os pacientes tomam a medicação anti-

retrovírica, anti-bacilar e metadona diariamente, mediante a observação atenta de profissionais de saúde. No ano de 2006, o C.T.C. do H.J.U. teve um registo de 62.999 sessões (H.J.U., 2008).

O Hospital Geral de Santo António (H.G.S.A.) abrange, igualmente, uma Unidade de Infecçiology habilitada para consultas e internamento de pessoas seropositivas, uma valência do Serviço de Medicina B2. Deve, ainda, ser realçado que o Serviço de Imunologia do H.G.S.A., na sua valência assistencial, desenvolve a actividade de diagnóstico laboratorial em imunopatologia, onde figura o diagnóstico e monitorização de imunodeficiências primárias e secundárias.

No que toca ao Hospital de São João, tal como o H.J.U e o H.G.S.A., inclui a especialidade médica de doenças infecciosas. Este hospital é o maior da Região Norte e o segundo de Portugal, servindo como ponto de referência para os distritos do Porto, Braga e Viana do Castelo.

Na cidade de Vila Nova de Gaia, que pertence à Área Metropolitana do Porto, o Hospital Santos Silva está dotado de uma Unidade de Doenças Infecciosas. O Hospital Santos Silva é o maior de Vila Nova de Gaia, prestando assistência a uma população de cerca de 300.000 indivíduos (Fernandes e Engelhardt, 2007).

Relativamente aos serviços e equipamentos sociais, estes têm uma natureza mista, sendo fruto de acordos entre a Segurança Social e as IPSS's, protocolos entre a Comissão Nacional para a Infecção VIH/Sida (CNIS) e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), e candidaturas aos programas da CNIS (Reis e André, 2003). Os serviços sociais de apoio às vítimas de Sida e suas famílias subdividem-se em três grandes grupos, o Apoio Domiciliário, Centros de Acompanhamento e Apoio Residencial (Idem). Convém salientar, também, que os doentes de VIH/Sida gozam de um esquema de protecção social específico, com atribuição do direito à pensão de invalidez – DL nº 216/98, de 16 de Julho – e têm direito ao Rendimento Social de Inserção – Lei 13/03 de 21 de Maio – (Idem), benefício que visa cobrir as necessidades básicas e incrementar a inclusão social (Capucha, 2005).

Por fim, atendendo, em exclusivo, aos serviços e equipamentos privados sem fins lucrativos que actuam na Área Metropolitana do Porto, a Organização Não Governamental (ONG) que disponibiliza serviços de apoio a doentes de VIH/Sida de forma mais abrangente é a Abraço, mais especificamente a Delegação Norte. Esta associação foi fundada no ano de 1992 enquanto instituição privada de solidariedade social (IPSS). Presentemente, a acção da Abraço engloba sete áreas de intervenção

social, a saber, a informação, a formação, o apoio directo ao utente pessoal, apoio a menores, apoio técnico especializado, apoio hospitalar e prevenção. Para a Região Norte, a Abraço tem três projectos em curso, o Programa de Apoio Domiciliário – Centro João Carlos – (PAD), a Casa de Acolhimento e o Gabinete e Apoio ao Utente. O PAD destina-se a doentes de VIH/Sida dependentes, moderadamente dependentes e indivíduos que tiveram alta clínica e estão privados em termos sócio-económicos. Já a Casa de Acolhimento é um projecto que assiste um número máximo de quatro indivíduos que vivem numa situação de precariedade. Para concluir, o Gabinete e Apoio ao Utente é um serviço especializado para o auxílio de doentes de VIH/Sida nas vertentes psicológica, jurídica, económica, aconselhamento geral, massagens, consultas anti-tabagismo, entre outros (Abraço, 2008).

4. Alguns estudos académicos referentes à temática da Sida

Pela preponderância que assumiram em termos da malha teórica desta investigação, os primeiros estudos a serem apresentados no presente subcapítulo são os de Paulo Caldeira (1995) e Janice E. Nichols et al. (2002).

Paulo Caldeira realizou uma copiosa pesquisa relativa ao processo de reconstrução de identidades sociais e modos de inclusão social de indivíduos infectados pelo VIH/Sida residentes na cidade de Lisboa, na qual foram afloradas as lógicas e estratégias que estas pessoas levaram a cabo na experimentação da seropositividade.

Ora, a amostra do estudo de Paulo Caldeira incluiu cinco indivíduos infectados por intermédio de contactos homossexuais masculinos, cinco indivíduos toxicodependentes infectados através da partilha de seringas, três indivíduos infectados por meio de contactos heterossexuais e um indivíduo infectado devido a contactos com produtos derivados de sangue.

No que toca ao processo de reconstrução das identidades sociais, o autor português atendeu tanto às lógicas estratégicas como às lógicas sistémicas. Estas últimas ganham substrato por meio dos referenciais da cultura dominante. Efectivamente, os estereótipos veiculados pela cultura dominante acerca da Sida são determinantes na reconstrução das identidades sociais das pessoas seropositivas. No decurso da sua pesquisa, Paulo Caldeira verificou que há uma incoerência entre as identidades sociais assumidas pelos indivíduos seropositivos e as identidades sociais

que lhes são atribuídas pelos “*Outros*”, em geral. A formação de grupos de pertença por parte dos indivíduos seropositivos resulta, entre outras causas, do antagonismo existente entre as identidades sociais assumidas e atribuídas. Então, argumenta o autor português, a inscrição na categoria social seropositivos e a partilha da seropositividade ocasionam a formação de grupos de pertença, que funcionam como a força motriz dos processos de construção das identidades sociais. Os referidos processos desenvolvem-se nos domínios praxeológico, representacional e imaginário.

Segundo pôde apurar Paulo Caldeira, a experimentação da seropositividade substancia-se em fases múltiplas que variam entre os pólos da rejeição e aceitação da doença. A primeira fase da experimentação da seropositividade é marcada pela emergência das ideias de morte e de redução da esperança de vida (recorde-se que no momento em que o autor português realizou a sua pesquisa, a Sida ainda não era considerada uma doença crónica). No plano psicológico, os indivíduos seropositivos vivem um período de desequilíbrio emocional e propendem para o isolamento. Com isto, tem lugar uma ruptura no quotidiano dos indivíduos seropositivos, tanto em termos das práticas sociais, como das representações e do imaginário. O processo de experimentação da seropositividade é influenciado por factores como o apoio familiar e de amigos, os recursos culturais dos indivíduos, as representações sociais sobre a doença e o apoio das Organizações Não Governamentais (ONG’s).

Paulo Caldeira deu uma ênfase particular à questão das representações acerca da seropositividade e da Sida no âmbito da reconstrução das identidades sociais destes actores. A este respeito, identificaram-se quatro tipos fundamentais de representações sociais sobre a Sida e a seropositividade, a saber, a “*negatividade social*”, a “*letalidade*”, o “*sofrimento*” e a “*longevidade*”. Precisamente as estratégias e lógicas de actuação dos indivíduos face à seropositividade decorrem da junção entre as representações e as práticas sociais. Na sua investigação, o autor português detectou cinco tipos de estratégias e lógicas de actuação, são elas, a de “*derrota*”, a de “*união*”, a da “*adopção de uma boa qualidade de vida*”, a de “*camuflagem*” e a de “*investimento em novos saberes*”. A estratégia de “*derrota*” é característica da fase inicial de experimentação do contágio pelo VIH, em virtude das representações sociais negativas acerca da doença prevalecentes na sociedade. As outras quatro estratégias revelam tentativas de encarar a questão da doença com um sentimento positivo. Assim, os portadores do VIH podem optar por criar laços com pessoas que partilhem as mesmas experiências (estratégia de “*união*”), encobrir a sua seropositividade

(designadamente em contexto laboral – estratégia de “*camuflagem*”), preservar a saúde no intuito de contrariar as doenças infecciosas (estratégia de “*adopção uma boa qualidade de vida*”), ou, inclusive, por adquirir novos saberes e competências em áreas do seu interesse (estratégia de “*investimento em novos saberes*”).

Para concluir, Paulo Caldeira deteve-se, ainda, na análise das ONG’s, quer enquanto espaços que enformam uma cultura intrínseca, quer enquanto sistemas de acção colectiva. Na realidade, as ONG’s, ao promoverem a formação de solidariedades entre os indivíduos seropositivos, desenvolvem uma matriz cultural específica, com um sistema simbólico, valores e representações sociais, também eles, peculiares. Esta micro-cultura social foi apelidada pelo autor como “*cultura da seropositividade*”. Por outro lado, as ONG’s actuam como forças de pressão em relação às lógicas do sistema social (incitando, por exemplo, os indivíduos seropositivos a reivindicarem os seus direitos e a contraporem-se à discriminação) e põem em curso estratégias que visam satisfazer interesses próprios.

Janice E. Nichols et al. (2002), um grupo de investigadores norte-americanos, levaram a efeito uma investigação aprofundada centrada no impacto do contágio do VIH em indivíduos adultos de meia-idade e idosos, que intitularam “*Aging with HIV*”.

O estudo de Janice E. Nichols et al. começou a ser delineado nos anos de 1995-1996, altura em que membros da coligação de serviços de apoio a seropositivos People Living With HIV (PLWHIV) e do Instituto de Saúde Mental da Universidade do Sul da Flórida se reuniram para confrontarem experiências e observações sobre indivíduos adultos de meia-idade e idosos contaminados pelo VIH. As grandes inferências da reunião entre as duas entidades foram as de que o número de casos de infecção pelo VIH em adultos de meia-idade e idosos estava a crescer e de que estes pacientes tinham necessidades distintas dos seropositivos mais jovens. Após uma revisão do estado da arte sobre a infecção pelo VIH em indivíduos de meia-idade e idosos que se revelou insuficiente, a coligação PLWHIV tomou a decisão de efectuar uma pesquisa junto desta população antes de avançar com um programa de assistência à mesma, encomendando o referido estudo ao “*staff*” do Departamento de Envelhecimento e Saúde Mental da Universidade do Sul da Flórida, uma equipa que foi liderada por Janice E. Nichols.

Em concreto, no estudo destes investigadores da Universidade do Sul da Flórida foram realizadas cento e setenta e duas entrevistas face-a-face com indivíduos de 45 e mais anos de idade infectados com o VIH residentes na área do centro oeste da Flórida.

O fim último da gravação das entrevistas consistiu em recolher informações empíricas diversificadas de forma a traçar o perfil dos referidos indivíduos seropositivos.

Um aspecto particularmente importante abordado na investigação de Janice E. Nichols et al. respeita às mudanças verificadas na vida dos seropositivos com 45 e mais anos de idade após o diagnóstico do VIH, em específico ao nível das relações interpessoais, vida social e cívica, estatuto económico, vida laboral, sentido do “*self*”, percepção sobre o envelhecimento, o VIH e os seropositivos, mudanças geográficas e actividade sexual.

De facto, o grupo de investigadores norte-americanos aferiu que o diagnóstico do VIH foi um acontecimento que despoletou uma ruptura na vida dos seus entrevistados cujos efeitos são muito variados. Em primeiro lugar, a maioria dos indivíduos seropositivos com 45 e mais anos de idade entrevistados enalteceu que o contágio pelo VIH afectou profundamente a qualidade das suas relações interpessoais e que, em alguns casos, houve um incremento da vida espiritual. No seguimento, os indivíduos entrevistados realçaram que houve um declínio da sua participação na vida social e cívica, assim como uma quebra nos seus rendimentos económicos (contudo, uma pequena fatia dos entrevistados alegou que a contaminação pelo VIH lhe trouxe maior solidez financeira). Em termos da vida laboral, um terço dos entrevistados registou algumas mudanças significativas, a maior parte delas motivadas por problemas de saúde. Se nalguns casos afluíram relatos de efectivo abandono do emprego, noutros sobrevieram testemunhos acerca da opção pelo trabalho em regime de tempo parcial, em detrimento do trabalho a tempo inteiro. Quanto à questão do sentido do “*self*”, o grosso dos entrevistados argumentou que a contaminação pelo VIH exortou uma perda da auto-estima, pelo que passaram a sentir-se diminuídos socialmente. Porém, noutro sentido, alguns entrevistados referiram que o contágio pelo VIH suscitou um melhor conhecimento de si enquanto pessoas. Em relação às representações sociais sobre o envelhecimento, a população entrevistada por Janice E. Nichols et al. reconheceu que até ao momento do contágio pelo VIH nunca manifestou preocupação em reflectir sobre o significado da senilidade. A maior parte dos entrevistados salientou que a seropositividade acelerou o processo de envelhecimento. Como é lógico, depois do diagnóstico do contágio os indivíduos entrevistados aprofundaram o seu conhecimento sobre o VIH/Sida, vias de contaminação e forma de tratamento. Ao mesmo tempo, estas pessoas declararam que despertou em si maior compaixão por outros doentes de VIH/Sida e até mesmo maior predisposição para ajudar os “*Outros*”, em geral. Para

alguns dos entrevistados do estudo de Janice E. Nichols et al., o processo de adaptação ao VIH pressupõe uma mudança geográfica. Nalguns casos, esta mudança da zona de residência foi causada pela reforma, noutros pelo desejo de afastamento face a ambientes sociais destrutivos. Por último, a esmagadora maioria dos entrevistados declarou que reduziu consideravelmente, ou cessou mesmo, a sua actividade sexual após o diagnóstico do VIH. Sobre esta matéria, uma regularidade detectada pelo grupo de investigadores foi o facto dos seropositivos solteiros, e em especial as mulheres, tenderem a recusar ponderar um hipotético envolvimento sexual com um parceiro, em virtude da infecção pelo VIH.

Dito isto, é impreterível revisitar o conceito de “*estratégia*”, tal como foi definido por Michel de Certeau (1990). Em conformidade com o autor francês, a “*estratégia*” consiste no “*cálculo ou manipulação das relações de força que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder é isolável*” (Certeau, 1990, p.59). A “*estratégia*”, prossegue Michel de Certeau, “*postula um lugar susceptível de ser circunscrito como um lugar próprio e, neste sentido, constituir uma base para a gestão das relações com uma exterioridade de alvos ou de ameaças*” (Idem). Sublinhe-se que o autor francês promove uma distinção entre o conceito de “*estratégia*” e o conceito de “*táctica*”. Na sua óptica, a “*táctica*” substancia-se numa “*acção calculada que não dispõe de um lugar próprio*”, nem tem “*uma condição autónoma*” (Idem, p.60).

Sintetizando, as “*estratégias*” ganham forma na capacidade que o estabelecimento de um lugar próprio oferece para utilizar o tempo, ao passo que as “*táticas*” se materializam numa utilização habilidosa do tempo, no que respeita às ocasiões que este suscita (Idem, p.63).

Então, com base nos desenvolvimentos teóricos de Marc Lalonde (1974), Pierre Bourdieu (1979), Anthony Giddens (1994), autores citados no Capítulo I, Fernandes e Engelhardt (2007), Paulo Caldeira (1995) e Michel de Certeau (1990), formula-se a primeira hipótese desta investigação: *Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia baseada na adopção de um “estilo de vida saudável” e no cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida.*

A segunda hipótese teórica condensa os contributos de Fernandes e Engelhardt (2007) – em específico, a dificuldade de adesão à terapêutica antiretroviral (ARV) por parte de utilizadores de drogas injectáveis – e Erving Goffman (1988) – designadamente

o conceito de “*comportamento desviante*” –: *Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia de vida pautada pelo “comportamento desviante” e pelo desleixo absoluto face à terapêutica contra o VIH/Sida.*

Já a terceira hipótese teórica decorre de uma ilação do trabalho de Paulo Caldeira (1995), a aquisição de novos saberes e competências por parte de indivíduos seropositivos como lógica de actuação perante a seropositividade: *Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia de vida centrada no “investimento em novos saberes”.*

Prosseguindo, como se viu no Capítulo I, Erving Goffman (1968) refere que uma das “*adaptações secundárias*” que os doentes levam a cabo nos hospitais mais frequentemente é a “*paixão religiosa*”. No caso concreto dos seropositivos, Janice E. Nichols et al. (2002) constataram, também, que alguns dos seus entrevistados infectados com o VIH incrementaram a vida espiritual depois da realização do diagnóstico.

Em relação ao ascendente da religião na vida prática dos indivíduos, é proveitoso atentar na obra de Max Weber (1944), sobretudo nas suas asserções sobre a “*atitude ascética*”.

Seguindo a linha de pensamento do autor alemão, a “*atitude ascética*” corresponde a um modo de actuação moral condicionado pela pretensão de salvação eterna, que postula o afastamento das coisas mundanas e a adopção de uma posição crítica perante a vida social. As coisas mundanas, afirma Max Weber, são genuínas tentações na medida em que abrangem os “*aphrodisia*”, por um lado, e representam uma fonte de satisfação fácil com a realização das obrigações triviais dos indivíduos em detrimento das obras de salvação, por outro. O modo de actuação moral que subentende uma efectiva separação do indivíduo face às coisas mundanas para concentração absoluta nas obras de salvação é designado pelo autor alemão como “*ascetismo negador do mundo*”. Todavia, a referida concentração absoluta nas obras de salvação pode ocorrer “*dentro e frente à ordem do mundo*” (Weber, 1944, p.429), modo de actuação moral que Max Weber denomina como “*ascetismo intra-mundano*”. Neste sentido, o asceta intra-mundano exerce um domínio metódico e rigoroso sobre o seu modo de vida, rejeitando tudo o que for eticamente irracional.

Com efeito, como síntese das supracitadas achegas teóricas de Erving Goffman, Janice E. Nichols et al. e Max Weber, formula-se a quarta hipótese da actual investigação: *Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos*

seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia de vida assente num modo de actuação moral ascético intra ou extra mundano.

Seguramente, a problemática do VIH/Sida tem sido objecto de numerosas e circunstanciadas pesquisas no seio da comunidade académica internacional, e em particular nos EUA, desde meados da década de 80 do século XX. Este subcapítulo prossegue com uma apresentação sucinta dos trabalhos de Michael Pollak et al. (1992), Huber e Schneider (1992), Claude Thiaudière (2002) – estes três estudos, com um cariz sociológico – e Miriam Cameron (2002).

Michael Pollak et al. (1992) efectuaram um estudo que cobriu uma série de dimensões da pesquisa sociológica em torno do VIH/Sida, entre elas, a modelação das representações sociais e atitudes públicas sobre a seropositividade, os programas de prevenção e apoio e as mudanças na conduta sexual.

Antes de mais, Pollak et al. consideram que as ciências sociais devem assumir uma postura crítica em relação à problemática do VIH/Sida, explicitando as causas justificativas dos estereótipos, estigmas e diferentes formas de discriminação e exclusão social, e, de igual modo, fornecer orientação para tornar as organizações de apoio a doentes de VIH/Sida mais eficientes, de forma a propiciar melhores condições de vida a estas pessoas.

A respeito das representações sociais sobre o VIH/Sida, este grupo de autores deu um enfoque particular à questão da luta contra a discriminação, o ostracismo e a violação dos direitos humanos, para além de ter passado revista à forma como foi construído socialmente o significado da doença. De um modo geral, sustentam Pollak et al., os “*mass media*” propendem a disseminar o medo de contágio pelo VIH junto da população “*saudável*”, veiculando informação falsa e apresentando casos fictícios de contaminação de vítimas inocentes. Tal circunstância suscita na população “*saudável*” o desejo de segregação dos indivíduos seropositivos. Quando a ameaça de contágio pelo VIH é representada por povos estrangeiros, a população saudável reivindica maior controlo da imigração e dos fluxos turísticos.

Pollak et al. pronunciaram-se, igualmente, sobre as atitudes públicas face à epidemia da Sida. Este grupo de investigadores detectou a existência de dois grupos antagónicos que apresentam formas de pensamento firmes em relação à doença Sida, os “*coercivos*” e os “*libertários*”. O grupo dos “*coercivos*” é constituído por indivíduos idosos, casados, com baixos níveis de escolaridade, que pertencem à classe média decadente e à classe baixa. Na percepção do grupo dos “*coercivos*”, o risco de contágio

pelo VIH existe em todas as situações da vida diária e representa uma ameaça ao equilíbrio social e económico. Por seu turno, o grupo dos “*libertários*” inclui indivíduos jovens, solteiros e com níveis de escolaridade elevados, que são oriundos da classe média. Para os “*libertários*”, as vias de contágio pelo VIH são amplamente conhecidas, pelo que as exposições ao risco podem ser evitadas com facilidade.

Sobre a questão das políticas públicas, o grupo de autores argumenta que apesar da Sida ter gerado controvérsia em algumas ocasiões, constitui um tema que se tem mantido afastado do tradicional conflito político-partidário. Pollak et al. estabeleceram um breve confronto entre as políticas públicas referentes ao VIH/Sida de cariz conservador e de cariz liberal. Em países como os EUA, no início dos anos 90 do século XX, o sistema legal para intendência do VIH/Sida era sobretudo rígido. Nos estados de Colorado, Idaho e Kentucky foram publicados documentos legislativos que determinavam o isolamento e a medida de quarentena para doentes de VIH/Sida, enquanto que nos estados de Alabama, Connecticut, Indiana, Minesota e Carolina do Norte se promulgaram decretos de lei que conferiam autoridade aos profissionais de saúde para enclausurarem pessoas portadoras de doenças susceptíveis de colocar em perigo a saúde pública. Na Europa, em oposição aos EUA, as políticas públicas a respeito do VIH/Sida apresentavam uma índole liberal, no princípio da década de 90 do século passado. Rejeitando as medidas de coerção e controlo social dos doentes de VIH/Sida, os países europeus, com excepção da Suécia, apostaram em programas educativos e informativos com a finalidade de reforçar a responsabilidade individual. A consideração total pelo anonimato dos doentes de VIH/Sida, o voluntariado e a recusa da repressão são os princípios distintivos das políticas públicas de cariz liberal como as que foram aplicadas na Europa.

A mudança na conduta sexual foi o último assunto tratado por Pollack et al. no seu trabalho. Estes autores postularam uma divisão das mudanças no comportamento sexual em duas categorias essenciais, as estratégias de selecção e as estratégias de protecção. As estratégias de selecção abrangem todos os esforços para evitar contacto com pessoas, lugares e situações entendidas como potencialmente arriscadas ou redutoras do auto-controlo. As estratégias de protecção referem-se à modificação efectiva dos actos sexuais. Pollak et al. deram relevo ao comportamento sexual dos grupos associados ao risco de contaminação pelo VIH, especificamente os homossexuais masculinos. Apoiados em dois estudos de Martin Dannecker, o grupo de autores sustenta que o número de parceiros sexuais dos homossexuais masculinos

diminuiu consideravelmente entre 1974 e 1990, nos países ocidentais. A par disto, o uso do preservativo cresceu de forma considerável, mas tal não significa que a sua utilização ocorra de um modo regular (frise-se que o uso do preservativo na prática de sexo oral é raro).

Na senda de Pollak et al., Joan Huber e Beth Schneider (1992) publicaram um trabalho sobre o impacto, contexto social e consequências da doença Sida. A tese organizada por estes autores resultou da revisão de artigos apresentados na conferência anual da Associação Americana de Sociologia realizada em Agosto de 1989, na cidade de San Francisco.

Tendo em consideração a Parte I do trabalho de Huber e Schneider, respeitante ao contexto social da Sida, esta está estruturada em dois capítulos. No primeiro, são definidos os contornos de uma sociologia das pessoas infectadas com o VIH, no segundo, a tónica é colocada nas relações de género, classe e raça como cerne da análise social das consequências da Sida.

Relativamente ao primeiro capítulo, os autores apologizam que a pesquisa social será tanto mais fecunda se for realizada em associação com a comunidade de seropositivos. A disciplina da Sociologia desempenhará um papel de destaque na elucidação do desenvolvimento do conhecimento acerca do VIH/Sida. Em sintonia com o ponto de vista de Pollak et al., Huber e Schneider asseveram que a função dos cientistas sociais passa por coadjuvar a restabelecer as pessoas infectadas com o VIH/Sida, seus familiares e amigos, e munir os profissionais que trabalham na área da Sida com informação sobre a forma mais eficaz de aumentar as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida dos seropositivos.

A discussão que tem lugar no segundo capítulo da primeira parte do trabalho destes autores baseia-se em quatro observações gerais a propósito do género, classe social e raça. A primeira observação é a de que o género, a classe e a raça são os três factores sociais fundamentais para determinar o estado de saúde e o bem-estar de um indivíduo. Em segundo lugar, nos EUA, as relações sociais de género, classe e raça estão organizadas numa hierarquia e são fruto de desigualdades de poder social, político e controlo sobre o trabalho, serviços e recursos. Em terceiro, as relações sociais de género, classe e raça têm um ascendente sobre as experiências dos seropositivos, reacções comunitárias e políticas, e cariz da prática institucional. Em quarto e último lugar, a Sida, enquanto fenómeno médico e biológico, afecta ou irá afectar o cariz das relações de género, classe e raça, e, igualmente, a homofobia. Uma dimensão

especialmente importante explorada pelos autores neste capítulo concerniu às mulheres infectadas com o VIH. Neste domínio, privilegiaram-se três campos de análise, o modo de vida das utilizadoras de drogas, os efeitos da Sida ao nível da maternidade e os esforços das mulheres para alterar o carácter das relações sexuais.

Nos EUA, no princípio da década de 90 do século XX, as mulheres constituíam 10% do número total de infectados com o VIH, sendo que metade das seropositivas era utilizadora de drogas. A literatura sociológica norte-americana disponível no início dos anos 90 do último século sobre o modo de vida das mulheres utilizadoras de drogas era parca. Apesar disso, os trabalhos realizados nesta área indicavam a existência de diferenças inter-géneros. Efectivamente, as mulheres tendem a iniciar-se no consumo de drogas numa idade mais avançada do que os homens e a sua introdução neste mundo acontece através de um homem. Por regra, as mulheres utilizadoras de drogas têm crianças ao seu cuidado e podem recorrer à prostituição para sustentar o seu vício.

Em termos do impacto da Sida ao nível da maternidade, os autores abonaram que as mulheres seropositivas, independentemente da sua herança cultural, se debatem sempre com problemas acerca da reprodução, desejos sexuais, percepção sobre os filhos e o aborto. Estes problemas variam na sua significação e impacto consoante a pertença de classe e a raça das mulheres. Huber e Schneider reconhecem que a investigação sociológica produzida acerca das consequências da doença Sida na vida das mulheres é manifestamente insuficiente. Nalguns casos, as mudanças e as perdas que atingem as mulheres seropositivas são idênticas às dos homossexuais seropositivos. No seu papel de mães, as mulheres seropositivas alteram as suas actividades, geralmente. Para estas mulheres, a ligação com os filhos reveste uma importância crucial.

Finalmente, a terceira temática debatida pelos autores aludiu à prevenção da infecção pelo VIH, em específico pela via sexual, por parte das mulheres. Por norma, as mulheres têm dificuldade para impor o uso do preservativo aos seus parceiros no decurso do acto sexual e até mesmo para inverter a natureza das práticas sexuais. Não raro, algumas mulheres foram vítimas de agressões físicas dos seus parceiros quando tentaram introduzir o uso do preservativo nas trocas sexuais. O trabalho de prevenção da infecção pelo VIH, declaram Huber e Schneider, pressuporá uma maior responsabilização das mulheres em relação ao sexo e ao controlo da sexualidade dos homens.

Claude Thiaudière, na sua tese “*Sociologie du Sida*” (2002), procedeu a um exame dos mecanismos que serviram como alicerce ao combate contra a Sida, o que

implicou um retorno à história da descoberta da doença e ao processo de mobilização social e de intervenção do Estado. O autor francês estruturou a sua dissertação em duas partes principais, a primeira intitulada “*A construção de um flagelo*”, a segunda “*A política da doença*”. Esta tese baseou-se, essencialmente, na situação da França, embora tivesse sido complementada com exemplos de outros países ocidentais.

No entender de Claude Thiaudière, o flagelo da Sida decorre da conjunção de disputas médicas e sociais. Os grupos sociais tendem a organizar-se e a definir estratégias de saúde pública defensoras da liberdade individual apoiados nessas disputas. Pesem embora algumas especificidades próprias, os países ocidentais apresentam dinâmicas idênticas relativamente à investigação médica e à preponderância das instituições homossexuais na formação de movimentos de luta contra a Sida.

Inspirado num estudo de Michael Pollak, o autor francês arguiu que o processo de luta contra a Sida em França conheceu três períodos. O primeiro período compreende o intervalo entre os anos de 1981 e 1983 e reporta-se ao surgimento da problemática da Sida no campo médico. O debate científico assentou, de modo implícito, na autoria da descoberta do agente causador da doença. A contenda entre Luc Montagnier e Robert Gallo teve ampla cobertura da comunicação social e ganhou um contorno mediático-político. O segundo período abrange os anos de 1984 e 1985 e foi marcado pela emergência das associações voluntárias. Conquanto a primeira associação francesa de luta contra a Sida (Arsida) tivesse sido fundada em 1982, foi no ano de 1984, com a criação da associação AIDES, pela mão do sociólogo Daniel Defert, que despontou uma efectiva mobilização social. Ao fim de dois anos, esta associação logrou uma projecção nacional com a instituição de delegações representativas em várias regiões do território francês, cuja finalidade era o desenvolvimento de actividades de apoio aos doentes, prevenção e informação. O terceiro período teve início no ano de 1986 e alude à intervenção do poder estatal. Com efeito, até 1985, os poderes públicos evitaram assumir-se como defensores de uma questão politicamente melindrosa e que afectava grupos marginais. Porém, a partir de 1986, o debate político em torno da Sida tornou-se mais veemente, mercê da utilização dos testes serológicos.

As posições políticas antagónicas sobre a despistagem da doença Sida deram origem a duas noções de saúde pública. Uma considera que a despistagem deve ser obrigatória, servindo enquanto um instrumento de controlo dos seropositivos para resguardar a “*população saudável*”. A outra advoga que a livre escolha poderá evitar a exclusão dos seropositivos.

Depois de reconhecer a Sida como um flagelo, o Estado enformou um programa de combate à Sida que instituiu um novo campo na saúde pública. Apesar do desejo de unificação da comunidade internacional, não há uma política de saúde pública global. Todavia, o trabalho profilático incrementado nos países ocidentais revela práticas pedagógicas muito semelhantes. A este nível, a primeira modalidade de intervenção remete para o controlo das representações sociais dos indivíduos sobre a doença Sida, as convicções acerca das vias de contaminação e a eficácia dos meios de prevenção.

A terminar, Claude Thiaudière discorreu sobre o processo de renovação da saúde pública. Nas palavras deste sociólogo, em França, o escândalo dos hemofílicos contaminados com o VIH surtiu impacto nos domínios político e institucional. Em virtude dos problemas incessantes na saúde pública francesa, foram criadas novas estruturas nesta área como a Associação Francesa de Sangue ou o Instituto Francês de Transplantes. No mesmo sentido, o Estado sofreu uma transfiguração, em particular nas estruturas administrativas que deixaram de garantir determinadas funções técnicas. Com isto, o Estado tornou-se mais um actor num palco onde actuam profissionais de saúde, investigadores, magistrados e associações, entre outros.

Miriam Cameron (1993), uma enfermeira-investigadora norte-americana, concentrou-se no modo como os doentes de Sida enfrentam os problemas éticos que subjazem à doença. A amostra da investigação da enfermeira norte-americana foi composta por vinte e cinco doentes de Sida, dezassete do sexo masculino, oito do sexo feminino. De forma a obter uma compreensão mais aprofundada dos problemas éticos com que se defrontam estes doentes de Sida, Cameron entrevistou quatro dos seus parceiros sexuais e uma mãe. Sem conceder primazia à experiência dos indivíduos infectados com Sida, alega Cameron, não poderão ser adoptadas resoluções em relação aos problemas éticos adjacentes àquela doença, nos planos individual, institucional, profissional e societal.

Dado o peso da estigmatização e o receio da morte, os doentes de Sida são compelidos a lidar com problemas éticos dramáticos e imediatos, que perturbam não apenas a sua própria vida, como também a da das pessoas com quem interagem e, em última instância, toda a sociedade. Em muitos casos, os doentes de Sida são pessoas jovens e com pouca experiência de vida, sentindo, por isso, dificuldades em suportar as adversidades da doença.

Na opinião de Cameron, o receio de morte é a questão central que enfrentam os doentes de Sida. Por um lado, a morte retira-lhes a possibilidade de terem uma vida

longa junto das pessoas que amam, por outro, os doentes de Sida não sabem quando, nem como vão morrer.

Para além dos problemas éticos associados à morte, a enfermeira-investigadora norte-americana analisou, entre outros, os dilemas relacionados com o consumo de álcool e drogas, e a sexualidade. Efectivamente, os sete doentes de Sida que se pronunciaram sobre os problemas éticos contíguos ao consumo de álcool e drogas, embora se tenham manifestado preocupados com o agravamento do seu estado de saúde, utilizam essas substâncias para gratificação imediata no intuito de fazerem face à tristeza continuada e ansiedade em relação à morte. No que respeita aos problemas éticos associados à sexualidade, a grande questão que os entrevistados de Miriam Cameron levantaram é se deveriam ou não envolver-se sexualmente com outras pessoas, em razão do perigo de transmissão da doença. Na realidade, estes entrevistados almejam relacionar-se com pessoas que lhes possam garantir conforto e a satisfação do seu impulso sexual. Alguns deles decidiram ter uma vida sexual activa e afirmaram que se envolveram unicamente com pessoas seropositivas. Outros entrevistados da enfermeira-investigadora norte-americana reconheceram que tiveram trocas sexuais com outras pessoas de forma desprotegida e sem revelarem a sua seropositividade, sobretudo depois do diagnóstico da contaminação pelo VIH.

Ao contrário do que tem acontecido no meio académico internacional, em Portugal, as publicações acerca da temática do VIH/Sida são exíguas. O presente subcapítulo fecha com uma breve análise dos trabalhos de Marina Guerra (1998), Alexandra Lopes (2000), António Marrucho (2001) e Fernandes e Engelhardt (2007).

Começando por Marina Guerra (1998), esta investigadora portuguesa ocupou-se da temática da adaptação do indivíduo ao VIH, num trabalho que apresenta as ilações de uma tese de Doutoramento defendida, em 1994, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCE-UP) e que intitulou “*Sida: Implicações Psicológicas*”.

Na sua investigação, Marina Guerra reuniu uma amostra constituída por quarenta e quatro indivíduos seropositivos, sendo que trinta e cinco deles se contaminaram através da via sanguínea (partilha de seringas) e nove por via sexual. A investigadora portuguesa aplicou um questionário composto por sete dimensões aos referidos quarenta e quatro indivíduos. As duas dimensões mais importantes integradas no questionário foram a Escala de Auto-actualização e a Escala de Suporte Social. A intenção foi legitimar um modelo que fixou quatro categorias tradutoras de diferentes

graus de capacidade de adaptação ao VIH. O conceito de auto-actualização, da autoria de Maslow, refere-se ao desenvolvimento total das faculdades do indivíduo, susceptível de ser impulsionado pela falência dos mecanismos homeostáticos. Marina Guerra reorganizou o conceito de auto-actualização em quatro tópicos fundamentais, a saber, o sentido de vida, a orientação interior, a vida criativa e a dimensão existencial. Por seu turno, o conceito de suporte social, gizado por Lin et al., aponta para o acesso e utilização de recursos sociais no intuito de garantir o bem-estar individual. Tais recursos são fornecidos pela comunidade, instituições sociais e relações íntimas. A investigadora portuguesa determinou cinco dimensões para o conceito de Suporte Social Geral, a saber, o suporte sócio-afectivo, o suporte financeiro, o suporte familiar, o suporte amoroso e a ausência de controlo exercido pelos outros sobre si próprio.

No epílogo do seu trabalho, Marina Guerra propôs um modelo de adaptação do indivíduo ao VIH que contempla quatro posições diferentes. A primeira delas é a posição ontológica, cuja propriedade essencial é a conformação com o destino. Os seropositivos inquiridos pela investigadora portuguesa que se enquadram na posição ontológica estão desprovidos de auto-actualização e suporte social manifestando, simultaneamente, marcas de depressão. A segunda posição é a deontológica. Esta posição caracteriza-se pela aceitação de conselhos e prescrições de outras pessoas no sentido de superar a crise. Ainda que revele bom suporte social, a posição deontológica apresenta níveis baixos de auto-actualização, mormente em termos da vida criativa, orientação interior e sentido de vida. Em terceiro lugar, surge a posição lógica. O apanágio da posição lógica é a especificidade do modo de actuação dos indivíduos face à seropositividade, portanto, avesso a conceitos universais. Em termos gerais, os indivíduos seropositivos que integram esta posição denotam enorme criatividade, sentido de vida e orientação interior. Inversamente, o suporte social que estes indivíduos usufruem é muito débil. Por último, a posição teleológica que põe em evidência situações de adaptação à seropositividade. A posição teleológica congrega ao mesmo tempo, criatividade e capacidade de decisão interior elevadas, um sentido de vida consistente, uma dimensão existencial desenvolvida e um suporte social forte.

Alexandra Lopes (2000), por sua vez, realizou uma tese de mestrado que se debruçou sobre a acção das Organizações Não Governamentais (ONG's) ligadas à área do VIH/Sida no contexto intrínseco da sociedade civil e Estado portugueses.

Como refere a autora portuguesa, a área de intervenção do VIH/Sida é um campo sobremodo intrincado, visto que a actuação do Terceiro Sector e os acordos

estabelecidos entre o último e o Estado envolvem uma teia de relações marcadamente politizadas que afloram assuntos como a liberdade, a igualdade, os direitos e o comportamento. Em Portugal, as acções de combate à Sida fundamentam-se num modelo de respostas públicas de carácter moroso e parcelar que, na maioria dos casos são deliberadas em situações de emergência, alheando-se, portanto, a qualquer forma de planeamento. Entre outros aspectos, Alexandra Lopes sublinha que algumas medidas administrativas para a luta contra o VIH/Sida não chegam, sequer, a ter aplicação prática e que, a par disso, as campanhas de prevenção propendem a ignorar as implicações psicossociais da doença e a dar pouca importância à sensibilização para a não-discriminação, pelo que incidem principalmente em mensagens moralizantes. Sem embargo, prossegue a autora portuguesa, está instituída a ideia de que as organizações sem fins lucrativos que actuam na área do VIH/Sida colmatam as falhas dos serviços públicos.

No quadro das conclusões gerais que procederam da observação das 31 ONG's que actuavam na área da Sida em Portugal, no ano de 2000, Alexandra Lopes destacou a reprodução das lacunas que marcam a sociedade civil do país. Estas lacunas que se verificam nas ONG's estão relacionadas com a sua distribuição descontínua no território, os obstáculos de actuação em rede, a tónica colocada na prestação de serviços (ao invés de acções de informação, lobby e pressão), a morosidade das respostas e a adesão diminuta a acções que requerem especialização e profissionalização elevadas. Devido a isto, há um vazio em termos de estratégias de pressão sobre os actores públicos, uma circunstância que favorece a lógica de selectividade e segmentação levada a efeito pelo Estado.

Aprofundando a sua análise, a autora constatou que as supracitadas lacunas que se observam nas ONG's portuguesas que actuavam na área do VIH/Sida em Portugal, no ano de 2000, se pronunciam com maior intensidade em contextos de grande influência de grupos religiosos, de dependência económica face ao Estado ou de falta de identificação com os significados políticos dos assuntos associados à Sida. Mais, as referidas lacunas e contextos organizacionais onde têm lugar impulsionam lógicas de desenvolvimento organizacional bastante diferentes do padrão tradicional que se manifestam em três vectores principais. O primeiro vector refere-se às lógicas de construção da identidade organizacional, tendo em conta as acções com significados políticos. O segundo vector alude às lógicas que passam pela definição de uma estratégia de politização da acção para ter ascendente sobre as agendas políticas. Por

fim, o terceiro vector ressalta as lógicas de desenvolvimento organizacional por meio da profissionalização e da mediatização.

No que toca ao trabalho de António Marrucho (2001), este substanciou-se numa tese de dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde que teve como tema a questão do impacto que o VIH/Sida tem na família da pessoa contaminada.

O principal propósito de António Marrucho foi descortinar as reacções emocionais que a família experimenta após tomar conhecimento da contaminação pelo VIH/Sida de um dos seus membros. Além disto, o autor português procurou compreender as formas como a família lida com tal situação e, igualmente, a postura dos técnicos de saúde face à família no desenrolar de todo o processo. Na amostra do estudo do autor português incluíram-se catorze pessoas com ligação afectiva a indivíduos contaminados com o VIH/Sida utentes do “*Projecto Solidariedade*” da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, e do “*Projecto Viver com o VIH*” da Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (AJPAS). Dessas catorze pessoas, doze eram do sexo feminino e duas do sexo masculino. Uma nota especial para o facto de que 50% dos indivíduos que compõem amostra terem mais de cinquenta e cinco anos.

No desenrolar da sua investigação, António Marrucho inferiu que são as mulheres que tendem a cuidar do familiar infectado com o VIH/Sida. Por regra, estas mulheres são mães e irmãs, e vivem numa situação afectiva e conjugal frágil.

A respeito das reacções emocionais em relação ao VIH/Sida experimentadas pelos entrevistados do autor português, observou-se que as mesmas variam entre a negação e a aceitação.

Por outro lado, o medo de contágio e da morte do familiar afiguraram-se como reacções frequentes face ao indivíduo contaminado com VIH/Sida, se bem que surjam entrelaçadas com sentimentos de esperança de descoberta de uma cura para a doença.

Outras reacções comuns são os sentimentos de culpa e frustração. Os familiares dos doentes de VIH/Sida reagem desta forma porque consideram terem sido incapazes de evitar que os últimos se entregassem à toxicod dependência ou manifestassem uma conduta sexual de risco. Não obstante, entendem, igualmente, que poderiam desenvolver mais esforços para apoiar o familiar doente de VIH/Sida. Menos expressivas foram as reacções de punição/recompensa e a de atribuição de culpa ao familiar pela sua doença.

Na prossecução, António Marrucho, contrariamente às suas expectativas iniciais, verificou que os familiares de indivíduos contaminados com VIH/Sida podem

apresentar reacções de satisfação. As reacções de satisfação são suscitadas por qualquer indicador ínfimo de melhora do estado do indivíduo contaminado com VIH/Sida.

Sobre a postura dos profissionais de saúde em relação à família da pessoa seropositiva, os entrevistados do estudo do autor português exprimiram reconhecimento de competência e de incompetência. Neste âmbito, a questão do atendimento foi a dimensão mais vezes referida. Efectivamente, a esmagadora maioria dos entrevistados de António Marrucho considerou que as atitudes tomadas pelos técnicos de saúde na área do atendimento revelaram competência. Já as questões do encaminhamento e da prestação de cuidados foram as dimensões citadas com menor frequência. Foi justamente na dimensão da prestação de cuidados que a maior parte dos entrevistados do estudo considerou que os técnicos de saúde demonstraram incompetência.

Por último, Luís Fernandes (Fernandes e Engelhardt, 2007) coordenou um trabalho de investigação a propósito do processo de acesso e adesão dos utilizadores de drogas injectáveis (UDI's) seropositivos ao tratamento anti-retroviral em Portugal, que se integrou no Projecto Europeu "*Viver com a dose diária*". A pesquisa foi conduzida pelo Centro de Ciências do Comportamento Desviante (CCCD) da FPCE-UP, que tomou parte no projecto por intermédio da instituição Abraço, e contou com uma equipa formada por dois grupos de investigadores, um para actuar na cidade do Porto, o outro na de Lisboa. Os objectivos dos dois grupos de investigadores resumiram-se em obter dados empíricos por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas a UDI's seropositivos e a técnicos envolvidos na aplicação da terapêutica anti-retroviral, e em desenvolver uma pesquisa documental em torno da temática da pesquisa.

A amostra do estudo coordenado por Luís Fernandes reuniu dezassete UDI's seropositivos (entre os quais, dez eram do sexo masculino e sete do sexo feminino) e treze técnicos que desempenham funções ao nível da aplicação da terapêutica anti-retroviral a toxicodependentes seropositivos (sendo que quatro eram do sexo masculino e nove do sexo feminino).

Quanto aos dezassete UDI's seropositivos incluídos na amostra, a maior parte apresenta uma relação de estilo "*junkie*" com as drogas, caracterizada pela predilecção pela heroína e pela sucessão entre períodos de consumo intenso, esforços para cessação e reincidência. Para estes UDI's, a adesão à terapêutica anti-retroviral reveste problemas particulares, quer em termos da resolução para iniciar o programa médico, quer em termos da continuidade do mesmo. A relação com o médico e a motivação pessoal são as variáveis mais determinantes para a adesão. Com menos relevo do que estas

variáveis, figuram as redes relacionais espontâneas (como a família ou o grupo de amigos) ou organizadas (como os grupos de auto-ajuda e as ONG's). Num sentido inverso, as representações sociais dos UDI's seropositivos face à natureza do programa médico, o período de espera até começar o mesmo, a percepção de si enquanto portador de um vírus gravíssimo e a vivência de um período activo de consumo de drogas são variáveis que dificultam a adesão à terapêutica anti-retroviral. Os UDI's seropositivos da amostra do estudo de Luís Fernandes conseguiram aceder a esta terapêutica, maioritariamente, por acção de instituições como as ONG's, CAT's, Hospitais, Prisões e Comunidades Terapêuticas. As suas grandes expectativas em relação à terapêutica anti-retroviral são a recuperação da saúde física e mental e o aumento da esperança de vida. Frise-se, também, que é frequente a mudança de terapêutica para uma parte considerável dos UDI's seropositivos estudados, devido aos efeitos secundários que abalam a sua saúde física e as representações sobre o próprio corpo.

No que se refere aos técnicos de saúde, estes entendem que as variáveis que maior preponderância têm para a adesão dos UDI's seropositivos à terapêutica anti-retroviral são a organização interna da instituição que recebe o utente e a natureza da relação entre médico e paciente. Por outro lado, as adversidades do quotidiano dos UDI's seropositivos, o apoio familiar e social exíguo, e as fragilidades organizacionais das instituições que recebem os utentes são as variáveis que os técnicos de saúde consideram como inibidoras da adesão à terapêutica anti-retroviral.

Finalmente, resta explorar uma última pista para responder à questão teórica atrás enunciada. Ora, uma das inferências do estudo de Janice E. Nichols et al. (2002) foi que após o diagnóstico da contaminação pelo VIH, os indivíduos seropositivos demonstraram maior sensibilidade perante doentes afligidos com o citado vírus e, inclusive, maior disposição para auxiliar os “Outros”, em geral. Na mesma ordem de ideias, Teles e Amaro (2000), no seu trabalho, referem que Costa Ferreira, um seropositivo português que se infectou no antigo Zaire, acabou por se tornar director do “*Projecto Amizade*”, afecto à área do VIH/Sida, em Viana do Castelo. Deste modo, atendendo, às asserções de Janice E. Nichols et al. e Teles e Amaro ganha forma a quinta e última hipótese teórica da pesquisa em curso: *Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia de vida centrada na inclusão em instituições de apoio a doentes de VIH/Sida e participação activa em campanhas de informação e prevenção da mesma patologia.*

Capítulo III – Estratégia metodológica

1. Uma “*triangulação intra-métodos*” predominantemente qualitativa

A “*triangulação*” é uma noção antiga que teve a sua génese nas disciplinas da topografia, navegação e da logística castrense, assumindo uma significação idêntica nos referidos três campos de conhecimento, a saber, “*a utilização de pontos de referência múltiplos para localizar a posição exacta de um objecto no espaço*” (Cea D’Ancona, 1999, p.47).

No âmbito da investigação social, a noção de triangulação é conotativa, aludindo à “*aplicação de metodologias diferentes no estudo da mesma realidade social*” (Idem).

Martin Bauer e George Gaskell (2000) são dois autores que têm imprimido esforços a fim de ultrapassar o tradicional conflito que opõe a pesquisa quantitativa e a pesquisa qualitativa.

A concretização do intento de Bauer e Gaskell passou pela enunciação de cinco pressupostos. O primeiro pressuposto é o de que “*não há quantificação sem qualificação*”, ou seja, a medição dos factos sociais pressupõe, indiscutivelmente, uma diferenciação qualitativa das categorias sociais.

O segundo pressuposto refere que “*não há análise estatística sem interpretação*”. Quer isto dizer que a pesquisa quantitativa se debate com a questão da interpretação, pelo que, argumentam os dois autores, “*(...) é incorrecto assumir que a pesquisa qualitativa possui o monopólio da interpretação, com o pressuposto paralelo de que a pesquisa quantitativa chega a conclusões quase que automaticamente*” (Bauer e Gaskell, 2003, p.24).

No seguimento, Bauer e Gaskell preconizam, também, o pressuposto de “*pluralismo metodológico dentro do processo de pesquisa: além da lei do instrumento*”. Noutros termos, apologiza-se a adopção de uma “*visão holística do processo de investigação*” que combine as potencialidades das metodologias quantitativa e qualitativa.

O quarto pressuposto tem em deferência a “*ordenação do tempo*”. A este respeito, é enaltecida a importância actual da metodologia qualitativa na fase de pós-ordenamento do processo de pesquisa, não se restringindo, meramente, à fase exploratória.

Em quinto e último lugar, os dois autores preceituam um “*discurso independente dos padrões de boa prática*”. A ideia geral contida neste pressuposto é a de incremento de procedimentos e padrões que permitam identificar práticas adequadas e práticas desadequadas, de modo a conferir maior autonomia e plausibilidade à pesquisa qualitativa.

De facto, o pressuposto de “*pluralismo metodológico*” que Bauer e Gaskell enaltecem é partilhado por autores como John Creswell – que utiliza a designação “*investigação combinada*” – (1994), Cea D’Ancona – que utiliza a designação “*triangulação metodológica*” – (1999), José Madureira Pinto – que utiliza a designação “*centrifugação e centripetação da análise*” – (1984) ou Teixeira Lopes – que utiliza a designação “*ecletismo metodológico*” – (2000).

A estratégia metodológica da presente investigação passou por uma “*triangulação intra-métodos*” (Cea D’Ancona, 1999) predominantemente qualitativa, com recurso às técnicas da entrevista biográfica (Ferraroti, 1990), visando a construção de “*histórias de vida*” (Denzin, 1989; Atkinson, 1998; Poirier et al., 1999; Bertaux, 2005), e da análise de conteúdo, em específico a análise categorial temática e a contagem frequencial (Ghiglione e Matalon, 2001). Durante as gravações das entrevistas biográficas foi, também, utilizada a técnica da associação livre de palavras (Amâncio e Oliveira in Vala e Monteiro, 2002).

Esta opção por uma “*triangulação intra-métodos*” predominantemente qualitativa justifica-se pela natureza dos objectivos gerais deste estudo, em particular compreender a forma como indivíduos seropositivos da cidade do Porto geriram a sua vida depois de tomarem conhecimento do contágio pelo VIH.

Com efeito, foi intuito da presente investigação perceber as implicações que o conhecimento da infecção pelo VIH despoletou ao nível das práticas sócio-culturais e sistema de representações sociais (Vala e Monteiro, 2002) dos mencionados sujeitos, enfatizando-se, nesta lógica, o seu discurso.

Em linhas muito sintéticas, tratou-se de recolher informação sobre as suas experiências de vida para, assim, interpretar o significado que conferem ao seu “*mundo vivido*”.

Como facilmente se pode entender, foram seguidos os preceitos fundamentais do método da “*Sociologia Compreensiva*” que Max Weber (1944, 1965) propôs. De acordo com o autor alemão, o desígnio da “*Sociologia Compreensiva*” consiste em elucidar a dimensão subjectiva da acção social (Idem).

Ressalve-se, porém, que os procedimentos de mensuração não foram elididos neste estudo. Conforme se salientou atrás, lançou-se mão do “*método da contagem frequencial*” (Ghiglione e Matalon, 2001) no âmbito da análise de conteúdo das entrevistas biográficas, procedimento que propiciou a identificação dos seus núcleos de interesse.

O grande esteio desta investigação foi a técnica da entrevista biográfica (Ferraroti, 1990), com o objectivo de conceber “*histórias de vida*” (Denzin, 1989; Atkinson, 1998; Poirier et al., 1999; Bertaux, 2005). Segundo as palavras de Robert Atkinson a “*história de vida é a essência daquilo que aconteceu a uma pessoa*”, representando “*uma forma privilegiada de compreender o passado e o presente, e, ao mesmo tempo, deixar um legado para o futuro*” (Atkinson, 1998, p.8). Não obstante, este método destina-se, também, a compreender o modo como as vidas individuais interagem com o todo social (Idem). O sustentáculo do “*método biográfico*” é o conhecimento e a interpretação subjectiva e inter-subjectiva das experiências de vida dos sujeitos (Denzin, 1989).

No caso particular deste estudo, a tónica colocada nas “*histórias de vida*”, recolhidas através da realização de “*entrevistas biográficas*”, prende-se com a necessidade imperiosa de obter uma visão da vida de indivíduos seropositivos da cidade do Porto “*como um todo*” (Atkinson, 1998), considerando, na íntegra, as várias etapas da sua trajectória, no intuito de evitar uma perspectiva redutora e sincrónica que atendesse, tão-somente, ao período cronológico que se seguiu ao conhecimento da infecção pelo VIH.

De facto, para depreender, efectivamente, a “*estratégia*” (Certeau, 1990) de vida que estes indivíduos adoptaram após tomarem conhecimento da sua seropositividade e os fundamentos que estiveram na base dessa deliberação, foi essencial passar revista ao contexto sócio-cultural em que nasceram e cresceram (Parsons e Bales, 1955), ao seu “*estilo de vida*” (Lalonde, 1974; Bourdieu, 1979; Giddens, 1994) – e, em especial, a sua propensão para os comportamentos de risco – e aspirações durante os ciclos sucessivos da sua existência, e, ainda, à forma como se desenvolveram as suas representações sociais face à doença Sida, em particular o modo como evolui a doença e os seus estados clínicos, assim como as vias de transmissão. O “*testemunho vivido*” que é a “*história de vida única*” (Poirier et al., 1999) apresentou-se, portanto, como o método mais adequado para este trabalho de investigação, dada a sua questão orientadora e os objectivos gerais.

De modo a garantir o acesso à população de indivíduos seropositivos da cidade do Porto pela via diplomática (Burguess, 2001), foi feita uma aproximação à instituição Abraço/Delegação Norte, cujas instalações se situam em Vila Nova de Gaia, e ao Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.), o centro de tratamento de doenças infecciosas com maior relevo na cidade do Porto, conforme se mencionou anteriormente. Consegui obter permissão nas duas instituições para desenvolver o meu trabalho de investigação, que pressupunha a realização de entrevistas biográficas com os seus utentes. Os episódios que tiveram lugar na pesquisa de terreno serão apresentados, sumariamente, no subcapítulo seguinte.

A amostra deste estudo, de tipo “*intencional*” (Almeida e Pinto, 1995) é composta por seis indivíduos seropositivos, três do sexo masculino (Eduardo, Fábio e Paulo) e três do sexo feminino (Marta, Andreia e Liliana). Eduardo, Fábio, Marta e Andreia são utentes da Abraço/Delegação Norte e contaminaram-se com o VIH pela via sexual. Nos casos de Eduardo e Fábio, a infecção deu-se por meio de relações homossexuais desprotegidas. Quanto a Marta e Andreia, infectaram-se através de relações heterossexuais desprotegidas. Já Paulo e Liliana são pacientes do H.J.U.. Paulo não sabe ao certo se o seu contágio pelo VIH ocorreu por intermédio da partilha de agulhas de seringas ou pela via sexual (relações heterossexuais desprotegidas), mas supõe que a primeira hipótese é mais viável. Por sua vez, Liliana assegurou que a sua seropositividade resultou da partilha de agulhas de seringas.

Efectivamente, a amostra recolhida não contempla indivíduos seropositivos infectados através da recepção de transfusões de sangue ou pela via peri-natal, por um lado, nem um indivíduo do sexo masculino contaminado, de certeza absoluta, através de uma relação heterossexual desprotegida, factos que representam, claro está, estrangulamentos.

Sublinho que depois de ter logrado a permissão da Abraço/Delegação Norte e do H.J.U. para pôr em curso a pesquisa, expressei a minha intenção junto dos profissionais das duas instituições (no âmbito da Abraço/Delegação Norte, o Psicólogo Gonçalo Lobo, a Assistente Social Ingride Ferreira e a Educadora Social Márcia Rodrigues; no âmbito do H.J.U., a Dra. Teresa Duarte, funcionária do Secretariado de Comissão Ética – estes profissionais cumpriram o papel de intermediários no processo de negociação de entrevistas biográficas com os indivíduos seropositivos –) em construir uma amostra de indivíduos seropositivos abrangente em termos de género e das vias de transmissão da doença. A instituição Abraço/Delegação Norte mostrou-se mais receptiva em atender ao

meu pedido. No entanto, apesar da diligência e da boa vontade dos profissionais da mencionada instituição, não foi possível incluir na amostra indivíduos seropositivos contaminados por meio da recepção de transfusões de sangue e pela via peri-natal, bem como um indivíduo do sexo masculino infectado, com toda a certeza, por meio de uma relação heterossexual desprotegida. A explicação que tive da parte dos profissionais da Abraço/Delegação Norte foi que os poucos utentes da instituição cujo perfil obedece às supracitadas características em termos da via de transmissão da doença e do género, no momento em que começaram a ser negociadas as entrevistas biográficas (fins de Março de 2008), viviam uma fase de instabilidade emocional e, como tal, entenderam que seria inoportuno abordá-los para colaborarem na minha investigação. Evidentemente, acatei a justificação e não insisti mais nessa questão.

No total, realizaram-se doze entrevistas em profundidade (foram efectuadas, portanto, duas sessões biográficas com cada elemento da amostra). Poirier et al. advogam que *“a história de vida realiza-se sempre a partir de entrevistas repetidas”* (Poirier et al., 1999, p.50), pelo que *“a repetição das entrevistas é condição necessária para o aprofundamento da informação e do seu controlo”* (Idem). A realização de um número máximo de duas sessões biográficas por cada indivíduo seropositivo incluído na amostra prendeu-se, essencialmente, com a disponibilidade que estes revelaram para colaborar no meu estudo (frise-se, todavia, que a Abraço/Delegação Norte só permitiu que os seus utentes fossem entrevistados nas instalações da própria instituição, em dias úteis, entre as 9 horas e as 18 horas e 30 minutos). De facto, quatro elementos da amostra (Eduardo, Fábio, Marta e Andreia) exercem uma actividade profissional, circunstância que limita o seu tempo livre para cooperarem em estudos académicos. Neste sentido, o investigador social, quando está a concretizar a pesquisa de terreno, deve pautar a sua acção pelo bom senso e evitar, a todo o custo, ser impertinente com o seu objecto de estudo, ultrapassando os limites do razoável. Sobre esta matéria, a questão que Marta me colocou momentos antes da realização da segunda sessão biográfica é eloquente: *“Ivo, a entrevista vai demorar tanto como a primeira?”*. Inclusive Liliana, que está desempregada de momento, revelou algum desprazer em conceder-me a segunda sessão biográfica.

De modo a manifestar o meu agradecimento aos seis indivíduos seropositivos que participaram neste trabalho de investigação ofereci pequenas lembranças a cada um deles após a gravação das segundas sessões biográficas. A Paulo, o primeiro elemento da amostra com quem foram realizadas duas entrevistas aprofundadas, ofereci um porta-

chaves oficial do F.C.P., visto que é um adepto ferrenho do clube. Liliana foi a segunda pessoa incluída na amostra a terminar o relato da sua história de vida. Esta mulher é fã dos The Doors há cerca de três décadas. Por esse motivo, resolvi presenteá-la com um livro de poemas da autoria de Jim Morrison, o “*frontman*” da banda norte-americana dos anos 60.

Na medida em que os gastos com as prendas de Paulo e Liliana ultrapassaram o orçamento inicialmente previsto, optei por oferecer garrafas de vinho aos restantes elementos da amostra. Devo admitir que a ideia da oferta de garrafas de vinho não foi a mais acertada, uma vez que se tratam de indivíduos infectados com o VIH que estão a cumprir o tratamento anti-retroviral. Por lapso, olvidei esta circunstância, o que me valeu uma pequena nota crítica da Dra. Márcia Rodrigues, recordando, uma das técnicas da Abraço/Delegação Norte.

No decorrer da investigação fomentou-se, sempre, a “*circularidade de relações entre a teoria e o processo de demonstração empírica*” (Pinto, 1984). Com efeito, foi através da realização de uma entrevista em grupo com a Dra. Cristina Sousa (Coordenadora Geral da Abraço/Delegação Norte), a Dra. Carla Pereira (Enfermeira da mesma instituição) e o Dr. Gonçalo Lobo (como já foi referido, Psicólogo da Abraço/Delegação Norte), no dia 6 de Março de 2008, que tomei conhecimento de que o VIH/Sida constitui, desde o ano 1996, uma doença crónica. Este achado constrangeu-me a reajustar os objectivos gerais do meu trabalho (aqueles que constaram no Projecto de Investigação entregue no mês de Dezembro de 2007) e a imprimir um novo exercício de pesquisa bibliográfica (as obras consultadas até essa data eram perfeitamente obsoletas).

A “*dinâmica da pesquisa observacional*” (Idem) permitiu, igualmente, lograr uma maior “*clarificação dos conceitos*” (Idem), em específico no que se refere aos aspectos médicos do VIH/Sida (desenvolvimento da doença, acompanhamento médico e tratamento anti-retroviral). Os relatos de vida dos indivíduos entrevistados, designadamente os de Paulo e Andreia, puseram a nu outro aspecto não descortinado, a princípio, pelas leituras e entrevista exploratória (Quivy e Campenhoudt, 2003), o uso obrigatório do preservativo nas trocas sexuais entre casais seropositivos (um membro do casal tem, por norma, uma carga viral mais elevada do que o outro e, como tal, pode verificar-se a reanimação da replicação do vírus do parceiro com menor carga viral). Confirmei este facto através de um diálogo por telefone com uma das enfermeiras do Centro de Terapêutica Combinada (C.T.C.) do H.J.U..

O propósito de um “*estudo de casos*” como o que foi levado a cabo não consiste na generalização estatística, antes em dar achegas às teorias publicadas (Yin, 1994) ou avançar novas pistas para o desenvolvimento de investigações futuras (Stake in Denzin e Lincoln, 1994).

Com efeito, no âmbito do método do “*estudo de casos*” (Bell, 2008), o objectivo de representatividade estatística é acessório, valorizando-se a singularidade, o contexto e a história dos casos investigados (Stake in Denzin e Lincoln, 1994). Um caso, abona José Machado Pais, “*não pode representar o mundo, embora possa representar um mundo no qual muitos mundos semelhantes acabam por se reflectir*” (Pais, 2001, p.109).

2. Algumas notas sobre a pesquisa de terreno e as dificuldades metodológicas

A minha primeira incursão ao terreno ocorreu na tarde chuvosa de 19 de Dezembro de 2007, uma Quarta-Feira, com uma visita à Abraço/Delegação Norte. Nessa tarde, logrei o contacto da Dra. Cristina Sousa, através da Dra. Márcia Rodrigues.

Em termos globais, o “*feedback*” que tive da Dra. Márcia Rodrigues deixou antever que conseguiria obter a autorização da instituição Abraço/Delegação Norte para negociar a gravação de entrevistas biográficas com os seus utentes.

No dia seguinte, 20 de Dezembro de 2007, uma Quinta-Feira, desloquei-me até ao H.J.U.. Embora o contacto inicial com esta instituição se tivesse resumido a um diálogo com a recepcionista do edifício da Administração, esta transmitiu-me que, provavelmente, o Conselho de Administração do H.J.U. daria um aval positivo à realização da minha investigação, uma vez que nos últimos anos havia sido uma prática frequente a execução de estudos sobre seropositividade nesta unidade de saúde portuense.

A 23 de Janeiro de 2008, uma Quarta-Feira, efectuei a minha segunda visita ao H.J.U., com o propósito de entregar um ofício ao Presidente do Conselho de Administração no qual explicava os objectivos da minha investigação e solicitava a sua permissão para formalizar uma aproximação aos doentes deste hospital a fim de agenciar acordos para a gravação de entrevistas biográficas. Nesta ocasião, procurei, ainda, averiguar qual seria a disponibilidade do Professor Doutor Rui Sarmiento e

Castro, Director do Serviço de Infecçiology do H.J.U., para me conceder uma entrevista exploratória. A Dra. Teresa Duarte (recordando, funcionária do Secretariado de Comissão Ética do H.J.U.) informou-me que o Professor Doutor Rui Sarmento e Castro tem uma agenda muito preenchida e que, por essa razão, não seria possível dar-me o seu testemunho.

Um dia depois, compareci mais uma vez na instituição Abraço/Delegação Norte. No decurso desta visita, tive a oportunidade de dialogar pessoalmente com a Dra. Cristina Sousa, a quem entreguei, também, um ofício em que requeria a sua autorização para levar a cabo o meu estudo nesta organização. Com muita cortesia, a Dra. Cristina Sousa manifestou, de imediato, um parecer favorável ao meu pedido e prontificou-se, inclusive, para relatar a sua experiência como Coordenadora Geral da Abraço/Delegação Norte numa entrevista exploratória. Conforme se frisou antes, esta entrevista exploratória realizou-se a 6 de Março de 2008 e teve como interlocutores a Dra. Cristina Sousa, a Dra. Carla Pereira e o Dr. Gonçalo Lobo. No decorrer dos cerca de 45 minutos de entrevista, fui elucidado sobre o âmbito da intervenção, os equipamentos e os principais obstáculos à consecução dos objectivos da instituição Abraço/Delegação Norte. Quando parti para a pesquisa de terreno, era minha intenção accionar a técnica de observação directa (a fim de recolher dados passíveis de serem complementados com os testemunhos de vida dos indivíduos seropositivos entrevistados), supondo que a Abraço/Delegação Norte estaria apetrechada com um Centro de Dia para seropositivos. Durante a gravação da entrevista exploratória, a Dra. Cristina Sousa referiu que a instituição, na Região Norte, não dispõe dessa valência, conquanto tenha em funcionamento uma unidade residencial para prestar assistência a indivíduos seropositivos com graves carências sócio-económicas. No momento em que a Dra. Cristina Sousa enfatizou que a Abraço/Delegação Norte está equipada com uma unidade residencial, pensei, de imediato, em requerer o seu consentimento para concretizar procedimentos de observação directa nesse espaço. Porém, o sigilo que aquela fez em torno da morada da unidade residencial quando a interpelei sobre a localização desse equipamento na cidade do Porto deixou perceber que o meu pedido seria despropositado, pelo que acabei por desistir dessa ideia.

A consecução da autorização para enformar o meu trabalho de investigação por parte da Abraço/Delegação Norte foi, efectivamente, um processo célere e simples. Pelo contrário, o Conselho de Administração do H.J.U. adiou a aprovação da realização do meu estudo até ao dia 30 de Maio de 2008. Com efeito, logo no dia 14 de Fevereiro de

2008, a Comissão de Ética do H.J.U. emitiu-me um ofício em que me foi pedida maior clarificação acerca do meu projecto de investigação e a elaboração de uma declaração de consentimento informado dos participantes (sublinho que ignorava, por completo, e que não me foi explicado, na altura, em que é que consistia esse documento). Enviei, de pronto, uma cópia do meu projecto de investigação por e-mail e uma versão mal formulada da declaração de consentimento informado dos participantes para a Dra. Teresa Duarte. Para grande infortúnio meu, a próxima reunião deste órgão teve lugar, somente, no dia 2 de Abril de 2008, momento em que me foi transmitido, via e-mail, pela Dra. Teresa Duarte que teria que reformular a declaração de consentimento informado dos participantes, tendo-me sido ainda requerido o envio do guião de entrevista biográfica e detalhes sobre a duração das gravações e o número de pacientes a entrevistar (saliento que já havia abordado as questões da duração das gravações e do número de pacientes a entrevistar com a Dra. Teresa Duarte em finais de Fevereiro de 2008). Enderecei nesse mesmo dia uma mensagem por e-mail à Dra. Teresa Duarte, em que anexei o guião de entrevista biográfica e lembrei que pretendia entrevistar um número máximo de dois pacientes seropositivos (da parte da Abraço/Delegação Norte tinha-me sido já garantido que quatro utentes se haviam prestado para narrar as suas histórias de vida), pelo que, de forma a construir histórias fidedignas, seria fundamental realizar duas sessões biográficas de, pelo menos, 1 hora e 30 minutos com cada paciente.

Atendendo aos atrasos que se estavam a verificar para proceder à realização de entrevistas biográficas com os pacientes do H.J.U., abdiquei do intento de substanciar uma pesquisa por observação directa nesta organização hospitalar, receando que o processo relativo à consecução da autorização para o desenvolvimento do meu trabalho se tornasse ainda mais intrincado e moroso (não abordei a questão de uma possível pesquisa por observação directa no ofício que entreguei ao Presidente do Conselho de Administração do H.J.U., no dia 23 de Janeiro de 2008, porque presumia que a Abraço/Delegação Norte estava equipada com um Centro de Dia para seropositivos onde poderia accionar a mencionada técnica de investigação).

No dia 7 de Maio de 2008, a Comissão de Ética do H.J.U. reuniu, de novo, e assentiu a execução da minha pesquisa. Friso que a partir dessa data pude iniciar, de facto, as actividades de recolha de relatos de vida de pacientes seropositivos do H.J.U. (a gravação da primeira sessão biográfica ocorreu no dia 21 de Maio de 2008, numa sala do Centro de Terapêutica Combinada do H.J.U.), conquanto a deliberação definitiva de

consentimento para a realização da minha investigação por parte do Conselho de Administração só tenha acontecido, em termos formais, no dia 30 de Maio de 2008.

O procedimento de recolha de informações ou, segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a “*etapa de observação*”, terminou na tarde de 30 de Julho de 2008, com a gravação da segunda sessão biográfica com Marta, numa sala do gabinete de apoio psico-social da Abraço/Delegação Norte.

Relativamente às dificuldades metodológicas que marcaram a minha investigação, o maior entrave foi, com toda a certeza, a delonga da Comissão de Ética do H.J.U. para autorizar a gravação das entrevistas biográficas com os pacientes da instituição. Na verdade, entre a data que assinalou a primeira reunião da Comissão de Ética do H.J.U. para análise do meu pedido (13 de Fevereiro de 2008) e a data em que o mesmo órgão aprovou, em definitivo, a realização da minha pesquisa (7 de Maio de 2008) decorreram quase três meses. Veja-se que entre a realização das reuniões dos dias 13 de Fevereiro e 2 de Abril de 2008, a Comissão de Ética do H.J.U. adiou uma reunião agendada para o dia 12 de Março de 2008. A par deste contratempo, os lapsos de memória da Dra. Teresa Duarte (em particular, no que diz respeito ao diálogo ocorrido em finais de Fevereiro de 2008 no decurso do qual lhe transmiti que tinha a intenção de recolher as histórias de vida de dois pacientes seropositivos do H.J.U., devendo realizar, para o efeito, duas sessões biográficas com a duração de cerca de uma hora e meia com cada um deles) também foram prejudiciais ao avanço da minha pesquisa de terreno.

Em segundo lugar, devem ser mencionados os adiamentos de marcações para a gravação de sessões biográficas. No caso de Marta, utente da Abraço/Delegação Norte, a primeira sessão biográfica foi combinada para o dia 17 de Abril de 2008, uma Quinta-Feira. Debilitada fisicamente por causa de uma constipação, Marta informou as técnicas da Abraço/Delegação Norte que não poderia comparecer na instituição na data marcada, adiando a gravação da entrevista para a Quarta-Feira seguinte, dia 23 de Abril de 2008. Todavia, a entrevista com esta utente da Abraço/Delegação Norte foi anulada pela segunda vez, visto que permaneceu em estado de debilitação física durante mais três semanas. Acabei por realizar a primeira sessão biográfica com Marta no dia 21 de Maio de 2008, uma Quarta-Feira. Liliana (paciente do H.J.U.), Eduardo e Andreia (ambos utentes da Abraço/Delegação Norte) também adiaram marcações para a gravação de entrevistas (em todos os casos, os adiamentos registaram-se na segunda sessão biográfica). Com Liliana, tive agendada uma entrevista para o dia 1 de Julho de 2008, uma Terça-Feira. Nesse dia, apresentei-me por volta das 9 horas no C.T.C. do H.J.U..

Contudo, Liliana comunicou-me que a gravação da segunda sessão biográfica teria que ser adiada para a manhã do Sábado seguinte, dia 5 de Julho de 2008, sem apresentar qualquer justificação para essa ocorrência. No dia 5 de Julho de 2008, esta paciente do H.J.U. concedeu-me a segunda entrevista biográfica. Quanto a Eduardo, sugeriu o dia 16 de Julho de 2008, uma Quarta-Feira, para a gravação da segunda sessão biográfica. No dia 15 de Julho de 2008, Terça-Feira, a Dra. Ingride Ferreira, outra das técnicas da Abraço/Delegação Norte, transmitiu-me por e-mail que Eduardo, por motivos laborais, só teria disponibilidade para ser entrevistado no dia 17 de Julho de 2008, Quinta-Feira. A segunda sessão biográfica com Eduardo foi concretizada, efectivamente, na tarde de 17 de Julho de 2008. Em relação a Andreia, adiou a gravação da segunda sessão biográfica por uma vez, do dia 10 de Julho para o dia 17 de Julho de 2008, alegando ter assuntos inadiáveis a tratar no Centro Distrital da Segurança Social do Porto. Na tarde de 17 de Julho de 2008, realizei as segundas sessões biográficas com Eduardo e Andreia. Iniciei a gravação da entrevista com Andreia às 15 horas e 33 minutos e com Eduardo às 17 horas e 3 minutos.

Na continuação, é necessário salientar que no decorrer da pesquisa de terreno cheguei a gravar duas entrevistas, uma com João, um utente da Abraço/Delegação Norte, outra com Sónia, uma paciente do H.J.U., que não foram aproveitadas para a minha investigação, sendo que não foram transcritas, nem sujeitas a uma análise categorial temática (Ghiglione e Matalon, 2001). João, o utente da Abraço/Delegação Norte, até foi o primeiro indivíduo que entrevistei no âmbito da pesquisa de terreno, na manhã de 15 de Abril de 2008, uma Terça-Feira, cerca das 9 horas e 30 minutos (entrevistei João antes de Fábio, nessa manhã). Ao longo dos cerca de 30 minutos de entrevista, João, que se contaminou com o VIH através de uma relação homossexual desprotegida, nunca revelou desenvoltura para falar abertamente sobre o seu trajecto de vida e a sua doença. Não obstante, os primeiros minutos da entrevista foram perpassados por uma ambiência de tensão, pelo que, a dado momento, o utente da Abraço/Delegação Norte derramou o seu copo de água, sem intenção, sobre a mesa, atingindo o meu porta-lápis e a minha capa. Depois de terminar a entrevista dialoguei alguns minutos com João à entrada das instalações da Abraço/Delegação Norte, enquanto aquele fumava um cigarro, e perguntei-lhe se teria disponibilidade para a gravação da segunda sessão biográfica. O utente da Abraço/Delegação Norte alegou que lhe causava melindre “*estar a remexer o passado*”, citando as suas palavras, e, nessa congruência, declinou a minha solicitação. Consciente de que com os 30 minutos da

entrevista de João não teria possibilidade de construir um “*corpus*” (Poirier et al., 1999) fidedigno da sua história de vida, pedi às técnicas da Abraço/Delegação Norte para sondarem outro utente da instituição, tendo em vista a sua colaboração na minha investigação. Andreia foi a utente da Abraço/Delegação Norte que colmatou o vazio deixado por João. No que concerne ao caso de Sónia, paciente do H.J.U. (trata-se da companheira de Paulo, o paciente da mesma unidade de saúde que integra a minha amostra), a entrevista de 17 minutos que me concedeu na manhã do dia 27 de Maio de 2008 foi colocada de lado porque esta mulher manifestou graves falhas de memória e pouca fluidez discursiva. Com a ajuda de uma das enfermeiras do C.T.C. do H.J.U. consegui negociar e realizar ainda nessa manhã de 27 de Maio de 2008 uma entrevista biográfica com Liliana, a utente desta organização hospitalar que está incluída na amostra do meu estudo.

A última nota vai para os obstáculos que se verificaram no processo de recolha bibliográfica, nomeadamente o facto de trabalhos académicos que versam sobre a problemática do VIH/Sida estarem indisponíveis para consulta em bibliotecas de universidades portuguesas. O caso mais gritante foi o da Tese de Mestrado de Teresa Moraes, intitulada “*Pessoas com Sida: como (con)vivem enquanto o tempo não se esgota*”, cujo exemplar da Biblioteca da Universidade Nova de Lisboa está interdito para consulta.

3. Um exame crítico sobre as técnicas de investigação utilizadas

3.1. As entrevistas biográficas

Conforme se afirmou previamente, a técnica da entrevista biográfica (Ferraroti, 1990), destinada à construção de “*histórias de vida*” (Denzin, 1989; Atkinson, 1998; Poirier et al., 1999; Bertaux, 2005), foi o pilar, por excelência, desta investigação.

As entrevistas biográficas, observa Franco Ferraroti, são “*interacções sociais complexas*” que “*escondem tensões, conflitos e hierarquias de poder*” (Ferraroti, 1990, p.52). Por conseguinte, o investigador social deve atender a um conjunto de preceitos para realizar as entrevistas biográficas. Robert Atkinson abona que a melhor estratégia consiste em o entrevistador se “*mostrar verdadeiramente interessado naquilo que as outras pessoas têm para dizer*” (Atkinson, 1998, p.32). Para tal, prossegue Atkinson

(Idem), é fundamental que o entrevistador tenha destreza para conduzir a entrevista e lidar com as emoções do entrevistado, seja um bom ouvinte e demonstre gratidão no final das sessões biográficas. Na óptica de Daniel Bertaux (2005), o entrevistador deve agir, acima de tudo, com naturalidade, revelando concentração, mas, igualmente, predisposição para a comunicação.

No que respeita à presente investigação, diligenciei sempre para cumprir as normas inerentes à realização de entrevistas biográficas. Obviamente, entrevistar pessoas que são portadoras de uma doença que tem características de “*estigma*” (Goffman, 1988) e que já provocou mais de 25 milhões de mortos desde o ano de 1981 até à actualidade, revolver todo o mal-estar que a patologia trouxe às suas vidas nos diversos aspectos da existência, foi uma tarefa exigente. Em determinados momentos das gravações das sessões biográficas vi a minha sensibilidade ser ferida, noutros, despertou em mim o sentimento de compaixão. Ora, nas doze entrevistas que realizei, procurei, a todo o custo, evitar a indiscrição e a colocação de perguntas susceptíveis de causar melindre aos entrevistados. A título ilustrativo, Marta, uma das minhas entrevistadas, durante a primeira sessão biográfica declarou que ainda lhe custava falar sobre a sua doença quando a interpelei sobre aquilo que sentira no momento em que foi notificada do contágio pelo VIH. Até ao fim da entrevista e no decorrer da segunda sessão biográfica, eximi-me a rebater essa questão, percebendo, desde logo, o choque emocional que a notificação da seropositividade lhe causou. Foi também na gravação da primeira sessão biográfica com Marta que sobreveio em mim o sentimento de compaixão mais intenso, dadas as circunstâncias em que a utente da Abraço/Delegação Norte se contaminou com o VIH (através de relações sexuais desprotegidas com um namorado que lhe ocultou o vício em heroína durante um ano).

É importante referir, igualmente, as dificuldades que senti em abordar a temática da sexualidade nas sessões biográficas realizadas com Marta e Liliana, em concreto as questões que formulei em relação às implicações que o contágio pelo VIH despoletou na vida sexual dos entrevistados. De facto, Marta e Liliana evidenciaram posturas mais sisudas do que os restantes entrevistados e, nessa razão, tive algum pudor em interrogá-las sobre o ritmo de actividade sexual, quer no que toca ao período que antecedeu o contágio pelo VIH, quer no que toca à actualidade. Quando chegou o momento de colocar as mencionadas questões às duas entrevistadas tive que ser afoito, mantendo um tom sério e profissional. Felizmente, Marta e Liliana responderam de forma aberta às questões que lhes coloquei acerca da temática da sexualidade. Mesmo assim, Marta

lançou-me um olhar que exprimiu alguma repugnância quando a questioneei sobre o seu ritmo de actividade sexual semanal no momento actual.

Devo sublinhar, ainda, a mudança que se verificou nas minhas representações sociais sobre os homossexuais masculinos com a realização das sessões biográficas com Eduardo e Fábio. Como ajuíza José Machado Pais, “*as cabeças dos sociólogos não são imunes aos preconceitos*” (Pais, 2001, p.259), pelo que antes das gravações das entrevistas com Eduardo e Fábio, o estereótipo que tinha formado sobre o homossexual masculino era o de uma pessoa excessivamente efeminizada e fútil. Os dois utentes da Abraço/Delegação Norte contrariaram o meu estereótipo. De facto, nenhum deles manifestou formas de comportamento características de mulheres ou indiciou entorpecimento intelectual. Pude perceber com a sucessão das sessões biográficas com Eduardo e Fábio que os homossexuais masculinos têm uma urbanidade em tudo idêntica à dos heterossexuais masculinos e prostrar as minhas pré-noções.

Continuando, o guião de entrevista biográfica foi construído à luz dos tópicos que Atkinson (1998) e Bertaux (2005) sugerem para a construção de uma “*história de vida*” (conglomerando os contributos dos dois autores, são eles: nascimento e família de origem; tradições culturais; factores sociais; a experiência da escola e da formação de adultos; amor; a inserção profissional; o emprego; eventos históricos; reforma; vida espiritual; grandes temas da vida; visão do futuro; questões de encerramento). Como é evidente, pretendeu-se articular estes tópicos com os objectivos da investigação. O tema específico sobre o VIH/Sida que se incluiu no guião da entrevista biográfica compreendeu treze alíneas (a saber: momento da vida em que se deu o contágio; via de transmissão; conhecimento do entrevistado sobre a doença no momento da contaminação; sentimentos despertados pelo contágio; dilemas éticos envolvendo a discriminação; implicações do contágio em termos das práticas culturais, sociabilidades, relações familiares, afectivas e laborais, vida religiosa, actividade sexual e visão do futuro; percepção de si enquanto seropositivo; representações sociais e atitudes sobre a sociedade envolvente; estratégias e lógicas de actuação face à seropositividade; apoios recebidos enquanto seropositivo – serviços públicos e ONG’s –; representações sociais e atitudes sobre o procedimento profissional médico; a terapêutica contra o VIH/Sida; estilo de vida e relação actual com a família, grupo de amigos, colegas ou ex-colegas de trabalho).

Cada sessão biográfica realizada contemplou um procedimento de observação directa cujo objectivo consistiu no apontamento de questões como a caracterização do

espaço físico e condições do local onde decorreu a entrevista, a linguagem verbal, a mímica e a indumentária do entrevistado, as interrupções e as interacções que precederam a seguiram a gravação da entrevista.

Foi lembrado precedentemente que se efectuou um número máximo de duas entrevistas biográficas com cada indivíduo seropositivo que integra a amostra. No essencial, as primeiras sessões biográficas serviram para fazer um apanhado geral da trajectória de vida dos entrevistados. Por sua vez, as segundas sessões biográficas abriram espaço para as rectificações (com destaque para o encadeamento cronológico de determinados acontecimentos da vida dos entrevistados) e propiciaram um aprofundamento dos núcleos temáticos de maior interesse.

Por motivos de natureza ético-deontológica, os nomes dos indivíduos seropositivos que colaboraram na minha investigação foram alterados, assim como alguns dados sócio-demográficos que facilitassem a sua identificação. Os seus lugares de classe individual, de família e de origem foram determinados por intermédio da tipologia classificatória das classes e das fracções de classes de Dulce Magalhães (2005, pp. 479 e 836). A apresentação das “*histórias de vida*” atendeu a um ordenamento em que se articularam as ordens “*temática*” e “*cronológica*” (Poirier et al., 1999).

Na presente investigação, as “*histórias de vida*” que se recolheram cumpriram as funções “*analítica*” e “*expressiva*” (Bertaux, 2005). Os testemunhos dos seis elementos da amostra permitiram a análise das suas vivências e o teste do modelo teórico (“*função analítica*”), e, não obstante, predispuseram-se para a elucidação de pontos de argumentação mediante a inserção de excertos das transcrições das entrevistas (“*função expressiva*”).

Resta, por fim, discorrer acerca das distorções associadas ao “*método biográfico*”. Para Pierre Bourdieu (1986), o “*método biográfico*” propõe uma noção de trajectória que desconsidera o conjunto de relações objectivas que ligaram o agente alvo de estudo aos restantes agentes incluídos no mesmo campo social e que se deparam com o mesmo mundo de possíveis. Por conseguinte, tal método debate-se com um logro de “*ilusão retórica*” (Idem).

Outra inconsistência que subjaz ao “*método biográfico*” substancia-se na aptidão do narrador para “*rearranjar a sua própria existência*”, efectuando “*uma reconstituição parcialmente falsa e artificial da realidade, apagando as passagens incómodas, privilegiando os factores de coerência, a unidade da vida, em detrimento da diversidade, das eventuais contradições*” (Poirier et al., 1999, p.27). Norman Denzin

(1989) também ressalta os problemas de “*ficção*” e “*ilusão*” que marcam os estudos biográficos. No que concerne à minha investigação, a propensão para fantasiar foi mais notória em Paulo, sobretudo quando referiu que em dada altura da sua vida chegou a assaltar cerca de trinta carros por dia. Eduardo revelou, igualmente, alguma tendência para o recurso à hipérbole quando mencionou o rendimento mensal (5.000 Euros) que obteve no período em que realizou espectáculos de transformismo no ano de 2005. Pareceu ainda exagerado o relato de Marta que aludiu a um ganho de 678 contos (na respectiva época) em comissão, numa viagem de trabalho à Madeira.

Uma terceira fragilidade do “*método biográfico*” respeita aos equívocos verificados na intercompreensão entre narrador e narratário. De acordo com Poirier et al., “*os dois parceiros não falam, por vezes, a mesma linguagem; o mais grave é quando há um mal-entendido a propósito de palavras idênticas, às quais não se dá o mesmo significado; os continentes são os mesmos, mas os conteúdos são diferentes; o problema põe-se em termos tanto mais graves quanto o diálogo se trava, o mais das vezes, entre dois parceiros de gerações diferentes*” (Poirier et al., 1999, p.27). Reportando-me ao meu trabalho, a maior dificuldade foi mesmo compreender algumas palavras pronunciadas por Fábio, visto que é um indivíduo de nacionalidade brasileira. Registaram-se, ainda, falhas no entendimento, não obstante supridas, entre mim e Paulo quando este fez uso da terminologia específica do universo “*junkie*”. Para fechar, durante a realização das doze sessões biográficas fui obrigado a enformar um contrabalanço entre o meu “*habitus*” (Bourdieu, 1979), na condição de entrevistador, e o “*habitus*” dos entrevistados. Nesse sentido, utilizei sempre um registo de linguagem corrente, no intuito de facilitar a intercompreensão entre mim e os entrevistados.

3.2. A análise de conteúdo

Segundo Laurence Bardin, a “*análise de conteúdo*” consiste num “*conjunto de técnicas de análise de comunicações que visam, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens*” (Bardin, 1977, p.43).

A primeira etapa da “*análise de conteúdo*” de um “*corpus*” de “*histórias de vida*”, enfatizam Poirier et al. (1999), resume-se numa tarefa de ordenamento do

material recolhido. Esta etapa, que abrange os procedimentos de “*transcrição*” e de “*escuta atenta e leitura repetida*” (Idem), foi, indubitavelmente, a mais penosa e vagarosa da aplicação da técnica da “*análise de conteúdo*”.

Após a tarefa de ordenamento do material recolhido, seguiram-se as etapas de “*clarificação*”, “*compreensão*” e “*organização*” do “*corpus*” das “*histórias de vida*” (Idem). No que se refere ao esboço dos “*perfis biográficos*” (Idem), empreitada que tem lugar na etapa de “*clarificação*”, as transcrições das primeiras sessões biográficas, como mencionei anteriormente, foram determinantes. Foi no decurso da tarefa de levantamento do “*léxico-thesaurus*” (Idem), inerente à etapa de “*compreensão*”, que se recorreu, pela primeira vez, ao procedimento de “*categorização*” (Kvale, 1996), o qual pressupõe a codificação das entrevistas biográficas em categorias. Seguindo a proposta de Ghiglione e Matalon (2001), no procedimento de codificação das categorias que foi efectuado, tomaram-se em consideração os critérios de objectividade (que remete para a clarividência do código retido), sistematicidade e generalidade (os dois últimos critérios aludem à necessidade imperiosa dos códigos definidos serem extensíveis ao conjunto da população).

Note-se que a “*organização do corpus das histórias de vida*” (Poirier et al., 1999), compreendeu, inclusive, categorias definidas “*a posteriori*” que procederam da tarefa de levantamento do “*léxico-thesaurus*”, para além categorias construídas “*a priori*” com base nos tópicos que Atkinson (1998) e Bertaux (2005) propõem para a construção de uma “*história de vida*”.

Efectivamente, na presente investigação, foi posta em prática uma “*análise categorial temática*” (Ghiglione e Matalon, 2001), sendo que a unidade de registo adoptada foi a “*semântica*”, em específico o “*tema*”. Sem embargo, a “*análise de conteúdo*” abrangeu, também, uma “*contagem frequencial*” (Idem), cuja finalidade residuiu em simplificar a detecção dos principais centros de interesse do “*corpus*” das “*histórias de vida*”.

Em termos gerais, a organização do “*corpus*” das “*histórias de vida*” regeu-se por uma “*análise de conectividade vertical*” (Pais, 2001), tendo em conta a variedade das vias de contágio dos indivíduos seropositivos entrevistados, a instituição (Abraço/Delegação Norte ou H.J.U.) em que estão integrados (deve ser frisado que Eduardo e Fábio são utentes da Abraço/Delegação Norte e, simultaneamente, pacientes do H.J.U.; Liliana é paciente do H.J.U. e foi utente da Abraço/Delegação Norte), o seu género e orientação sexual. Parafraseando José Machado Pais, a opção por uma

“*análise de conectividade vertical*” prende-se com a “*preocupação de salvaguardar a diversidade de experiências vividas*” (Pais, 2001, p.125). Esta circunstância influenciou o ordenamento dos capítulos destinados à apresentação das “*histórias de vida*”. Quanto ao Capítulo VII desta investigação, que se debruça sobre as representações sociais dos indivíduos entrevistados acerca do VIH/Sida, é fruto de uma “*análise de conectividade horizontal*” (Idem).

Na visão de Robert Atkinson (1998), a pesquisa por “*história de vida*” tem como fim último a “*interpretação da experiência*”. Este exercício, prossegue o mesmo autor, é muito complexo, visto que as noções de “*interpretação*” e “*experiência*” estão imbuídas de grande relativismo. Deste modo, o melhor procedimento para interpretar uma “*história de vida*” passa por promover um contrabalanço entre subjectividade e objectividade (Idem). Na pesquisa por “*história de vida*”, a análise do conteúdo latente fundamenta-se em duas perspectivas teóricas. Uma perspectiva teórica tende a situar “*a história de vida no seu contexto social, histórico e cultural*” e “*vê na autobiografia a recolha de um testemunho social*” (Poirier et al., 1999, p.84), enquanto que a outra “*remete para a pessoa e a sua subjectividade*” (Idem). No caso particular do meu trabalho, o procedimento de interpretação orientou-se por três linhas mestras: desenvolver uma leitura holística das “*histórias de vida*” recolhidas; deslindar a relevância intrínseca das mesmas; decifrar o ponto de vista particular e subjectivo dos narradores das “*histórias de vida*”.

Cabe, por fim, reflectir sobre as distorções da técnica da “*análise de conteúdo*”, designadamente no que concerne à fidelidade e validade das “*histórias de vida*” recolhidas. Robert Atkinson (1998) sustenta a ideia de que o significado e a validade das “*histórias de vida*” são determinados por quatro factores. O primeiro factor enunciado pelo autor refere-se à “*qualidade da relação estabelecida entre o investigador e o narrador da história de vida*” (Atkinson, 1998, p.58). O segundo realça “*a interacção específica desenvolvida entre o investigador e o narrador no decurso da gravação da entrevista*” (Idem). Já o terceiro factor põe em evidência “*a perspectiva teórica adoptada pelo investigador para proceder à leitura da história de vida*” (Idem). O quarto e último respeita à “*experiência do investigador*” e à “*subjectividade que este imprime na história de vida*” (Idem). Sobre as questões da fidelidade e validade dos relatos de vida dos indivíduos que colaboraram no meu estudo, devo destacar a importância capital revestida pelas segundas sessões biográficas que, como já fiz saber, deram ensejo para rectificações e para a elucidação do sentido

que os entrevistados atribuíram às suas experiências de vida. A par disso é, ainda, essencial referir que nos momentos que precederam e seguiram a gravação das segundas sessões biográficas recolhi informações junto dos entrevistados (por norma, trataram-se de questões que ficaram por colocar na entrevista; no caso específico de Fábio, antes do início da gravação da segunda sessão biográfica, pedi-lhe para confirmar se as palavras “*Poppers*”, “*Special Key*” e “*Loló*” estavam escritas correctamente; sem embargo, após o término da gravação da mesma sessão biográfica, pedi ao jovem brasileiro para confirmar se faz uso do preservativo na prática da felação, tanto insertiva, como receptiva, no decurso das trocas sexuais ocasionais que leva a efeito) que registei num caderno.

Rematada a avaliação crítica sobre a técnica da “*análise de conteúdo*”, toma lugar, de seguida, a apresentação da primeira história de vida.

Capítulo IV – Relatos de homossexuais masculinos seropositivos contaminados pela via sexual: as histórias de vida de Eduardo e Fábio

1. O testemunho de Eduardo: *“Foi aí que eu optei por arranjar um novo emprego e começar com a terapia... (...) Mas, a gente utiliza preservativo, mas não em tudo... Como a gente diz, no pré-aquecimento, não utilizamos...”*

Eduardo, um ajudante familiar e actual utente da instituição Abraço/Delegação Norte, nasceu em Palmaz, uma freguesia rural do concelho de Oliveira de Azeméis, no dia 28 de Dezembro de 1978. Este indivíduo é descendente de uma família operária pluriactiva. O seu pai é construtor civil e provém de uma família operária industrial. A mãe é ajudante familiar e o seu lugar de classe de origem é, também, o operariado industrial.

Os primeiros anos de vida de Eduardo foram passados em Palmaz na companhia dos avós maternos e da sua irmã, mais nova um ano, uma vez que os pais haviam emigrado para a Suíça (a sua outra irmã nasceu no ano de 1989). Em 1984, os seus pais regressaram a Palmaz e fixaram-se numa casa contígua à dos avós maternos. Contudo, este indivíduo, contrariamente à sua irmã, continuou a viver na casa dos avós maternos, embora tivesse contacto diário com os pais. Estes confrontaram-no amiúde com a situação insólita, sem conseguirem, no entanto, inverter o rumo dos acontecimentos:

“E, depois, foi um bocado complicado a gente adaptar-se aos pais... Porque é uma idade que é muito complicada... É uma idade de adaptação... E, depois, foi complicado nós adaptarmo-nos ao pai e à mãe biológicos... (referindo-se ao regresso dos pais à aldeia de Palmaz) Viviam, mas eu continuei a morar com os meus avós... (...) Dormia em casa da minha avó... (...) (referindo-se aos seus pais) Opunham-se, porque várias vezes me disseram que eu tinha mais amor à minha avó do que a eles... E eu disse assim: “É natural, porque os primeiros anos da minha vida, que são os anos de adaptação, foi com ela que eu vivi”... E qualquer coisa que me acontecia, eu recorria a ela... Quando precisava de falar ou desabafar, eu ia ter com ela...”

Os seus avós maternos incutiram-lhe uma educação tradicional que se regeu por valores como a dignidade e o acatamento, conquanto lhe tivessem concedido sempre plena liberdade para participar nas actividades lúdicas com os amigos de Palmaz

(sublinhe-se que Eduardo nunca foi elucidado acerca dos meios de transmissão do VIH/Sida por qualquer familiar no decorrer do seu percurso biográfico).

O actual utente da Abraço/Delegação Norte recebeu instrução católica, com frequência da catequese e observância dos sacramentos do Baptismo e da Comunhão. Com 5 anos de idade, entrou para a escola primária da aldeia de Palmaz. Devido a problemas originados por uma úlcera nervosa que o forçaram a faltas às aulas, este indivíduo repetiu a 1ª Classe três vezes. Depois disso, prosseguiu os estudos sem reprovações até ao 5º Ano, ainda em Palmaz. Aos 13 anos de idade, abandonou a escola para se iniciar no mundo laboral, defraudando o projecto de trajecto que a família tinha delineado para si (que pressupunha o ingresso no ensino superior) e o apoio económico dado por uma tia que reside na Venezuela para se formar:

“No meu tempo, a malta da minha idade levava porrada para deixar de estudar... Era para ir trabalhar, porque tinham que ajudar a família e tudo... E eu fui ao contrário... Eu tinha posses para estudar porque a minha madrinha todos os meses me mandava dinheiro para eu estudar... Porque a minha madrinha está na Venezuela... E, então, levei porrada por deixar de estudar porque era um objectivo que a minha madrinha tinha... Pronto, porque ela não tem filhos e eu era como um filho... Porque ela tem duas raparigas... Então, porque ela, hoje, queria que eu tivesse um curso e não sei quê e tal... E eu fiz o primeiro ano (referindo-se ao 5º Ano) e depois fui logo trabalhar... (...) Eu, na altura, queria ser professor de Português... Pronto, vivia com esse sonho e era sempre apoiado pela minha madrinha... (...) Só que depois abandonei a escola para ir trabalhar, por influência dos amigos...”

A sua primeira experiência profissional ocorreu numa fábrica de calçado em Oliveira de Azeméis como ajudante de sapateiro. Eduardo trabalhava de 2ª a 6ª Feira, cerca de 9 horas diárias (entrava às 8 horas e saía às 18, tendo uma hora de pausa para almoço), auferindo um salário de 25 contos mensais, na época. Nesta fábrica de calçado em Oliveira de Azeméis, as suas funções englobavam o corte, a confecção e o acabamento de sapatos. Este indivíduo manteve-se sete meses a trabalhar como ajudante de sapateiro, deslocando-se de Palmaz para Oliveira de Azeméis cinco dias por semana. Logo de seguida, empregou-se numa pastelaria, também em Oliveira de Azeméis, desempenhando tarefas no balcão, mesas e armazém. O seu horário de trabalho era de 12 horas diárias (trabalhava das 8 horas até às 20, dispondo de 30 minutos para

almoçar) e tinha duas folgas rotativas. Na altura, o vencimento ascendeu aos 60 contos. Eduardo cumpriu funções na pastelaria cerca de sessenta dias.

Passados dois meses e meio da sua saída da pastelaria, regressou à fábrica de calçado onde exerceu, de novo, o cargo de ajudante de sapateiro nos nove meses seguintes. O horário de trabalho era idêntico ao anterior, mas o salário passou a cifrar-se nos 38 contos mensais.

Em 1994, tendo completado já os 15 anos e cerca de um mês depois de abandonar a fábrica de calçado, voltou a ocupar-se na área da hotelaria, desta vez numa pizzaria de Oliveira de Azeméis. Iniciou-se como empregado, executando funções ao nível do balcão, mesas e confecção das pizzas e das massas. Este indivíduo trabalhava seis dias por semana e tinha uma folga rotativa. No total, perfazia 8 horas e meia de trabalho por dia (entrava às 11 horas e saía às 22 horas e 30 minutos, usufruindo de duas horas para descanso) e recebia um salário que rondava os 60 contos.

Perto de seis meses depois, foi promovido a sub-gerente da pizzaria. Eis a explicação para o sucedido:

“Porque, é assim, um dos patrões tanto estava na Venezuela, como estava cá (entenda-se em Portugal)... Tinha lá família e estava cá... Mas, ambos eram naturais de Palmaz... E é assim (hesitante)... Porque um deles conhecia-me... Porque um deles era filho de um amigo do meu pai... Um deles tinha, também, um supermercado em Aveiro... E, então, não conseguia estar nos dois lados... Então, eles queriam pôr uma pessoa que conhecessem bem... Que tivessem confiança... Podia não ter experiência, mas em quem tivessem confiança para ficar ali... E fui eu... (...) Mas, como eu tinha lá um senhor a trabalhar comigo que era muito experiente, eu juntava-me a ele, não é?... Sempre que acontecia qualquer coisa, pedia-lhe e ele ensinava-me...”

Eduardo continuou como sub-gerente da pizzaria até aos 18 anos. Durante esse período, trabalhava seis dias por semana e gozava uma folga rotativa. O horário de trabalho compreendia 11 horas diárias (entrava às 10 horas e saía às 24, tendo três horas para descanso) e o salário era de 135 contos, incluindo, ainda, a oferta do passe para viajar de Palmaz para Oliveira de Azeméis diariamente.

No ano de 1996, teve lugar o acontecimento mais marcante da sua vida, a morte da avó materna. Até aos dias de hoje, esta perda ainda não foi ultrapassada:

“Foi a morte da minha avó... (...) É... Acho que foi o ponto mais marcante da minha vida... Foi aos 16 anos... Porque passaram-se doze anos, faz agora este mês, que a minha avó faleceu... E ainda hoje não consigo mentalizar-me que ela faleceu... (...) E o meu avô faleceu vai fazer três anos agora em Agosto e isso já me mentalizei, e sei que ele faleceu... Mas, a minha avó, não... (...) É uma imagem de falta... Pronto, a minha avó faltou-me e parece que me falta tudo, não é?...”

A fase da adolescência do protagonista desta história de vida foi ocupada com as obrigações profissionais, o convívio com os amigos, a participação no grupo folclórico de Palmaz e a prática de atletismo. O seu primeiro contacto sexual aconteceu aos 17 anos, com uma prostituta de rua, durante uma visita de um fim-de-semana ao Barreiro na companhia de quatro amigos de Palmaz. Cada um deles comprou o serviço sexual a uma prostituta diferente e substanciou o passe separadamente em pleno descampado junto à estrada (Eduardo utilizou preservativo). Todavia, este indivíduo viria a descobrir-se sexualmente volvido um ano, já depois de se ter alistado na Marinha, em específico na Base Naval de Almada:

“Mas, até aquela altura nunca tinha tido nenhum contacto muito íntimo com mulheres, a não ser um beijo aqui ou... Aquelas coisas de miúdos e adolescentes... Mas, nunca tinha (hesitante)... Aos 18 anos, então aí, é que começaram mesmo as coisas a sério... (...) Nessa altura, já estava na tropa... Foi quando fui à tropa... Fui à tropa, fiz a recruta e naquela altura que a gente começava a sair... Pronto, já andava a desconfiar que havia qualquer coisa que não andava bem, não é?... Porque olhava para um homem e os homens atraíam-me, e as mulheres não me diziam nada... Apenas gostava de construir amizades, mas nunca (hesitante)... (...) (referindo-se aos homens) Porque atraíam-me bastante... Quando eu ia tomar banho com os meus camaradas, atraíam-me bastante... Mas, não ao ponto de chegar ali e começar a tocar-lhes... Porque tinha que manter, também, a postura... Só que era uma coisa que estava encoberta... E, então, houve uma altura em que eu decidi ir em busca e tentar saber o que é que se passava...”

Em 1997, então com 18 anos e a viver em Lisboa, conheceu o homem que se tornou o seu primeiro namorado, na pastelaria em que aquele trabalhava. Envolveram-se

e começaram a partilhar um apartamento alugado. O namoro com o empregado de pastelaria durou três anos e terminou em razão do vício deste último em drogas. Não obstante, o empregado de pastelaria manifestou sempre o desejo de realizar trocas sexuais em grupo e enveredar pelo “swing”, a que Eduardo se opôs inexoravelmente. Porém, este indivíduo e o primeiro companheiro nunca utilizaram preservativo nas relações sexuais ao longo dos três anos de namoro. Eduardo justificou estas relações sexuais desprotegidas com o primeiro namorado pelo intuito de maximizar o prazer sexual (segundo as suas palavras, o preservativo causa-lhe desconforto) e por pura negligência, na medida em que já havia tomado conhecimento efectivo dos meios de transmissão do VIH/Sida. Com efeito, foi na Marinha que se consciencializou sobre as implicações do VIH/Sida:

“(referindo-se aos seus familiares, que nunca lhe explicaram as formas de contágio do VIH/Sida) Nunca... Nem na escola... Nunca tive qualquer noção disso, até ir à tropa... Porque na tropa, então aí, já comecei a saber o que era a Sida... (...) Inclusive na Marinha, falava-se muito... E, então, quando davam os casos na televisão, a gente, entre nós, falava e não sei quê... Porque o marinheiro tem a fama de ser muito mulherengo... E o próprio comandante do navio, antes da gente sair do navio, era a primeira coisa que impunha, era o preservativo... O próprio comandante dava-nos preservativos, por causa dessa tal fama que a gente tinha... A gente, quer dizer, falo a nível de marinheiros...”

Este ajudante familiar esteve alistado na Marinha cerca de três anos. Desses três anos, quinze meses foram passados em viagem, os restantes vinte e um no patrulhamento à costa. Nesta época, quando exercia a actividade de patrulhamento da costa, deslocava-se a Palmaz para visitar a família, no máximo, de dois em dois meses. Numa dessas deslocações, Eduardo transmitiu aos pais a sua orientação sexual. Estes reagiram de forma negativa à notícia, mas, com o tempo, acabaram por aceitar a homossexualidade do filho. Já as irmãs tiveram uma reacção positiva, se bem que a mais velha criticava a sua opção sexual de quando em quando. Em concreto, os comportamentos discriminatórios intra-familiares relativamente à sua homossexualidade foram protagonizados pelos tios maternos:

“Disseram-me que paneleiros, na família, não havia... E que não era da família... (...) Quer dizer, directamente, não disseram... Mas, disseram a outras

peessoas... E as pessoas a quem disseram, contaram-me... Foi a mãe de um amigo lá da terra... (...) E, actualmente, não falo com nenhum familiar da parte da minha mãe... Pronto... Não falo com ninguém... (...) Porque sou completamente discriminado pela família... E a partir daí, eu sou eu, e o resto...”

A certa altura do namoro de três anos com o primeiro companheiro, este indivíduo começou a ficar intrigado com o comportamento estranho daquele, que, ocasionalmente e sem qualquer razão manifesta, trazia para tela de debate a questão do VIH/Sida nos diálogos entre ambos:

“Porque eu e o meu ex tínhamos muitas conversas... Tipo, se um tivesse o HIV, o que é que o outro ia fazer?... (...) Falávamos porque, é assim, eu desconfiava que havia qualquer coisa que não jogava bem nele... Porque ele é que tocava no assunto... E eu disse: “Eu gosto muito de ti... Mesmo que soubesse que tivesses, eu não te largava”... Pronto, e então (hesitante)...”

Contudo, na Marinha, Eduardo foi submetido a testes de despiste do VIH de forma regular que deram sempre um resultado negativo. No decorrer do namoro de três anos, só teve o seu companheiro como parceiro sexual. Sensivelmente em Agosto de 2000, seis meses depois de deixar a Marinha, foi realizar novo teste de despiste, por opção própria, no Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/Sida (CAD) da cidade de Lisboa. Nesta ocasião, o resultado deu positivo.

Entre o fim do primeiro namoro e a realização do teste de despiste do VIH em Agosto de 2000, este indivíduo teve algumas relações sexuais com parceiros ocasionais, umas protegidas, outras desprotegidas. Mesmo assim, está convencido de que foi o primeiro namorado, que faleceu de overdose no ano de 2005, a fonte da sua contaminação pelo VIH. Ao choque emocional característico da fase inicial da vivência da doença (Parsons, 1951; Caldeira, 1995), sucedeu uma reacção favorável de Eduardo face à seropositividade:

“Oh, senti raiva, não é?... Porque o erro foi meu... Não reagi mal, não é?... Mas, pensei que já que eu tinha, também não ia agora criar problemas... (...) Foi um bocado complicado aceitar, mas depois aceitei bem...”

Imediatamente a seguir ao abandono da Marinha, este indivíduo foi trabalhar para uma empresa que possuía várias pastelarias na cidade de Lisboa, em que foi cumprindo as funções de empregado de mesa em regime de rotatividade até ao ano de 2003. Durante este período, trabalhava cerca de 12 horas por dia (a princípio, entrava às 7 horas e saía às 19 horas; perto de seis meses depois, passou a entrar às 10 horas e saía às 2, dispondo de uma hora para descanso) e gozava folga e meia por semana. O seu salário rondava os 750 Euros mensais.

Em 2001, o actual utente da Abraço/Delegação Norte teve a sua primeira consulta com um médico especialista em infecciologia no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, instituição para a qual foi encaminhado a partir do CAD onde realizou o teste de despiste do VIH que deu um resultado positivo. Nesse mesmo ano, iniciou a terapêutica contra o VIH/Sida. Todavia, passados seis meses, desistiu do tratamento anti-retroviral, abdicando da toma dos comprimidos e das visitas ao médico para acompanhamento correcto da doença, até ao ano de 2006:

“Porque era stressante... Tinha que estar ali com aquela medicação certa... E, na altura, era muito medicamento... Eu, na altura, tomava à volta de uns quinze comprimidos por dia... E isso começava-me a bater na cabeça e houve uma altura em que deixei de tomar... (...) E, então, deixei porque era muita complicação e, depois, não queria saber... E, depois, em 2006, quando regresssei ao Porto, é que retomei a medicação...”

Depois de deixar a empresa que possuía várias pastelarias, Eduardo foi laborar para o Hospital de Santa Maria, também na área da hotelaria. Nesta ocupação em que permaneceu nove meses, trabalhava seis dias por semana (cumpria dois turnos de forma rotativa: num, entrava às 11 horas e saía às 14; noutra, entrava às 14 horas e saía às 18) e tinha um vencimento de 550 Euros. O seu emprego seguinte foi como repositor da secção dos enlatados no Continente do Centro Comercial Colombo, em Lisboa, cerca de cinco meses. No Hipermercado Continente, trabalhava cerca de 10 horas por dia (cumpria, igualmente dois turnos, de forma rotativa: no da manhã entrava às 8 horas e saía às 18; no da tarde, entrava às 14 horas e saía às 24) e tinha folga e meia por semana. O salário mensal era de 680 Euros.

Entre o fim do primeiro namoro, no ano de 2000, e o término da ocupação no Hipermercado Continente, no ano de 2004, este indivíduo viveu num quarto alugado em

Lisboa, cuja renda era de 120 Euros. Ao longo destes quatro anos, teve relações sexuais com cerca de trinta indivíduos diferentes, sem se envolver emocionalmente com algum deles (nestas trocas sexuais, fez sempre uso do preservativo).

Posteriormente ao emprego como repositor no Continente do Centro Comercial Colombo, Eduardo partiu para Espanha à procura de novas oportunidades para trabalhar, fixando-se, num primeiro momento, na cidade de Medina del Campo, situada na província de Valladolid.

Após um mês a procurar emprego e revelando dificuldades em comunicar na língua espanhola, resolveu prostituir-se, solicitando clientela masculina nas ruas e em discotecas. O preço mínimo cobrado por um serviço sexual (como activo ou passivo) era de 50 Euros (com um casal homossexual ou heterossexual podia ascender aos 200 Euros).

Decorridos dois meses, viajou para a cidade de Madrid, na qual permaneceu nos quatro meses seguintes continuando a dedicar-se à prostituição. Finda a peripécia em Espanha, regressou à cidade de Lisboa. Nos primeiros dois meses e meio passados na capital portuguesa, obteve rendimentos, ainda, prestando serviços sexuais. Ao longo destes oito meses e meio de prostituição, Eduardo foi solicitado por alguns clientes para realizar serviços sexuais desprotegidos, pedido a que atendeu, pese embora a sua seropositividade, no intuito de maximizar os lucros:

“Até à altura em que eu andava na prostituição... Porque lá está, depois havia gente que vinha ter comigo e queria, mas sem preservativo... E eu, muitas vezes, frisava: “Querem mesmo sem preservativo?”... (reproduzindo a resposta de alguns indivíduos que lhe requisitaram serviços sexuais) “Queremos”... Eles pagavam mais para fazer sem preservativo... (...) Mas, eu frisava sempre: “Querem mesmo?”... (reproduzindo a resposta de alguns indivíduos que lhe requisitaram serviços sexuais) E eles: “Queremos... Porquê? Há algum problema?”... E eu dizia: “Não. Se vocês querem, tudo bem”... (...) Na altura, como pagavam mais, eu...”

Foi o antigo patrão da empresa do ramo da pastelaria que o persuadiu a largar a prostituição. Aquele ofereceu-lhe, de novo, emprego, depois de ter tomado conhecimento da realidade em que este ajudante familiar mergulhara. Eduardo trabalhou para esta empresa por um período de mais seis meses.

Durante este tempo, conheceu um transformista num bar de Lisboa, que o convidou para integrar um show seu. Eduardo aceitou a proposta e acabou por enveredar pelo mundo do transformismo a tempo inteiro, após cessar a actividade na pastelaria como empregado de mesa.

Nos meses seguintes do ano de 2005, realizou espectáculos de transformismo em algumas dezenas de casas nocturnas espalhadas por todo o país e, também, em festas privadas. Nesta fase da sua vida, chegou a ganhar mais de 5.000 Euros mensalmente. Contudo, em virtude do investimento que teve que fazer em roupas, pinturas e outros acessórios utilizados nos shows de transformismo, não foi capaz de economizar os avultados rendimentos mensais que auferia.

Paralelamente, em 2005, iniciou uma relação de namoro com um indivíduo que conheceu num bar “gay” lisboeta (este segundo namorado vivia da prostituição). Temendo a reacção do namorado, por um lado, e não depositando grande confiança no futuro da relação, por outro, Eduardo nunca revelou a sua seropositividade ao segundo companheiro:

“Não, não era porque tinha medo que ele me rejeitasse... Porque, é assim, naquela altura ainda era muito complicado para mim começar a dizer às pessoas que tinha ou que deixava de ter... Porque, também, não sabia qual é que ia ser a reacção das pessoas... (...) Porque se fosse uma coisa concreta, uma relação que fosse mesmo para ficar, então aí contava... Mas, na altura, não falei... (...) Porque, para mim, a homossexualidade é a coisa mais podre que pode haver... Porque, é assim, não há amigos ali... Só há conhecidos... Então, a gente pode conhecer uma pessoa e viver quase quatro, cinco anos com ela e, ao fim, se há um pequeno problema, essa pessoa vai andar a espalhar tudo...”

No segundo namoro, que durou pouco mais de um ano, este indivíduo e o companheiro utilizaram preservativo nas trocas sexuais, excepto na prática da felação. Este procedimento de descuido na prática do sexo oral estendeu-se aos contactos com os cerca de cinquenta casais homossexuais com quem Eduardo e o segundo companheiro praticaram “swing”. Embora a felação que não pressuponha o contacto com sémen seja considerada um comportamento de risco moderado (Glaser in Jr. et al., 1991), conforme se discutiu no Capítulo II, já foram detectados casos de transmissão do VIH por meio desta prática (Montagnier, 1994).

Em meados de 2005, o protagonista desta história de vida padeceu de anemia e foi internado durante cinco meses. Por força desta situação, os pais vieram a tomar conhecimento da sua contaminação pelo VIH:

“Fui internado... E, inclusive, tive que dar o contacto dos meus pais porque o caso estava mal parado... Porque, nessa altura, foi quando esse primeiro namorado que eu tive faleceu... Porque o amor acabou da parte dele, mas o meu não... Ele foi sempre o meu grande amor... Foi a pessoa que mais me marcou... E faleceu de overdose... E foi nessa altura em que eu comecei a deixar de comer e não sei quê... E foi aí... Enfraqueci e apanhei uma anemia... Tive que ser internado... Emagreci até aos 40 quilos... E tive que ser internado e isso, realmente, deu-me (hesitante)... Se não tivesse tido aquelas consultas de psicanalista e não sei quê, hoje não estava cá... Fui obrigado a dar o número de telefone dos meus pais e eles, a partir daí, ficaram a saber...”

A mãe, que já lidava com dois seropositivos no lar de terceira idade onde trabalhava, acabou por aceitar a sua seropositividade com o tempo. O pai ainda hoje tem melindre em abordar essa questão, acusando, presumivelmente, os sentimentos de frustração ou culpa que Marrucho (2001) detectou no seu estudo, enquanto reacções comuns dos familiares em relação ao indivíduo seropositivo.

A seguir à hospitalização, Eduardo retornou à prostituição com o propósito de amealhar algum dinheiro e adoptar um estilo de vida radicalmente diferente. Em Fevereiro de 2006, depois de dois meses consagrados ao “trabalho sexual” (Oliveira, 2004), viajou para o Porto.

Efectivamente, os relatos de deste indivíduo que respeitam ao período cronológico situado entre meados de 2001, em que desistiu do tratamento anti-retroviral e de acompanhamento médico especializado para o VIH/Sida, e Fevereiro de 2006, em que se fixou no Porto e largou, a título definitivo, a vida de prostituto, no juízo de Goffman (1988), um “desvio social”, comprovam a hipótese teórica 2 (que enfatiza o seguimento de uma estratégia pautada pelo “comportamento desviante” e pelo desleixo face à terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto), apresentada no Capítulo II.

Chegado ao Porto, ainda a recuperar da anemia, procurou apoio na instituição Espaço Pessoa, sendo encaminhado para a Emergência Social, que lhe garantiu

alimentação e dormidas cerca de dois meses. Seguidamente, através da instituição Cais, em Vila Nova de Gaia, frequentou um curso de informática, ao longo de uma semana e meia.

Pouco tempo depois, empregou-se num restaurante localizado no cais de Vila Nova de Gaia, onde trabalhava como copeiro cerca de 14 horas por dia, sem gozar folgas, e recebia um ordenado de 375 Euros mensais. Ao fim de quatro meses de trabalho, considerando que estava a ser vítima de exploração, abandonou a actividade como copeiro.

Em Maio de 2006, este indivíduo recorreu à instituição Abraço/Delegação Norte (por indicação dos técnicos do Espaço Pessoa), também em Vila Nova de Gaia, pelo que lhe foi facultado apoio psico-social, alimentar e, também, em termos de vestuário. Por intermédio da mencionada instituição, acedeu ao Rendimento Social de Inserção (R.S.I.). Em Dezembro de 2006, e igualmente por acção da Abraço/Delegação Norte, iniciou um curso profissional de geriatria do Centro de Emprego, que terminou em Agosto de 2007 e lhe deu equivalência ao 9º Ano de escolaridade.

Depois disso, agenciou nova ocupação profissional numa pastelaria situada na Foz do Porto, como empregado. Nesta pastelaria, trabalhava 7 horas por dia (entrava às 11 horas e saía às 18) e gozava uma folga rotativa semanalmente. O salário cifrava-se em cerca de 600 Euros mensais. Volvidos três meses na pastelaria, Eduardo foi assolado por um problema renal, que o forçou a perder o emprego. Beneficiando, novamente, do R.S.I., matriculou-se, ainda no ano de 2007, no 10º Ano, num curso profissional na área da acção social, em regime nocturno, na Escola António Sérgio, situada em Vila Nova de Gaia.

Outro apanágio da sua vinda para o Porto, em Fevereiro de 2006, foi a retoma do tratamento anti-retroviral. Remetido para o Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.) a partir do C.A.D. da cidade do Porto, começou a ter consultas trimestrais com uma especialista em infecciologia e reiniciou a toma de medicação contra o VIH/Sida. O seu regime terapêutico inicial compreendia dez tomas diárias de comprimidos, cinco de manhã e cinco à noite. A reacção de Eduardo à terapêutica foi extremamente positiva, de tal modo que, a meio do ano de 2007, reduziu a sua carga viral para um patamar mínimo:

“Porque eu, no espaço de pouco tempo, consegui (hesitante)... Porque eu tinha quase as defesas todas em baixo... E num espaço de pouco tempo

consegui recuperá-las ao máximo... Então, a Dra. diz que eu (hesitante)... A única coisa que ela me recomenda é eu manter o tratamento assim... (...) Pronto, desde meados de 2007, consegui pôr isto tudo negativo mesmo... Consegui mesmo ficar negativo... A única coisa que eu não posso fazer é tirar fora o vírus...”

A relação deste indivíduo com a sua médica é ótima, pelo que o primeiro considerou a última uma pessoa da sua confiança, declarou sentir-se bem nas suas consultas e, não obstante, entendeu que a sua influência é decisiva para o tratamento correcto do VIH. Tendo reduzido a carga viral para um patamar muito baixo, Eduardo nunca teve qualquer indicação específica da sua médica ao nível dos cuidados com o corpo. Com efeito, mantém uma alimentação normal, fuma um maço de tabaco por dia (embora tenha a intenção de deixar este vício) e, nas habituais duas saídas nocturnas mensais, consome, no máximo, dois whiskies com Coca-Cola. Plenamente satisfeito com o atendimento que tem tido pela médica assistente, outros técnicos de saúde e profissionais do H.J.U., apontou uma única lacuna a esta instituição que abala a qualidade da sua resposta:

“Eu acho que eram as instalações... Era a única coisa que precisava de ser melhorada... (...) Porque, também, já são muito antiquadas, não é?... Mas, é a única coisa...”

Com a redução extraordinária da carga viral, em meados de 2007, o actual paciente do H.J.U. viu o seu plano de tomas diárias diminuído para cinco comprimidos. De igual forma, no princípio de 2008, passou a ter consultas semestrais com a sua médica para acompanhamento do problema do VIH.

Eduardo citou a anemia que sofreu em meados de 2005 e que quase lhe pôs termo à vida como um factor determinante para adoptar um estilo de vida saudável e reiniciar o tratamento anti-retroviral:

“Foi uma das coisas que me levou a sair de Lisboa... Porque, senão, o mais certo era não estar aqui... Iria continuar na prostituição... (...) Foi porque optei por ter uma vida nova e tentar levar as coisas certas... É assim, mudou tudo... (...) Porque, é assim (expondo o seu pensamento na época): “Também não vai ser agora que vais parar... Tens que continuar e levar as coisas em

frente”... Foi aí que eu optei por arranjar um novo emprego e começar com a terapia... E tentar conciliar as duas coisas...”

Em Outubro de 2007, este ajudante familiar iniciou o seu terceiro namoro com um indivíduo (um chefe de cozinha, também seropositivo) que lhe foi apresentado através de uma amiga comum a ambos (sublinhe-se que, entre Fevereiro de 2006 e Outubro de 2007, Eduardo teve relações sexuais com cerca de dez parceiros ocasionais, fazendo sempre uso do preservativo). Foi já com o namoro encetado que confessaram a seropositividade um ao outro. Actualmente, partilham um apartamento em Vila Nova de Gaia que é propriedade do companheiro de Eduardo. Excluindo os preliminares, mormente a felação, o casal utiliza preservativo nas trocas sexuais. Esta negligência relativamente à felação, um comportamento de risco moderado (Glasel in Jr. et al., 1991) que Eduardo não revela à sua médica assistente do H.J.U., é susceptível de subverter o cumprimento do regime terapêutico, promovendo o aumento da sua carga viral (o seu companheiro pode ter uma carga viral superior à sua, recomendando-se, por isso, o uso do preservativo em tal prática sexual, mesmo que de risco moderado).

Nesta congruência, a fase da vida deste indivíduo compreendida entre Fevereiro de 2006 e a actualidade corrobora parcialmente a hipótese teórica 1 (que, recordando, alude ao seguimento de uma estratégia baseada na adopção de um “*estilo de vida saudável*” e no cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto) desta investigação, atendendo ao descuido face ao sexo oral nas relações íntimas que tem com o seu companheiro.

Não obstante, Eduardo alegou que a aposta que está a fazer na formação constitui uma fonte de bem-estar pessoal e é parte integrante da sua estratégia de vida (ainda que não lhe permita abstrair-se do problema do VIH), confirmando a hipótese teórica 3 (que respeita à adopção de uma estratégia centrada no “*investimento em novos saberes*”, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto):

“Faz-me sentir melhor... Porque só o facto de eu poder fazer alguma coisa para ajudar outros na mesma situação que eu, já me faz sentir bem... (...) É assim, esquecer, propriamente, não me faz esquecer... Uma pessoa tem que ter em atenção, porque no curso que eu estou a tirar fala-se muito sobre a Sida, sobre discriminação... Pronto, e estou a tocar num assunto que eu tenho cá dentro... Por isso, não me faz esquecer... (...) Porque foi uma das formas que eu

encontrei para me sentir bem... Aquilo que me fizeram, eu posso tentar fazer ao outro... E acho que num curso de Acção Social posso fazer isso... (...) Porque a sociedade e esta (referindo-se à Abraço) instituição... Tipo, quem diz esta, diz outras, fizeram algo por mim... Tentaram dar-me bem-estar... (...) Porque, até então, fizeram algo por mim... E era uma altura de eu tentar fazer algo pelos outros...”

Cumulativamente, este indivíduo manifestou o desejo claro de desempenhar um cargo numa instituição de apoio a doentes de VIH/Sida no futuro, em particular na Abraço:

“Gostava muito de trabalhar na Abraço... Fazia muito gosto em trabalhar na Abraço... (...) Vir trabalhar mesmo para a Abraço... Entrar num projecto e levar o projecto para a frente... (...) (referindo-se ao facto de ter a intenção de desenvolver esforços para alcançar o objectivo de exercer um cargo remunerado na Abraço) Sim...”

Além disso, tem participado em algumas iniciativas promovidas pela Abraço/Delegação Norte, destinadas à informação e prevenção do VIH/Sida e angariação de fundos:

“Estou sempre disponível para entrar em peditórios, em (pensativo)... Formação, às vezes, nas praias, isto e aquilo... (...) É assim, tenho entrado com vontade nessa actividade aqui na Abraço... Fazia voluntariado na Cais Porto, também... (...) Já participei num peditório (pensativo)... E foi mais qualquer coisa (pensativo)... Entrei em duas ou três coisas... (...) (referindo-se às suas motivações pessoais para participar neste tipo de actividades) É porque é uma questão de convívio (pensativo)... Convívio e, é pá, mostrar mais o que é que é a associação... Porque muita gente olha de lado para a Abraço por ser da Sida...”

As narrações de Eduardo validam, deste modo, a hipótese teórica 5 da presente investigação (que se refere ao seguimento de uma estratégia de vida centrada na inclusão efectiva em instituições de apoio a doentes de VIH/Sida e participação activa em campanhas de informação e prevenção da mesma patologia, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto).

Conforme foi atrás mencionado, por volta de Maio de 2006, o protagonista desta história de vida fez a sua primeira visita à Abraço/Delegação Norte, em Vila Nova de Gaia, que confessou ter sido marcada pelo sentimento de vergonha. A partir dessa altura, teve atendimento trimestral com um psicólogo da dita instituição. Contudo, ao fim de pouco tempo, abdicou deste serviço visto que também tinha consultas com um psicólogo no Hospital de Joaquim Urbano. Na Abraço/Delegação Norte, fez também parte de um grupo de auto-ajuda que reunia quinzenalmente para partilhar experiências.

Eduardo afirmou que o apoio prestado por esta instituição melhorou a sua qualidade de vida sob todos os aspectos e que está extremamente satisfeito com o atendimento que tem tido nesta instituição nos últimos dois anos. Hoje em dia, visita a Abraço/Delegação Norte uma vez por mês, já numa lógica de “*amigo*”, citando as suas palavras.

Apesar de se sentir satisfeito com a resposta da mencionada ONG às suas petições, Eduardo considerou que os serviços e equipamentos disponibilizados por esta instituição deveriam ter maior abrangência:

“Era a instituição... Acho que havia de ser uma coisa nova de raiz... Era a única coisa que havia de mudar... Que pudesse apoiar mais... Mais, a nível social, pronto... Tipo, a instituição ser maior... Ser uma casa maior, entre várias coisas... (...) Pronto, eu não digo só ao nível de convívio de pessoas com Sida... (...) Promoverem intercâmbios com a sociedade lá fora... Pronto, uma casa grande, tipo (pensativo)... Pronto, que pudesse albergar pessoas... Pronto...”

No mês de Abril de 2008, este indivíduo logrou colocação profissional num lar de terceira idade da cidade do Porto, como auxiliar. Neste lar de terceira idade, cumpre dois turnos (numa semana entra às 8 horas e sai às 14; noutra entra, também, às 8 horas e sai às 19) e usufrui de folga e meia por semana. O seu ordenado é de 426 Euros por mês. Como ainda está a aceder ao R.S.I., a sua receita mensal ascende aos 600 Euros.

Segundo Eduardo, o contágio pelo VIH não trouxe mudanças significativas em termos das suas práticas culturais, com excepção da perda de capacidade para hábitos noctívagos:

“A única coisa que mudou é que eu agora já não consigo fazer directas... É a única coisa que mudou... (...) Se eu vou para a noite e fizer uma

directa (hesitante)... Chega, por exemplo, às 4 (horas) da manhã e tenho que ir embora... Não tenho já capacidade para mais... É assim, antes estava sempre sistematicamente na noite... Agora, não... Agora, saio uma ou duas vezes por mês e já é muito..."

Da mesma forma, este ajudante familiar enfatizou que a seropositividade não imprimiu qualquer alteração no que toca às suas sociabilidades. Na verdade, um comportamento altamente discriminatório e ignóbil tido pela Directora do curso profissional de geriatria que frequentou entre Dezembro de 2006 e Agosto de 2007 contra si, permitiu reforçar os laços de Eduardo com os seus colegas de turma:

"Não... Pelo contrário... Eu quando tirei o curso, na altura que era para estagiar, eu estava para estagiar num sítio, num lar de terceira idade... Mas, só que a Directora do curso disse que podia... Depois, à última hora, disse que não ia... E eu disse-lhe: "Você está-me a excluir... E porquê?"... E ela, à frente de toda a gente, de trinta e tal pessoas do curso disse: "Não, porque você é seropositivo"... Ela não podia fazer isso... Porque, é assim, para mais, ela não tem nada a ver se eu sou ou deixo de ser... Porque, é assim, eu por ser seropositivo, não implica de eu ir fazer um estágio a um lar de terceira idade... Porque ela não queria que eu tivesse contacto com idosos... E ela, agora, soube que eu estava num lar... Ela tentou agir... (...) Foi uma coisa que ainda me uniu mais à turma... Foi..."

A família tem-lhe prestado um apoio reduzido no decurso da doença, mormente devido à distância geográfica que os separa:

"É assim, houve uma altura em que a relação era boa, principalmente com a minha irmã mais velha... Ela apoiava-me muito... Na altura em que começou a namorar, já ficou assim um bocado... Mas, (referindo-se aos familiares) não tocam no assunto... A única coisa que perguntam, quando a minha mãe me telefona ou a minha irmã, é: "Então, como é que estás? Estás a fazer medicação? Não estás?"... Mas, assim por alto... Não é: "Ai, como é que está o fígado? Como é que está isto? Como é que está aquilo?"... Porque falar em valores e em cargas víricas para eles não vale a pena, porque eles não percebem nada... (...) Não, porque, é assim, eu em relação à minha família,

volta e meia telefono, ou eles me telefonam... Mas, não é assim sistematicamente... Porque eu também estou longe, não é?...”

Os pais, as irmãs e uma tia pela parte do pai que reside em Almada são os únicos familiares que têm conhecimento da sua seropositividade. Eduardo definiu a relação com a sua família como “*oscilante*”, reconhecendo, no entanto, a preocupação da mãe com a sua enfermidade e o agrado em dialogar com esta, ocasionalmente, pelo telefone. Sempre que pode, desloca-se a Palmaz para visitar os pais e os avós paternos.

No seguimento, as suas relações afectivas nunca foram afectadas em razão do contágio pelo VIH, dado que fez sempre sigilo da infecção, excepto no namoro presente. O mesmo é válido para as relações laborais (dado que nenhum dos colegas de trabalho tem conhecimento da sua seropositividade – a chefe do lar de terceira idade em que trabalha actualmente como auxiliar está inteirada do seu contágio, mas, até à data, nunca lhe levantou objecções ao exercício da profissão –), para a vida religiosa (Eduardo manteve um nível baixo de prática religiosa depois de ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH) e para a actividade sexual (Eduardo manteve um ritmo de actividade sexual semanal elevado depois de ter tomado conhecimento da seropositividade, pelo que chega a praticar sexo mais de sete vezes por semana com o seu actual companheiro).

Também, este indivíduo declarou que a contaminação pelo VIH não lhe trouxe receio em relação ao futuro, embora viva com maior ansiedade.

A postura que o utente da Abraço/Delegação Norte revelou face à seropositividade a partir de Fevereiro de 2006 está em conformidade com o conceito de “*doença-resistência*” esboçado por François Laplantine (1992), a partir da obra de Katherine Mansfield.

Actualmente, Eduardo divide o seu tempo entre a ocupação como auxiliar no lar de terceira idade e a frequência do curso profissional na área da acção social, em regime nocturno. Quando está em casa, dedica-se, preferencialmente, à costura e vê televisão. Por regra, levanta-se às 6 horas e 50 minutos para chegar às 8 horas ao posto de trabalho. Depois de terminar o dia de trabalho, ou às 14 horas, ou às 19, vai para casa. Este ajudante familiar costuma deitar-se à meia-noite e meia, mas, por vezes, prolonga o seu serão até às duas horas da manhã.

Nas saídas nocturnas quinzenais, faz-se acompanhar sempre pelo seu namorado. O casal frequenta bares heterossexuais das cidades de Vila Nova de Gaia e do Porto,

habitualmente. Não raro, o par de namorados viaja de carro até Espanha para passar o fim-de-semana.

Para além dos pais, das irmãs e da tia de Almada, Eduardo só revelou a sua seropositividade ao antigo patrão da empresa de pastelarias e a dois amigos homossexuais da cidade de Lisboa. Este indivíduo afirmou ter poucos amigos, hoje em dia, por opção pessoal. Do seu restrito círculo de amizades, sobressaem os laços criados com uma proprietária de um café portuense (esta ignora o seu contágio pelo VIH) e uma funcionária do Espaço Pessoa. Os amigos que fez na terra natal durante a infância e a adolescência discriminaram-no e cortaram a relação consigo a partir do momento em que tomaram conhecimento da sua homossexualidade. Com as colegas de trabalho (no lar de terceira idade, este indivíduo trabalha, essencialmente, com pessoas do sexo feminino), mantém uma relação salutar. Ocasionalmente, tomam um café em grupo.

O actual utente da Abraço/Delegação Norte encara a seropositividade com uma naturalidade admirável, presumivelmente por ter bem interiorizado que a Sida é, no momento presente, uma doença de cariz crónico. Eduardo asseverou que não teme a morte, nem se sente uma pessoa socialmente diminuída por culpa do contágio pelo VIH. No seu juízo, as pessoas da sociedade dita “*normal*”, em geral, continuam a revelar uma visão estereotipada extremamente negativa cerca dos doentes de VIH/Sida.

A grande meta do protagonista desta história de vida é aumentar a escolaridade e tornar-se assistente social. Funcionário efectivo no lar de terceira idade, este indivíduo só pondera deixar a referida ocupação no futuro próximo se surgir uma oferta de emprego mais aliciante, sobretudo ao nível da remuneração. Sem embargo, recusa pensar, neste momento, na hipótese de poder vir lesado em termos laborais futuramente por causa da sua contaminação pelo VIH.

A par das ambições profissionais, o seu projecto de vida pressupõe, ainda, a aquisição de uma casa e a realização afectiva.

Algo céptico quanto à possibilidade de poder restabelecer-se totalmente da doença até ao fim da sua vida, Eduardo deixou os votos de descoberta de uma cura definitiva para o VIH/Sida na posteridade:

“É assim, eu não vou dizer que não, nem vou dizer que sim, porque não sei como é que vai ser o dia de amanhã... Eu espero bem que um dia, não digo por mim, mas que possa já haver cura, não é?...”

2. As narrações de Fábio: *“E, aí, eu acho que até prolonga mais a vida do seropositivo... (...) A gente valoriza mais a vida... Não é?... (...) Eu me preocupo mais com o futuro, eu já penso em não fazer muita coisa agora, para eu ter uma vida saudável no futuro...”*

Fábio, um operador de “telemarketing” e utente da Abraço/Delegação Norte, é natural do Rio de Janeiro, capital do estado com o mesmo nome, no Brasil, onde nasceu no dia 19 de Julho de 1985. O lugar de classe de origem deste jovem brasileiro é a pequena burguesia de execução. O pai trabalha como auxiliar num posto de bombeiros, enquanto que a mãe é doméstica (esta é proveniente de uma família operária industrial; quanto aos avós paternos, o jovem brasileiro nunca os conheceu).

No período infantil, o agregado familiar de Fábio era constituído pelos pais e pelo irmão, dois anos mais velho. Entre os 4 e os 6 anos de idade, dado que a mãe agenciou uma ocupação em “part-time”, este indivíduo residia na casa da avó e da tia maternas de 2^a a 6^a Feira e passava o fim-de-semana com os pais e irmão (a avó e a tia maternas também moravam no Rio de Janeiro, no município de Nova Iguaçu, a cerca de “uns 40 minutos de viagem”, de acordo com as suas palavras, da casa dos pais).

A relação intra-familiar foi sempre aprazível no decorrer da infância de Fábio, que repartia o seu tempo entre a escola, a prática religiosa, o convívio familiar e com os amigos. No entanto, com cerca de 7 anos de idade, foi vítima de um abuso sexual por parte do pai de um amigo, episódio que descreveu como a pior recordação da sua infância (da família de Fábio, somente o irmão tomou conhecimento do abuso, mas nunca chegou a denunciar o caso à polícia):

“Foi, tipo, eu ia para casa de um amigo para jogar “video-game”... Daí, o pai dele começou a me assediar sexualmente... (...) Não, não chegou a ter penetração, porque, imagina, eu era uma criança... Não tinha nem noção... (...) Sim, eu ficava tocando nele... Sexo oral...”

Este jovem brasileiro recebeu uma educação liberal, se bem que com um acentuado ascendente religioso. Fábio, o pai e o seu irmão pertencem à Religião Espírita, ao passo que a mãe é católica (Fábio cumpriu, todavia, o sacramento do Baptismo, o único vínculo que tem com a Igreja Católica). No Rio de Janeiro, o actual utente da Abraço/Delegação Norte deslocava-se ao Centro Espírita na companhia do pai

e do irmão para praticar a sua religião todos os Sábados. Igualmente uma vez por semana, praticava um culto cristão integrado na Religião Espírita com o pai e o irmão, em casa, à 4ª Feira. Este indivíduo desenvolveu, inclusive, o estudo sistematizado da Religião Espírita, que corresponde à catequese na Religião Católica.

Para os pais de Fábio, o tema da sexualidade constituiu sempre um tabu. Estes também se eximiram a abordar a problemática do VIH/Sida com o filho, conquanto o alertassem para usar o preservativo nas trocas sexuais.

Até entrar para a escola primária, aos 6 anos de idade, este indivíduo frequentou um jardim-de-infância por dois anos. Revelando maior capacidade de aprendizagem do que os seus colegas, adiantou-se um ano no nível de escolaridade, por altura da 1ª Série do Ensino Brasileiro. O jovem brasileiro completou o 2º Grau do Ensino Brasileiro (que equivale ao 12º Ano de escolaridade em Portugal) sem reprovações, aos 17 anos, desenvolvendo o seu percurso em instituições privadas. Desde tenra idade que Fábio patenteou a ambição de ingressar no ensino superior. O seu pai encarou a ideia sempre com alguma reserva:

“Não, eu lembro que o meu pai, ele sempre falava assim: “Ai, você não pode fazer a faculdade, porque é muito caro... E os livros são muito caros... E você não vai conseguir”...”

Este operador de “telemarketing” concretizou a sua aspiração com a entrada numa Universidade privada do Rio de Janeiro, num curso de Português/Inglês, ainda com 17 anos. Paradoxalmente, foi graças a uma indemnização que o pai recebeu por ter perdido o emprego da época que reuniu recursos financeiros para o ingresso no ensino superior. Porém, ao fim de seis meses, foi obrigado a abandonar temporariamente o curso por falta de dinheiro para o pagamento das propinas. Meio ano depois, tendo conseguido empregar-se como auxiliar de cartório, regressou à faculdade. Fábio viria a desistir do curso de Português/Inglês depois de concluir o 2º Ano (faltou-lhe apenas um ano para a formatura), por um lado, devido à experiência negativa que teve no decorrer do estágio como professor num colégio público, por outro, porque encontrou motivação para partir para Portugal.

A sua adolescência foi vivida com “*muita intensidade*”, como o próprio referiu. Relativamente à sua orientação sexual, já na infância Fábio percebeu que eram as pessoas do mesmo sexo que lhe despertavam interesse:

“Sempre fui “gay”, sempre... (...) Eu sou só homossexual... Eu nunca “transei” com mulher, nem pretendo... (...) É assim, na verdade, eu acho que eu sempre soube que eu era, desde criança... Eu sempre (hesitante)... Na escola, eu olhava mais para os meninos do que para as meninas e tal...”

A iniciação sexual deste indivíduo deu-se aos 10 anos de idade, com um primo (actualmente casado com uma mulher), cinco anos mais velho (Fábio utilizou preservativo). Com 15 anos, conheceu, através da Internet, um jovem de 23 anos, com quem teve uma única relação sexual na casa daquele (Fábio utilizou preservativo).

O primeiro namoro sério de Fábio aconteceu aos 18 anos com um indivíduo da mesma idade que conheceu através de um amigo do irmão (o seu irmão é heterossexual). Esta relação findou passado um ano por iniciativa do namorado de Fábio que alegou ter deixado de o amar. Durante os quatro meses iniciais do namoro, o par fez uso do preservativo nas trocas sexuais. Depois de realizarem, um e outro, testes de despiste do VIH, com resultados negativos nos dois casos, abdicaram dessa protecção para ampliarem o prazer sexual.

Entre os 15 anos e o início do primeiro namoro, o jovem brasileiro teve relações sexuais casuais com cerca de trinta indivíduos diferentes que conheceu por meio da Internet ou em discotecas “gay” do Rio de Janeiro (fez sempre uso do preservativo nestas trocas sexuais).

Aos 16 anos, confessou aos pais e ao irmão a sua opção sexual. Com excepção do irmão, que ficou abalado, a princípio, a reacção à notícia foi pacífica. Todavia, Fábio afirmou que a sua homossexualidade fere a susceptibilidade dos pais e do irmão, que se eximem a abordar esse tema directamente com ele:

“Eles reagiram bem... É assim, eles não reagiram mal... Meu pai disse: “Ah, onde é que foi que eu errei?”... (risos) Brincando, não é?... E a minha mãe, tipo, também aceitou numa boa... Me respeitou sempre... (referindo-se ao irmão) Na verdade, ele já desconfiava porque ele entrava na Internet e lia o meu histórico... Na época era o ICK... Não sei se (hesitante)... Foi antes do MSM Messenger... Era tipo o MSM Messenger, só que era mais arcaico... Aí, ele lia o meu histórico, das minhas conversas... Ao princípio, ele ficou meio, assim (hesitante)... Atónito... Mas, depois ele (hesitante)... Aceitou... Só que, é assim, (referindo-se aos pais e ao irmão) eles aceitam, mas não tocam no assunto, sabe?... Não falam... Não perguntam: “Ei, está namorando?”...”

As primeiras saídas noturnas do protagonista desta história de vida ocorreram, também, aos 15 anos. Fábio mergulhou, a partir dessa data, nos ambientes “gay” da cidade do Rio de Janeiro, em especial nas discotecas. Menor de idade, falsificou um bilhete de identidade para poder frequentar esses espaços de animação noturna ao fim-de-semana, por regra.

Neste período, iniciou-se no consumo de “maconha” com uma rapariga que conheceu durante o Carnaval. Durante cerca de um ano, fumou esta substância muito esporadicamente.

A partir dos 16 anos, o consumo de “maconha” foi regular e teve maior expressão ao fim-de-semana (em muitas ocasiões, Fábio consumiu “maconha” na companhia do seu irmão).

Até aos 15 anos, este indivíduo viveu com os pais e o irmão. Em virtude de uma mudança de estabelecimento de ensino, passou a residir, aos 16 anos, na casa da avó e da tia maternas a tempo inteiro. Amiúde, esta tia materna manifestou desprezo pela sua orientação sexual (inclusivamente, divulgou, por iniciativa própria, a homossexualidade de Fábio junto de familiares afastados) e pertença religiosa:

“A gente se dava bem, só que, às vezes, ela me desrespeitava um pouco por duas coisas, uma pela minha religião, que eu sou Espírita, e outra pela minha opção sexual... (...) Mas, eram coisas irrelevantes, nada de (hesitante)... (...) Tipo, ela dizia que eu ia para o Inferno... Por ser homossexual e por estar na minha religião, também... Dizia que Deus não aceitava isso... Que Deus criou o homem para a mulher... Que isso é fornicção... Ela dizia... Perversão sexual, fornicção... Que eu estava com um espírito mau... Era a minha tia que dizia... (...) Mas, ela dizia com frequência... Depois, ela parou de falar... Depois de um tempo... Só que, logo que ela descobriu, também, ela começou a contar para a família toda... Tipo, parentes distantes que não tinham nada a ver com a minha vida, que nem me perguntavam se eu estava vivo ou se eu estava morto...”

Nos seus 16 anos, os pais do jovem brasileiro separaram-se por incompatibilidades. Fábio reagiu bem à separação dos pais, embora nunca tenha compreendido a sua causa.

Este indivíduo considerou que desde a infância que tem total conhecimento acerca dos meios de transmissão e implicações do VIH/Sida, principalmente pela enorme visibilidade pública que o assunto tem no Brasil:

“Sempre tive, desde criança... Ah, esse sempre foi um tema muito abordado no Brasil, através de todos os meios de comunicação... Através dos “media”, através da escola, através de amigos, através da religião... Através de tudo... Ah, eu não posso dizer, propriamente, assim: “Foi através da media”... “Foi através da escola”... Foram... Quer dizer, foi tudo importante... Os amigos, assim...”

Como já foi mencionado, a experiência de Fábio no mundo laboral principiou-se com uma ocupação como auxiliar num cartório, no Rio de Janeiro, aos 18 anos. Nesta ocupação, as suas tarefas consistiam na entrega de notificações na rua e no atendimento ao cliente no balcão. O jovem brasileiro trabalhava todos os dias úteis (prestava 8 horas diárias de trabalho, entrando às 9 horas e saindo às 17) e auferia um salário de cerca de 300 Reais (o equivalente a 96 Euros) por mês. Fábio manteve-se como auxiliar neste cartório um ano e oito meses, conciliando, paralelamente, a frequência do curso de Português/Inglês, em regime nocturno, que não chegou a concluir.

A seguir a esta ocupação, realizou um estágio de quatro meses como professor numa escola pública, uma experiência de que guarda más recordações por desrespeito dos alunos perante si.

Em Setembro de 2005, com 20 anos, este indivíduo abandonou a casa da avó e da tia maternas e partiu para São Paulo, onde se instalou na casa de um primo. Tendo-se desavindo com o primo, que o acusou de falta de responsabilidade, foi viver para a casa de um estilista homossexual, em São Paulo, que conheceu através de um amigo (Fábio e o estilista tiveram um pequeno “*affaire*”, a princípio, mas depois permaneceram amigos – utilizaram preservativo nas trocas sexuais –). Até Dezembro de 2005, auxiliou o seu amigo estilista na confecção das peças, executando recortes e responsabilizando-se pela revisão.

Terminada a aventura de quatro meses em São Paulo, Fábio regressou ao Rio de Janeiro e passou a viver sozinho, alugando um quarto. O primeiro emprego que teve depois do retorno à cidade natal foi como designer gráfico, num “*Cyber-café*”. Aqui, trabalhava de 2ª Feira até Sábado (cumpria 8 horas por dia, pelo que entrava às 12 horas e saía às 20) e recebia um ordenado de 300 Reais (o equivalente a 96 Euros). No final de Março de 2006, abandonou esta actividade. Os três meses seguintes foram passados numa ocupação em “*part-time*” a distribuir “*flyers*” à entrada de discotecas, que lhe valia 10 Reais (o equivalente a 3,2 Euros) por noite.

Nesta fase da sua vida, fumava “*maconha*” todos os dias, mesmo nos intervalos do horário de trabalho destinados ao almoço. Dadas as decepções que teve neste período, com especial destaque para o fim do primeiro namoro, experimentou outros tipos de drogas, entre elas, cocaína (por via nasal), crack, “*special key*” (uma droga sintética), “*poppers*” (igualmente, uma droga sintética) e “*loló*” (um solvente). No entanto, por não ter apreciado o efeito destas drogas, não as voltou a utilizar. Foi também por volta dos seus 20 anos que começou a consumir álcool regularmente ao fim-de-semana, em particular cerveja.

Numa noite do mês de Julho de 2006, sob o efeito de muita “*maconha*” e álcool, o jovem brasileiro teve aquela que julga ter sido a relação sexual desprotegida que lhe causou o contágio pelo VIH, com um indivíduo seis anos mais velho que conheceu numa discoteca “*gay*” do Rio de Janeiro algum tempo antes:

“Foi justamente nessa altura, quando eu estava com 20 anos... Eu estava assim bebendo muito e (hesitante)... Fumando muito... E daí, foi numa dessas relações que eu, tipo, não me dei conta e tal... A pessoa não fez questão, eu também não fiz... (...) Era coisa de seis anos mais velho... Mas, não era muito mais velho, não... Foi na noite... Era um conhecido... A gente já se falava e tal, mas nunca tinha rolado nada... Nesse dia, acabou acontecendo... Eu estava alcoolizado... E daí, foi nessa hora... (...) Não, eu já tinha a noção porque eu sabia do risco... Quando uma pessoa “transa” sem camisinha, sente isso... (...) Eu cheguei aqui com 21 (anos)... Foi, tipo, uns seis meses depois que eu fiquei sabendo... Tipo, eu me contaminei em Julho... Quando eu vim para cá, em Novembro de 2006 (hesitante)... (...) Um amigo meu me levou no CAD...”

Fábio atribuiu o desleixo face ao preservativo nesta relação sexual à influência de álcool e “*maconha*”. Ressalve-se que este operador de “*telemarketing*” teve outra troca sexual desprotegida com um indivíduo bissexual a anteceder aquela que considerou ter sido a fatal. Neste caso, fundamentou a sua desatenção pela vontade em ampliar o prazer sexual e pelas crenças de que a orientação bissexual daquele parceiro casual representaria, possivelmente, um garante de saúde, e de que não seria através de uma única relação sexual desprotegida que se iria contaminar com o VIH:

“Eu não fiz questão de usar... (...) Sim, para ter mais prazer... Também, porque o cara disse-me que também era heterossexual e eu pensei: “Ah, não

deve ter perigo”... Não foi só isso, não... Tipo, na hora, sei lá, não fiz questão de usar camisinha, não... Pensei: “Uma vez assim só, não tem problema”...”

Em Junho de 2006, Fábio logrou uma ocupação numa revista de arte, de novo como designer gráfico. Na referida revista de arte, laborava de 2^a a 6^a Feira um total de 8 horas diárias (entrava às 9 horas e saía às 17). O ordenado mensal era de 700 Reais (o equivalente a 225 Euros).

Depois de ter terminado a relação com o primeiro namorado, o actual utente da Abraço/Delegação Norte estabeleceu contacto através da Internet com um homossexual português (vinte anos mais velho) residente na cidade do Porto, com quem foi trocando mensagens frequentemente. Em Novembro de 2006, após ter abandonado a revista de arte onde desempenhava funções de designer gráfico, partiu para Portugal, para a cidade do Porto, com a intenção de iniciar uma relação de namoro com o indivíduo português que apenas conhecia do ciberespaço:

“Conheci essa pessoa na Internet... Foi logo depois que eu terminei o meu relacionamento com o Rodrigo... Aí, eu entrei na Internet e conheci essa pessoa daqui de Portugal... Ele é muito mais velho do que eu... Agora, ele está com 43 (anos)... Ele é português... Ele é vinte anos mais velho do que eu... Daí, a gente se conheceu na Internet... Daí, eu vim para cá... Sim, com a intenção de a gente ficar junto e tal, casar, morar junto... Só que aí, não deu certo...”

Com efeito, ao fim de um mês, tendo descoberto que o seu companheiro era adúltero, Fábio pôs fim ao namoro (Fábio utilizou sempre preservativo com este parceiro nas relações sexuais).

No período de tempo situado entre o fim do primeiro namoro, em 2004, e a vinda para Portugal, em Novembro de 2006, este indivíduo teve sensivelmente trinta parceiros sexuais ocasionais (utilizou sempre o preservativo, com excepção da relação sexual desprotegida que julga ter sido a fatal e da relação sexual com o indivíduo bissexual).

Em Dezembro de 2006, deslocou-se com um amigo brasileiro (trata-se de um conhecido da irmã de um amigo seu do Brasil que reside no Porto) até ao Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/Sida (CAD) da cidade do Porto, situado na Rua da Constituição, para realizar um teste de despiste, cujo resultado foi positivo.

Contrariamente àquilo que vem sancionado na literatura académica especializada sobre o tema (Parsons, 1951; Caldeira, 1995), a fase inicial de experimentação da doença foi vivida por Fábio com uma serenidade invulgar, sem que se tivesse verificado qualquer choque emocional ou tentativa de negação da seropositividade:

“Não, é assim, eu sempre fui muito tranquilo quanto a isso... Nunca tive problema com isso, não... Até hoje, eu nunca tive depressão... Nunca tive (hesitante)... Nunca fiquei revoltado com a vida, revoltado com Deus... Porque eu acredito na lei da causa e consequência, não é?... Se eu provoquei a causa, eu tinha que ter uma consequência... Ou seja, se eu sofro hoje, ou se eu tenho uma enfermidade, é consequência de uma coisa que eu próprio fiz... Eu tenho consciência disso... Por isso que eu não estou revoltado com ninguém... Se eu mesmo não acho que foi injusto... Eu acho que foi muito justo... Se eu sou doente hoje, isso é uma coisa muito justa... (...) Como eu já tinha amigos seropositivos lá no Brasil... Daí, até o psicólogo, na altura, perguntou: “Ah, você tem amigos? E eles, como é que eles vivem?”... (reproduzindo a sua resposta ao psicólogo) “Ah, eles vivem a vida deles normal”... Por isso, eu falei: “Então, eu vou viver a minha vida normal”... Isso não influenciou em nada, não mudou em nada a minha vida, nem o meu ponto de vista...”

Ainda no decurso desse mês de Dezembro de 2006, fez a sua primeira visita à Abraço/Delegação Norte, em Vila Nova de Gaia, por sugestão de um técnico do CAD do Porto. O jovem brasileiro foi movido até esta instituição pela vontade de conhecer outras pessoas seropositivas para partilhar experiências de vida e, também, para prestar trabalho voluntário. Nesta ocasião, fez somente a sua inscrição. Depois disso, teve atendimentos trimestrais com uma psicóloga e foi integrado num grupo de auto-ajuda (este grupo era composto por mais cinco utentes da Abraço/Delegação Norte e juntava-se quinzenalmente) que, entretanto, se extinguiu.

Até à data, Fábio associou-se a algumas actividades desenvolvidas pela Abraço/Delegação Norte, a saber, a distribuição de preservativos por altura da Queima das Fitas de 2008 (esta no âmbito de informação e prevenção do VIH/Sida) e o embrulho de presentes para crianças no Natal de 2007.

Este indivíduo tem uma relação boa com os profissionais da referida ONG e declarou estar satisfeito com o apoio psico-social que tem recebido:

“(referindo-se aos profissionais da Abraço/Delegação Norte) É uma relação boa... (...) Ah, eu gosto de vir aqui, não é?... Porque eles respeitam a gente aqui, não é?... Só essa questão de eu saber que tem um lugar que faz esse tipo de serviços, já me deixa mais aliviado...”

Não possuindo um conhecimento aprofundado acerca do âmbito de intervenção, objectivos e lacunas na acção da Abraço/Delegação Norte, Fábio abonou que a vertente da convivência entre os utentes da instituição devia ser promovida com maior afinco:

“Ah, eu não sei o que é que pode melhorar porque eu conheço pouco aqui a Abraço, entendeu?... Não sei exactamente e tal (hesitante)... Eu sei mais ou menos o que é que eles fazem e tal... Dão apoio e tal... Mas, eu não posso dizer (hesitante)... (...) Então, acho que tinha que ter esse grupo de apoio, assim, para as pessoas... Mais convívio com outras pessoas seropositivas para ter essa interacção...”

No momento presente, desloca-se até às instalações da instituição, nomeadamente à unidade de Apoio Psico-Social, uma vez por cada três meses.

Em Janeiro de 2007, este indivíduo foi atendido pela primeira vez por uma especialista em infecciologia no Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.), no Porto, embora já tivesse realizado análises sanguíneas para conhecimento da carga viral na mesma organização hospitalar, em Dezembro de 2006.

Em plena fase assintomática (Montagnier, 1994) e com uma carga vírica muito baixa, Fábio ainda não iniciou a terapêutica anti-retroviral. Nas consultas que tem com a sua médica, de quatro em quatro meses, é, essencialmente, informado sobre os valores da carga viral, pelo que não tem recebido indicações concretas referentes aos cuidados com o corpo.

O protagonista desta história de vida tem uma ideia muito positiva sobre a sua médica, que descreveu como uma pessoa sempre bem disposta e bem-humorada. Sem embargo, afirmou ter total confiança nesta especialista em infecciologia e sentir-se confortável nas consultas que tem com a mesma.

Todavia, Fábio entendeu que a qualidade da relação com a médica não constitui um factor determinante para aumentar a sua motivação em relação ao tratamento do VIH:

“Eu acho que isso não influencia, não... Ela é uma profissional, eu sou um utente... Ela faz o trabalho dela, eu faço a minha parte... Isso acho que não influencia nada... Se fosse outra pessoa, também ia ser na mesma... Ela ia cumprir o papel dela e eu o meu...”

Conquanto se mostre satisfeito com o atendimento que tem tido da parte da sua médica assistente no H.J.U., este indivíduo enumerou algumas situações que lhe suscitam desagrado nesta instituição e que, a seu ver, urge corrigir. A primeira está relacionada com a questão da privacidade nas salas de espera para as consultas de acompanhamento do VIH:

“Eu estou satisfeito... Só que aconteceu um lance, uma cena, que é assim, eu já encontrei uma pessoa conhecida lá dentro do hospital... Aí, eu fiquei super sem graça e a pessoa ficou mais sem graça ainda, não é?... É um garoto que eu conheci na discoteca... A gente até já ficou, assim... Demos uns beijos e tal... Ele é português... Anda lá (entenda-se é um utente seropositivo do H.J.U.)... Foi tipo: “Oi! (com um sorriso de embaraço) Você por aqui?”...”

A segunda refere-se a uma falha transitória ao nível dos recursos humanos aptos a garantirem o apoio psicológico na instituição:

“É assim, agora, eu acho que o que podia melhorar é o acompanhamento psicológico... Porque antes, lá (entenda-se no Hospital de Joaquim Urbano), tinha um psicólogo, que era o Dr. João Paulo... Já tive consultas com ele lá... Só que aí, depois, ele saiu de lá... E falaram que iam colocar outro psicólogo... E até agora, nada...”

Outra situação que causa melindre ao jovem brasileiro prende-se com os cartazes destinados a incentivar a realização de testes para detecção de VIH colocados nas paredes dos interiores do bloco de atendimento externo do H.J.U.:

“E tem outra coisa, também, que eu acho horrível lá... Você olha para as paredes lá e tem propaganda, publicidade, de teste de HIV... Eu acho isso ridículo... Imagina, todo o mundo que está lá não precisa de fazer o teste... Porque todo o mundo já é seropositivo... (reproduzindo em tom trocista algumas

frases dos cartazes publicitários) “Positivo ou negativo? Saiba o seu resultado”... Nossa, quando eu olho para aquilo, eu fico constrangido...”

Por último, Fábio lamentou as demoras verificadas para a concretização do atendimento nos dias em que tem consulta marcada no H.J.U.:

“E, também, porque lá fica muito cheio, também... Às vezes, eu chego lá e é uma hora, duas horas para ser atendido... Acho que eles deviam administrar melhor essa questão do horário...”

Ciente de que a Sida é uma doença de evolução crónica e conhecendo os estágios clínicos da infecção pelo VIH e formas de tratamento, graças às amizades que construiu com alguns seropositivos no Rio de Janeiro, este operador de “telemarketing” decidiu, logo após ter sido notificado da sua contaminação, adoptar um estilo de vida saudável, de modo a preservar ao máximo a saúde e aumentar a longevidade:

“É assim, até porque eu já tinha amigos seropositivos lá no Brasil... Já sabia como é que era... Já sabia tudo sobre a doença... Quase tudo... E sabia como é que ela (entenda-se a doença) agia no organismo... Já sabia que tinha tratamento... E sempre fui muito consciente em relação à doença... (...) Porque isso, também, é uma doença recente... Tem cerca de 25 anos essa doença... E, aí, a única coisa que as pessoas sabem: (pronuncia a afirmação seguinte num tom irónico) “Ai, não tem cura”... Pronto, é o básico... E acham que vai morrer logo... Assim, tipo: (pronuncia as afirmações seguinte num tom irónico) “Ai, a pessoa vai pegar a doença e vai morrer ou vai ficar feio... Vai para o hospital logo em seguida”... E não é bem assim, não... E, aí, eu acho que até prolonga mais a vida do seropositivo... É assim, eu acho que a pessoa (hesitante)... Prolonga mais porque como a gente tem essa consciência, que a gente fica um pouco mais sensível, a gente se preocupa mais em preservar a nossa vida... A gente valoriza mais a vida... Não é?... A gente passa a valorizar mais pequenas coisas e tal... Vive com mais intensidade... E, aí, se preocupa com essa questão... Já a pessoa que, tipo, não está nem aí, “transa” sem camisinha, bebe, fuma, estraga o pulmão, estraga o fígado, estraga os rins, estraga tudo... E, aí, com o tempo, pode ter um problema com isso... E como a gente já se preocupa mais com o futuro (hesitante)... Eu me preocupo mais com o futuro, eu já penso em não fazer muita coisa agora, para eu ter uma vida saudável no futuro...”

Porque não adianta nada (hesitante)... Tipo, a pessoa “transa” com camisinha, mas faz o resto tudo errado... De que é que adianta?”

De facto, após ter tomado conhecimento da seropositividade, em Dezembro de 2006, passou a fazer todas as refeições do dia, algo que não acontecia no passado. De igual modo, reduziu drasticamente o consumo de álcool. Hoje em dia, bebe cerveja ou vinho de forma moderada uma vez por mês. Fábio conseguiu atenuar, também, o hábito de fumar “*maconha*”. Desde que veio para Portugal, consumiu esta substância na companhia de um amigo da cidade do Porto uma vez por semestre (a última ocasião foi no Domingo de Páscoa de 2008). Actualmente, em razão da elevada carga horária de trabalho semanal, não pratica exercício físico. No entanto, como o próprio afirmou, logo que alcance maior estabilidade, pretende inscrever-se num ginásio. Mantendo a carga viral com um valor muito baixo, este indivíduo vai recebendo os elogios da médica assistente pelo seu comportamento exemplar enquanto paciente e atitude face à seropositividade, que, aparentemente, reflecte aquilo que François Laplantine (1992), inspirado na obra de Jorge Luis Borges, designou como “*doença como condição de uma transcendência de si mesmo*”.

Na medida em que ainda não iniciou a terapêutica anti-retroviral com a toma de medicação, a exposição de Fábio sobre a forma como tem gerido o contágio pelo VIH desde Dezembro de 2006 até ao momento actual confirma parcialmente a hipótese teórica 1 deste estudo (que se refere ao seguimento de uma estratégia baseada na adopção de um “*estilo de vida saudável*” e no cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto).

De acordo com o actual utente da Abraço/Delegação Norte, a Religião Espírita tem constituído um autêntico manancial de amparo e alento para lidar com a seropositividade:

“Eu acho que, em primeiro lugar, é a fé, não é?... A minha religião me dá mais fé... Eu frequento, também, uma outra linha do espiritismo que eu vim a conhecer aqui em Portugal... (...) Então, também está dentro do espiritismo, só que é um espiritismo mais desenvolvido... E daí, lá, têm-me dado muita força, assim... Muita fé, muita resignação, não é?... Para lutar... Porque a gente tem que tratar é do nosso espírito e não da nossa matéria, não é?... O espírito é que

precisa de tratamento... A nossa matéria está bem, claro... (...) Porque, é assim, a questão da religião, também, não é, desmistifica um pouco essa questão da morte... Eu não tenho medo de morrer... Se eu tiver que atravessar a rua e tiver que morrer (hesitante)... Eu não temo a hora que eu tiver que morrer... Não é a doença que vai-me matar...”

Fábio alegou que o contágio pelo VIH lhe despertou, de novo, o interesse pela Religião Espírita. O jovem brasileiro, para além de se ter associado a outra corrente de Espiritismo que pratica quinzenalmente, aos Sábados, desloca-se todas as Sextas-Feiras a um Centro Espírita da cidade do Porto (em média, cada visita ao Centro Espírita toma-lhe cerca de 1 hora e meia). Em casa, reza diariamente (com as suas orações diárias, gasta 10 minutos).

Conquanto o renascimento do interesse pela Religião Espírita depois da notificação da seropositividade, Fábio afirmou que o seu modo de vida não contempla um afastamento das “*coisas mundanas*” (Weber, 1944) para alcance da perfeição religiosa:

“Não, não... Imagina!!? Se fosse assim, eu não fazia nada da minha vida...”

Em Portugal, as ocupações profissionais deste indivíduo relacionaram-se todas com a área das telecomunicações, em concreto com vendas. O primeiro emprego foi no operador de telecomunicações fixas Clix e terminou passados quinze dias (estava o mês de Dezembro de 2006 a meio) por não ter conseguido realizar qualquer venda (Fábio foi despedido e não recebeu, sequer, o ordenado base de 200 Euros que lhe havia sido prometido a princípio; durante esses quinze dias, trabalhou cerca de 7 horas por dia).

Em Janeiro de 2007, inscreveu-se numa empresa de “*outsourcing*” e iniciou funções na TVCabo, como vendedor porta-a-porta. Na TVCabo, trabalhava de 2ª Feira até Sábado cerca de 5 horas por dia (entrava às 17 horas e saía às 22), auferindo um salário base de 125 Euros mensais, mais as comissões (o valor obtido através das comissões variou entre um mínimo de 300 Euros e um máximo de 900).

Findos quatro meses, Fábio foi designado pela empresa de “*outsourcing*” para laborar para a Sapo, um fornecedor de serviços para a Internet, como operador de “*telemarketing*”. Nesta ocupação, prestava trabalho de 2ª a 6ª Feira (dava 30 horas semanais) e recebia um vencimento de 300 Euros por mês. Depois de três meses, viu as

suas funções, de novo, trocadas com a chamada para a campanha de lançamento do serviço integrado MEO disponibilizado pela PT. A carga horária de trabalho semanal manteve-se igual à anterior, se bem que o salário base sofresse um pequeno decréscimo, passando para os 275 Euros (porém, na campanha de lançamento do serviço MEO da PT, o salário incluía comissões que, até ao momento, não lhe foram pagas).

Em Setembro de 2007, inscreveu-se noutra empresa de “*outsourcing*” e foi remetido, de imediato, para a efectuar uma campanha publicitária para a Autodesk, também como operador de “*telemarketing*”. No decurso desta ocupação de um mês, desempenhou funções de 2ª Feira até Sábado, num total de 48 horas semanais. A remuneração foi de 600 Euros.

No mês de Outubro de 2007, foi indicado pela empresa de “*outsourcing*” para prestar serviços para a TMN, mais uma vez, como operador de “*telemarketing*”. Este indivíduo manteve-se a trabalhar para a TMN até Junho de 2008 (laborou de 2ª a 6ª Feira, cerca de 8 horas por dia, e auferiu um ordenado de 600 Euros mensais).

Em Julho de 2008, a empresa de “*outsourcing*” redireccionou-o para executar “*telemarketing*” para a TVCabo. Contudo, o horário de trabalho foi circunscrito a 4 horas diárias (continuou a trabalhar de 2ª a 6ª Feira), o que originou um decréscimo substancial ao nível do vencimento mensal.

Nesta lógica, na primeira semana do mês de Julho de 2008, Fábio, muito desagrado, encontrava-se à procura de uma alternativa profissional na cidade do Porto.

No período compreendido entre a sua chegada a Portugal, no mês de Novembro de 2006, e Julho de 2008, o jovem brasileiro teve perto de dez parceiros sexuais casuais que conheceu em discotecas “*gay*” portuenses. Este indivíduo utilizou preservativo em todas as trocas sexuais (inclusive na prática da felação, tanto insertiva, como receptiva), embora não tivesse informado qualquer parceiro sobre a sua seropositividade.

Em Junho de 2007, teve uma visita de uma semana de um homossexual brasileiro residente na Alemanha, que conhecera em 2005, em São Paulo. Fábio revelou o contágio pelo VIH ao seu amigo homossexual, que reagiu serenamente à notícia. Ao longo de uma semana, os dois amigos tiveram relações sexuais protegidas.

Desde que se fixou em Portugal, este operador de “*telemarketing*” viveu sempre na cidade do Porto, partilhando um apartamento alugado com uma amiga brasileira. Fábio adaptou-se bem à cidade do Porto e caracterizou o período vivido até ao momento em Portugal como uma “*regeneração*”:

“Ah, uma experiência, assim (pensativo)... Uma regeneração... Tipo, eu abri mão de muita coisa aqui (entenda-se em Portugal), entendeu?... Descobri muita coisa... Me conheci melhor, também... É, me descobri melhor... A questão da doença, também, que eu descobri aqui, entendeu?... Senti mais falta e mais saudade dos meus familiares e dos meus amigos...”

No juízo do protagonista desta história de vida, o contágio pelo VIH não suscitou uma alteração expressiva no que respeita às suas práticas culturais, ainda que tenha reduzido a frequência do “*espaço semi-público*” (Lopes, 2000), designadamente bares e discotecas.

Fábio só confessou a sua seropositividade a um círculo muito restrito de amigos, entre eles, o indivíduo brasileiro que o levou ao CAD do Porto, a melhor amiga deste (que é irmã de um amigo de Fábio do Rio de Janeiro), um amigo seropositivo residente no Rio de Janeiro, e, mais recentemente, a cerca de seis pessoas que conheceu no Centro Espírita que frequenta na cidade do Porto. Em especial os dois primeiros, o indivíduo brasileiro que o levou ao CAD do Porto e a melhor amiga deste, têm-lhe dado muito apoio para enfrentar a seropositividade desde que tomou conhecimento da contaminação.

Quanto à família, fez, até ao momento, segredo do contágio, por sugestão do amigo seropositivo residente no Rio de Janeiro:

“Não... À minha família eu ainda não tive coragem de contar... Até porque eu estou longe, não é?... Imagina contar por telefone... Assim, eles não vão poder pensar em mais nada... (...) É assim, porque eu tenho um amigo que é seropositivo e ele contou para a mãe dele... E ela reagiu muito mal... E ele me aconselhou: “Fábio, não conta porque é uma merda... Elas não estão preparadas para ter essa notícia”... Porque é a questão do filho, não é?... Imagina se eu tenho um filho, puxa, e ele chega: “Ai, eu sou gay”... Aí, depois de alguns anos: “Ai, eu sou seropositivo”... Não é?... Imagina (risos)... Isso é um choque... (...) Mas, eu só fico preocupado com isso, não é?... Tipo (hesitante)... Puxa, sei lá?... Eu vou contar para a minha mãe, para o meu pai, para o meu irmão, e eles vão ficar chocados... Assim, tipo, eles, vão pensar assim: “Ai, meu Deus do céu... Ele vai morrer longe da gente”... Não é?... Porque eles, também, não têm muita consciência... Depois, quando a gente não conhece ninguém que tem (entenda-se que é seropositivo) ou não tem ninguém

na família, a gente, tipo, não se preocupa muito com essa doença, não é?... Tipo, não se preocupa em saber o que é que é e tal... Só quando a gente tem algum conhecido, um amigo ou alguém, é que a gente quer saber o que é que é para poder ajudar a pessoa, não é?... Como eles não sabem, tipo, eles nem (hesitante)... Sabem, é assim, dentro do senso comum, não é?... Dentro do que as pessoas normais sabem...”

Em termos das sociabilidades, o jovem brasileiro manteve vínculos fortes com o seu grupo de amigos mais chegado a residir no Porto após a notificação da seropositividade. Estas pessoas manifestaram uma reacção positiva ao seu contágio. No seguimento, Fábio não revelou a seropositividade no contexto laboral. Desta forma, as relações com os colegas de trabalho são sadias:

“Lá no trabalho, todo o mundo gosta de mim... Lá eu sou assumido e, é assim, todo o mundo me adora...”

Foi no domínio das relações afectivas que este indivíduo registou os maiores constrangimentos em razão da seropositividade. O seu recato deriva, por um lado, da certeza de que mesmo estando na fase assintomática (Montagnier, 1994) do contágio pode transmitir o VIH através de uma relação sexual desprotegida, por outro, do temor a uma reacção negativa por parte de um sujeito com quem, hipoteticamente, possa vir a envolver-se no momento em que for obrigado a revelar-lhe a seropositividade:

“Ah, tipo, bloqueou um pouco, não é, por causa da responsabilidade... Acho que a partir do momento em que a gente sabe, a gente já tem mais responsabilidade com o próximo, não é?... Eu não posso, tipo, fazer: “Ah, fizeram comigo, agora eu vou fazer com todo o mundo”... Não é assim... A falta dos outros não justifica as nossas faltas, não é?... Por isso é que acontece esse bloqueio... Porque, às vezes, eu penso assim, eu vou ter uma relação, a primeira coisa que vou ter que fazer é contar para a pessoa... Mas, nem todo o mundo está preparado... (...) Só que o problema é, tipo, eu vou ficar com alguém, eu penso que eu vou ter que contar e a pessoa não está preparada... Ou, às vezes, eu não conto e espero para contar depois... Aí, a gente vai ter alguma coisa e ele vai querer fazer alguma coisa a mais... Assim, eu vou falar: “Ah, não... Isso eu não faço”... (reproduzindo uma hipotética resposta de um companheiro) “Mas,

porque é que você não faz?”... Não é?... Essa é que é a questão... Eu fico nesse impasse...”

Em paralelo, o seu ritmo de actividade sexual decaiu consideravelmente após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH. Com efeito, de um ritmo de, pelo menos, uma relação sexual semanal mantido até Dezembro de 2006, passou para uma relação sexual mensal ou bimestral após aquela data.

Este utente da Abraço/Delegação Norte considerou que a seropositividade lhe suscitou receio face ao futuro, em específico naquilo que se refere às relações afectivas. De igual modo, afirmou debater-se com problemas de ansiedade decorrentes da contaminação pelo VIH.

Hoje em dia, o seu quotidiano é ocupado com o desempenho das funções de operador de “*telemarketing*” na TVCabo em “*part-time*” (sublinhe-se que Fábio está à procura de um novo emprego), as “*práticas domésticas receptivas*” (Lopes, 2000), a religião e o convívio com os amigos ao fim-de-semana. No espaço doméstico, tem por hábito navegar na Internet (por dia, passa uma hora na Internet) e ver televisão (privilegia as séries do canal FOX Life). Normalmente, acorda entre as 9 e as 10 horas da manhã. Depois de acordar, aproveita para ir fazer compras ao supermercado. Regressado a casa, almoça, para estar no posto de trabalho às 13 horas. Entre Outubro de 2007 e Junho de 2008, este indivíduo trabalhou até às 22 horas (a partir de Julho de 2008, passou a trabalhar apenas 4 horas por dia). Finda a jornada de trabalho, volta ao espaço doméstico.

No fim-de-semana, Fábio encontra-se com os seus dois grandes amigos, o indivíduo brasileiro que o levou ao CAD do Porto e a melhor amiga deste (ou recebe os dois amigos em casa, ou desloca-se à residência de um ou de outro). Nos últimos tempos, tem-se encontrado, também, com os amigos que fez no Centro Espírita que frequenta no Porto. Quinzenalmente, sai à noite na companhia dos seus amigos, frequentando bares da Ribeira e discotecas “*gay*” portuenses.

O jovem brasileiro mantém contacto com a família que reside no Rio de Janeiro através de telefonemas quinzenais (gasta cerca de uma hora com cada telefonema). Para o ano de 2009, conjectura uma viagem ao Rio de Janeiro para visitar os seus familiares.

Conforme foi exposto antes, Fábio não receia a morte, principalmente em virtude dos ensinamentos do Espiritismo. Sem embargo, garantiu que a contaminação pelo VIH não suscitou em si um sentimento de diminuição social. No seu entender, as

representações sociais que os membros da sociedade “*normal*” constroem acerca dos doentes de VIH/Sida são predominantemente negativas, visto que estão em crer que a Sida constitui, ainda, uma doença fatal no curto prazo.

Para o futuro, o objectivo principal de Fábio é o reingresso na Universidade, em concreto no curso de Design e Comunicação. Este operador de “*telemarketing*” chegou a preparar-se para realizar o Exame Nacional na cidade do Porto, no ano de 2008, de modo a ingressar no Ensino Superior, mas, sentindo que o seu estudo foi diminuto, acabou por desistir da ideia (em 2009, assegura, realizará o Exame Nacional). Não obstante, vai tentar uma transferência da Universidade que frequentou no Rio de Janeiro para a Universidade do Porto. Fábio declarou categoricamente que o investimento que irá fazer no curso de Design e Comunicação não representa uma estratégia para se abstrair do problema do VIH:

“Então, ou seja, eu vou fazer a faculdade porque estava dentro do meu planeamento... Do meu projecto de vida... Antes de eu (hesitante)... Desde criança que já estava dentro do meu planeamento, entendeu?... Independente do que viesse no meu caminho, se eu ficasse paraplégico, se eu tivesse outra doença, eu ia tentar fazer a faculdade...”

Tendo a aspiração de trabalhar como Designer, o jovem brasileiro alegou que será muito difícil poder vir a ser prejudicado no mundo laboral, na posteridade, por ser portador do VIH.

Este indivíduo pretende regressar ao Brasil a título definitivo, depois de concluir o Mestrado em Design e Comunicação em Portugal. Não obstante, tem, igualmente, a intenção de se unir a um companheiro no futuro, caso encontre a pessoa certa (embora esteja consciente de que a seropositividade possa constituir um factor de rejeição, revelou confiança em alcançar este objectivo).

Muito optimista, Fábio vive na expectativa de poder recuperar totalmente da patologia do VIH/Sida no prazo de uma década:

“Claro... Eu acredito que, numa questão de dez anos, eles já encontrem a cura...”

Capítulo V – O VIH em mulheres infectadas pela via sexual: os relatos de vida de Marta e Andreia

1. O caso de Marta: *“Hum, mas eu tento sempre seguir o meu lema... Eu hei-de vencer este vírus... Ele não vai dar cabo de mim... Eu é que hei-de dar cabo dele... (...) Mas, continuo a fazer a minha vida como fazia anteriormente... Apenas, com outras regras, não é?...”*

Marta, uma ajudante familiar e utente da Abraço/Delegação Norte, nasceu em Vila Nova de Gaia, no dia 8 de Setembro de 1967, no seio de uma família pequeno burguesa técnica e de enquadramento intermédio. O pai desta mulher era encarregado geral de uma fábrica de metalurgia (era oriundo de uma família pequeno burguesa intelectual e científica) e a mãe, actualmente reformada, era embaladora numa fábrica de sabonetes (descende de uma família pequeno burguesa técnica e de enquadramento intermédio).

No período inicial da sua vida, o agregado familiar de Marta era composto pelos pais e pelos avós maternos, que viviam, em conjunto, numa moradia em Vila Nova de Gaia. Mesmo em frente à sua habitação, residia uma tia paterna. As relações familiares foram sempre harmoniosas nesta fase da vida. Com efeito, as melhores recordações da infância de Marta são os momentos de recreação em família:

“As brincadeiras que fazíamos todos juntos... Acho que é isso... (...) Jogávamos Monopoly (risos), aos Domingos à tarde... Íamos fazer piqueniques... O meu pai e o meu avô jogavam à malha e os vizinhos e os putos, não é, reuniam-se a ver e a bater palmas... Essas coisinhas assim, pronto...”

Esta mulher foi educada com base em preceitos conservadores, sobretudo por influência do seu pai, que foi lembrado como uma pessoa “*muito austera*” e com uma mão pesada. Filha de católicos afeiçoados, frequentou a catequese desde cedo e cumpriu os sacramentos do Baptismo, Comunhão e Crisma. Aos Domingos de manhã, Marta e a família iam à missa, usualmente.

A passagem da actual utente da Abraço/Delegação Norte pelo sistema educativo começou aos 6 anos de idade, com a entrada no Colégio do Trancoso, em Vila Nova de Gaia.

Dois anos depois, nasceram os irmãos gémeos de Marta (um irmão e uma irmã). Dada a falta de espaço para albergar os recém-nascidos na moradia da família em Vila Nova de Gaia, o seu avô materno comprou uma habitação nova no Castelo da Maia, junto ao actual ISMAI. Com a transferência para uma escola primária do Castelo da Maia, foi obrigada a repetir a 2ª Classe. Marta completou o 9º Ano de escolaridade em 1985, registando mais duas reprovações, uma no 7º Ano, outra no 8º. A desistência da escola, depois de concluir o 9º Ano, foi atribuída a um amadurecimento precoce após se ter fixado no Castelo da Maia e à influência de colegas mais velhos que optaram pela entrada prematura no mundo laboral ao invés de prosseguirem os estudos:

“Eu acho que cresci depressa demais na Maia... Analisando, eu acho que foi isso... Quer dizer, eram todos muito adultos em relação a mim... Eu tinha que me juntar a alguém que sabia sempre mais do que eu, supostamente, não é?... Portanto, foi sempre (pensativa)... Quer dizer, como cresci depressa demais e, depois, comecei a ver uns a irem trabalhar, outros a irem, pronto (hesitante)... E, se calhar, foi isso que me levou... Foi isso um bocado...”

Todavia, a família de Marta sempre conjecturou o seu ingresso no ensino superior:

“Queriam que eu me vestisse com a capa preta... Queriam que eu fosse para Coimbra... Mas, olha, não deu... Todos que queriam que eu fosse médica (risos).”

Na adolescência, esta ajudante familiar fez parte do grupo coral da Igreja que frequentava no Castelo da Maia. O grupo coral ensaiava duas vezes por semana e actuava aos Sábados, na missa das 19 horas, e aos Domingos, na missa das 7 horas e na missa das 10. Marta foi, também, atleta federada de voleibol pelo Castelo da Maia, chegando a sagrar-se campeã nacional de seniores.

Os seus pais nunca abordaram questões relacionadas com a sexualidade junto de si, excepto a obrigação de conservar a pureza até ao casamento. Como é lógico, a problemática do VIH/Sida também nunca foi trazida para debate familiar, uma vez que, na adolescência desta mulher, a referida patologia estava ainda longe de representar um motivo de efectivo alarme na sociedade portuguesa.

Aos 17 anos, Marta teve o seu primeiro namoro com um rapaz que conheceu através de um familiar afastado, numa festa. O namoro terminou ao fim de seis meses, sem se ter registado qualquer troca sexual. Ainda com 17 anos, iniciou o segundo namoro, desta vez com um vizinho do Castelo da Maia. Foi nesta relação que encetou a sua vida sexual, tendo completado já os 18 anos (com isto, vilipendiou as advertências dos pais para a manutenção da castidade). Este namoro teve a duração de quatro anos. Nos dois primeiros anos da relação, o método contraceptivo utilizado pelo par de namorados foi o coito interrompido. Depois, esta mulher recorreu à pílula anticoncepcional. O preservativo foi ignorado pelo casal no decurso dos quatro anos de namoro porque, alega a protagonista da presente história de vida, constituía um assunto tabu. Conforme foi visto no Capítulo II, em Portugal, durante os anos 80 do século XX, a questão do VIH/Sida foi ponderada com desmazelo pelo poder político e pelas organizações especializadas para lutar contra a doença (Teles e Amaro, 2006). Sobre esta matéria, as palavras de Marta são sobretudo esclarecedoras:

“Naquela altura falava-se muito da sífilis... E mais não digo, porque não se falava de mais nada, não é?... Naquela altura o que se falava muito era da sífilis... Era a doença da moda... Portanto, como ele era limpinho e eu também era limpinha, supostamente... Não é?... Era assim que pensávamos...”

Logo após a desistência da escola, aconteceu a primeira experiência profissional desta mulher. Com 17 anos, assumiu as funções de telefonista na fábrica de metalurgia em que o pai e o avô trabalhavam, na Trofa. Nesta altura, laborava de 2^a a 6^a Feira, entrando às 8 horas e saindo às 18 (tinha uma hora de pausa para o almoço). O seu salário inicial foi de 3.650 Escudos por mês.

Em paralelo à primeira ocupação profissional, Marta inscreveu-se num curso de dactilografia, em regime nocturno, na Escola “A Maratona”, no Porto. Este curso durou um ano.

Na fábrica de metalurgia da Trofa, o seu salário sofreu um aumento por cada semestre. Quando abdicou do emprego como telefonista, ao fim de três anos, esta mulher auferia um ordenado de cerca de 40 contos por mês.

No ano de 1988, imediatamente depois do abandono da actividade como telefonista, iniciou actividades como secretária de administração numa empresa de construção civil, na Maia. Ao mesmo tempo, de forma ilícita, Marta acedeu ao subsídio

de desemprego, que tinha um valor de 32 contos (esta situação manteve-se por um período de dezoito meses). Como secretária de administração, trabalhava de 2^a a 6^a feira, das 9 horas às 18 (usufruía de uma hora de pausa para almoço), pelo que recebia um salário de 90 contos.

Em 1989, após ter terminado a relação com o segundo namorado, Marta conheceu o irmão da sua melhor amiga da altura, por quem veio a apaixonar-se e a envolver-se emocionalmente. No mês de Fevereiro de 1990, casaram-se, contra a vontade da sua família:

“Eu só casei pelo registo... Toda a gente foi contra o meu casamento... Primeiro porque não gostavam da família, depois porque não gostavam dele... Só que eu caí para aquele lado, e pronto... O que é que se há-de fazer, não é?... Portanto, mantive o pé firme e casei pelo registo, ainda em 1990... E os meus padrinhos de casamento, pelo registo, foram a irmã dele, do pai da minha filha... E as únicas pessoas que foram ao meu casamento foram a minha mãe e a minha avó... E, mesmo assim, quando o juiz perguntou se havia alguém contra, a minha mãe falou... Eu só olhei assim (expressão de pasmo) para ela... Pronto...”

Marta e o marido alugaram uma casa no Castelo da Maia, próxima da dos pais da primeira, para fazerem vida de casal. Esta ajudante familiar recorda o seu marido como um homem boémio, em toda a acepção da palavra:

“Pronto, o pai da minha filha era emigrante... (em jeito de desabafo) Tinha muitas mulheres... Muitas mulheres, muito álcool... Jogo... E não dava...”

O casal nunca utilizou preservativo nas trocas sexuais, porque o marido se opunha categoricamente ao uso desse método contraceptivo. Não obstante, Marta tinha o desejo de engravidar.

Em Janeiro do 1991, o casal entrou em ruptura, em razão de uma agressão física do marido contra Marta. Já grávida, esta mulher abandonou a habitação que compartilhava com o marido e regressou a casa dos pais. No mês de Abril desse mesmo ano, nasceu a sua filha.

Foi também em 1991 que a empresa de construção civil em que trabalhava como secretária de administração faliu. Prontamente, Marta logrou nova ocupação

profissional, em concreto, como promotora da empresa de sabonetes Ach Brito em que trabalhava a sua mãe. Mais uma vez, de forma ilícita, teve acesso ao subsídio de desemprego por um período de dezoito meses. Enquanto promotora da empresa de sabonetes Ach Brito, trabalhava de 2^a a 6^a Feira, cerca de 8 horas por dia (entrava às 8 horas e saía às 17, dispondo de uma hora de pausa para almoço). O seu salário mensal era de 115 contos. Quatro meses depois de se ter estreado como promotora na Ach Brito, a actual utente da Abraço/Delegação Norte mudou de cargo por opção do seu chefe, assumindo as funções de repositora. Apesar da mudança de cargo (que a obrigava a deslocações contínuas por vários armazéns da Área Metropolitana do Porto), manteve as mesmas horas de trabalho semanais (embora pudesse ter que trabalhar ao fim-de-semana, rotativamente) e o mesmo salário. Volvidos quatro meses, foi promovida a vendedora da empresa Ach Brito. Como vendedora, trabalhava de 2^a a 6^a Feira com um horário flexível (contudo, podia acumular até 12 horas de trabalho por dia) e ganhava um salário de 155 contos, mais as comissões. Num primeiro momento, os dois primeiros dias de trabalho eram consagrados a visitar os clientes que a Ach Brito tinha na Área Metropolitana do Porto e os três dias que restavam destinavam-se a abordar os clientes da cidade de Lisboa. Depois, Marta passou a viajar por períodos de cinco dias, também, para o Algarve e para a Madeira como vendedora da empresa. Foi justamente numa viagem feita à ilha da Madeira que obteve a sua maior taxa de lucro através das comissões:

“Olhe, eu posso-lhe dizer que numa viagem que fiz à Madeira, que essa é a que está mais presente, eu tirei o ordenado de 155 (contos), mais as despesas todas, mais 678 contos de venda de sabonetes...”

Após o nascimento da filha, em Abril de 1991, esta mulher adoptou um estilo de vida muito ponderado, de modo a garantir a tutela da criança:

“Até aos 2 anos da minha filha, eu mal saí de casa... Só saía para tirar e arrumar o carro... E se saía para ir ao café da esquina, só ia com os meus irmãos, ou com um ou com outro... Mesmo com os colegas de trabalho, eu não saía... Porquê? Porque tinha divórcio à perna e tinha a paternidade da minha filha, não é?... E o meu medo foi sempre perder a única coisa que me dava alento, que era a minha filha...”

Em Abril de 1993, Marta encontrou-se, por acaso, com um antigo colega de escola do Castelo da Maia com quem havia mantido sempre o contacto. Poucos meses depois assumiram um namoro e arrendaram um apartamento T-0 na Maia para viverem em conjunto. No decorrer de um ano de namoro, o método contraceptivo utilizado pelo casal foi a pílula feminina. Em certo momento do namoro, esta ajudante familiar começou a desconfiar da conduta invulgar do seu companheiro:

“Hum, ele tinha um comportamento estranho... Porque, é assim, ele bebia, mas, não bebia muito... E eu achava muito estranho os olhos tão vermelhos... Pronto, mas nunca o vi fazer nada, percebe?... Portanto, para mim, era muito estranho... (...) Porque eu olhava para ele e, para mim, era muito estranho que ele com uma cerveja ou duas e com um brandy, ou lá o que é que era aquilo, ficasse tão acelerado... Acelerado, quer dizer, não era acelerado na questão de correr... Era acelerado no olhar e nos repentes... Na violência... Eu achava muito estranho... E eu achava que não era normal aquelas saídas repentinas... E quando ele voltava, vinha (leva o dedo indicador da mão direita aos lábios) pastoso, não é?... E aquele olhar muito fixo, muito parado... E, de repente, fechava o olho e tal... Bem, eu confrontava-o, mas ele dizia: “Fui tomar um café com este ou com aquele”... E não sei quê, e não sei que mais... Pronto, e um dia (hesitante)... Eu não tinha cama, tinha um colchão no chão... E um dia ao fazer a cama, quando levanto o colchão para meter os lençóis, quer dizer, caiu o mundo... Tinha seringas...”

O namorado da protagonista desta história de vida argumentou que as seringas não eram propriedade sua. Algum tempo depois, Marta encontrou mais seringas escondidas num dos inúmeros pares de botas que tinha. Pela segunda vez, o seu namorado alegou que tais seringas não lhe pertenciam. Seria, finalmente, depois de um regresso antecipado de uma viagem de trabalho ao Algarve pela empresa Ach Brito, que esta mulher constatou *“in loco”* que o seu namorado era heroinómano:

“Há uma parte em que a empresa me passa para as vendas, mas no Algarve... E eu passava uma semana inteira fora de casa... E eu nunca deixei a minha filha sozinha com ele, depois de ver o que vi, não é?... E, depois, como eu não estava em casa, também não fazia sentido a minha filha ficar com ele sozinha, não é?... A miúda tinha 3 anos, 3 anos e pico... A minha filha ficava

sempre na minha mãe e só vinha comigo ao fim-de-semana, mas eu estava presente... Portanto, eu nunca vi nada, nunca suspeitei de nada e sou confrontada assim de repente, não é?... Hum, um dia quando cheguei a casa do trabalho (hesitante)... Faço uma viagem ao Algarve e chego mais cedo do que era costume... E quando meto a chave à porta estavam na minha sala quatro gajos a espetar... Escusado será dizer que levei um arraial de porrada que até andei de lado, não é?... Levei porque a minha reacção foi quando vi que estavam todos a (hesitante)... Eu agora sei esses termos todos, não é, mas, na altura, não sabia, não é?... Se estavam todos a “caldar” ali, eu entro e sou confrontada com quatro gajos que eu não conheço, mais o meu, não é?... Tudo ali na mesma tampinha, não é?... Eu só tive uma reacção, foi espetar um pontapé à mesa... E voou tudo...”

Nesse mesmo dia, Marta abandonou o apartamento T-0 que partilhava com o namorado heroinómano e regressou, provisoriamente, a casa dos pais.

Esta mulher está plenamente convicta de que foi o seu namorado heroinómano que lhe transmitiu o VIH. De facto, até iniciar a relação com o mencionado indivíduo no ano de 1993, tivera apenas dois parceiros sexuais, o segundo namorado e o seu marido, sendo que a filha que teve com este último nasceu absolutamente saudável. Porém, foi só em meados de 2000, momento em que foi internada com uma pneumonia por “*Pneumocystis carinii*”, que tomou conhecimento do contágio pelo VIH. No período compreendido entre meados de 1993, provavelmente, e meados de 2000, não patenteou qualquer indício clínico:

“Nunca tive sintomas de nada e sempre que fazia análises estava sempre tudo muito bem... Portanto, à partida...”

Após romper a relação com o namorado heroinómano, Marta alugou um apartamento T-0 na Prelada, na cidade do Porto. Dadas as deslocações que tinha que realizar em trabalho pela Ach Brito, a sua filha ficava com os pais e a avó materna (o avô materno faleceu em 1991) durante a semana e passava o fim-de-semana consigo.

No ano de 1995, houve uma reestruturação nos recursos humanos da empresa Ach Brito. Marta e muitos colegas foram despedidos, nessa altura. No departamento de vendas da Ach Brito ficaram, apenas, um indivíduo que trabalhava há mais de cinquenta anos na empresa e um jovem de 23 anos.

Dois meses depois do despedimento, esta mulher empregou-se no Feira Nova da Póvoa do Varzim, como repositora. Nesta ocupação, trabalhava seis dias por semana (tinha uma folga rotativa) das 7 horas até às 22 (dispunha de meia hora de pausa para o pequeno almoço, duas horas para o almoço, meia hora para descanso cerca das 15 horas, e uma hora para o jantar). O salário mensal rondava os 200 contos.

Marta permaneceu seis meses no Feira Nova da Póvoa do Varzim, porque, entretanto, havia pedido transferência para o Carrefour de Vila Nova de Gaia. Por esta altura, voltou a viver com os pais e a avó materna no Castelo da Maia, na medida em que deixara de suportar a despesa do aluguer do T-0 da Prelada. No Carrefour, conservou as funções de repositora, mantendo um horário de 11 horas diárias, mas gozando mais uma folga por semana. O salário mensal continuou a cifrar-se nos 200 contos.

Neste hipermercado, estabeleceu amizade com um colega de trabalho, chamado André, com quem começou a ir tomar café regularmente. No início de 1997, iniciaram um namoro e, pouco tempo depois, passaram a viver juntos num apartamento que adquiriram em Vila Nova de Gaia.

Entre o fim do namoro com o indivíduo heroinómano, em 1994, e o princípio do namoro com André, em 1997, Marta absteve-se sexualmente. No decorrer dos três anos iniciais do namoro com André, as relações sexuais ocorreram de forma desprotegida, dado que a seropositividade de Marta era ignorada à data. O método contraceptivo utilizado pelo casal foi o coito interrompido.

No início do ano de 2000, esta mulher abandonou o grupo Carrefour. O motivo da saída prendeu-se com a obrigatoriedade de assinar um contrato de trabalho e realizar descontos para a Segurança Social, algo que não lhe interessava, de todo. Frise-se que até ao princípio do ano de 2000, ainda que sempre ligada ao grupo Carrefour, Marta cobriu algumas ausências de colegas grávidas ou doentes em estabelecimentos como o Jumbo do Arrábida Shopping, em Vila Nova de Gaia (cerca de quatro meses), ou o Feira Nova, em Aveiro (cerca de um mês).

Também no começo do ano de 2000, a actual utente da Abraço/Delegação Norte foi internada de urgência para uma operação ao apêndice. Regressada a casa depois da intervenção cirúrgica, teve febre prolongada e começou a revelar dificuldade em respirar e mover-se dia após dia. Quando a situação se tornou insustentável, André, o seu companheiro, levou-a ao Hospital Santos Silva, em Vila Nova de Gaia, a conselho dos seus pais, os sogros de Marta. O internamento teve lugar a 5 de Março de 2000:

“E nessa altura, eu estive dezanove dias a oxigénio... Foi uma “Pneumocystis carinii”... Chamaram os meus sogros... Não lhes disseram o que era, porque eu (hesitante)... Na altura, também não se sabia ainda... Perguntaram-me sempre se eu tinha tido comportamentos de risco, se eu tinha partilha de agulhas, se eu não sei quê... Mas, quer dizer, para mim, na altura, os comportamentos de risco... Eu não associei ao risco que eu podia ter corrido com a outra pessoa, não é?... Portanto, quando me perguntaram se eu me prostituía, se eu tinha tido comportamentos de risco com partilha de seringas e não sei quê, portanto, eu disse que não... No meu relatório médico, diz que eu fui mentirosa, que eu menti... Eu não menti... Eu entendi foi a pergunta ao contrário, não é?... Porquê? Porque não me foi posta a pergunta (eleva o tom de voz e exprime-se com alguma aspereza): “Olha, tu tiveste algum relacionamento com uma pessoa que se drogava?”... Aí, era ao contrário... Agora (eleva o tom de voz, de novo, e exprime-se com alguma aspereza): “Tiveste algum comportamento de risco? Olha, foste prostituta? Olha, partilhaste seringas?”... Quer dizer, na altura, não foi isso que eu entendi, percebe?... Portanto, foi isso que aconteceu... E eu só soube (hesitante)... (...) Depois, quando me fizeram uma broncoscopia (hesitante)... Fizeram-me análises e testes a tudo e mais alguma coisa e não se sabia o que é que era... E, depois, a última análise que faltava era a do HIV... Pronto... E aí sou confrontada com médica a dizer-me: “Já sei o que é que tu tens... Vamos falar?”... (reproduzindo a sua resposta à médica) “Vamos”... Quando me disse, pronto...”

Marta viveu o instante em que a médica lhe comunicou que estava contaminada pelo VIH com uma amargura profunda, acusando o choque emocional próprio do período inicial de experimentação da doença (Parsons, 1951; Caldeira, 1995):

“(diminui o tom de voz consideravelmente e exprime-se com morosidade) Caiu o mundo... Caiu o mundo... Caiu o mundo e, depois, é assim, isto ainda é um bocado difícil de falar para mim, não é?... Para mim (solta uma gargalhada)... É aquela de que não acontece só aos outros, não é?...”

Nesse mesmo dia, esta mulher transmitiu, excepcionalmente, a notícia da sua seropositividade ao companheiro André (frise-se que fez, até hoje, sigilo do contágio pelo VIH junto de todos os familiares e amigos), que reagiu com uma complacência e maturidade louváveis a tal anúncio:

“É assim, essa parte é, para mim (pensativa)... Eu nem lhe sei classificar... Porque, é assim, olhar para o André e dizer-lhe... Porque eu sou uma pessoa que não diz as coisas suavemente, percebe?... Eu telefonei-lhe e disse: “Olha, vem ter aqui ao hospital porque eu quero falar contigo”... E ele chegou e disse: “Então, o que é que foi?”... E eu disse: “A Dra. Ana já sabe o que é que eu tenho”... E ele disse-me: “Então, e o que é?”... E eu só lhe disse: “Eu tenho Sida”... (olha para mim fixamente durante alguns segundos até que retoma o seu discurso) E ele diz-me: “Pronto... E agora o que é que queres fazer? Queres que eu vá embora?”... Quer dizer, foi, é uma pessoa (hesitante)... (com maior ímpeto verbal) Não me abandonou em nada... Esteve comigo ali à cabeceira da cama... Ele entrava às duas e meia da tarde e só saía de ao pé de mim às duas e um quarto... Saía às seis e meia e às sete menos vinte já estava ao pé de mim...”

Com efeito, no total, a protagonista desta história de vida esteve mais de oito meses internada, saindo do Hospital Santos Silva somente no dia 17 de Novembro de 2000 (no dia 19 de Agosto, porém, assinou um termo de responsabilidade para presenciar o casamento da irmã, regressando ao hospital no fim da tarde desse dia). O longo período de internamento, explicou Marta, deveu-se às múltiplas recaídas:

“Eu tive quase todo o ano 2000 internada... Tive uma anemia... Depois, foi um vírus hospitalar... Depois, foi um “primo afastado” da tuberculose... (...) Portanto, tive uma data de (hesitante)... Depois, foi a anemia e quase a leucemia... Foram não sei quantas transfusões de sangue... Quer dizer, eu tive ali uma fase... Saía de uma (hesitante)... Foi uma data de confusões ali dentro do hospital... (...) E saí a 17 de Novembro de 2000... (...) Saí do hospital com 45 quilos... Depois, deram-me um medicamento que teve uma reacção contrária... Perdi o andar... Passei uma fase muito má...”

Esta mulher abonou que foi depois da morte de Freddie Mercury (vocalista dos Queen, banda de que é uma fã devota), em 1991, que começou a dedicar atenção ao tema do VIH/Sida. Mesmo assim, afirmou Marta, a informação disponibilizada pelos meios de comunicação social portugueses sobre a doença, nesse período, era exígua e salientava a sua prevalência junto dos grupos de risco, em específico os homossexuais e os toxicodependentes, tal como Teles e Amaro (2006) haviam relatado:

“Hum, em 92 (1992) foi quando saltou mais cá para fora (hesitante)... Não foi bem, mas, pronto... Antes disso, foi o António Variações... Mas, em 91 (1991) foi o Freddie Mercury... E aí começa-se a falar mais sobre a partilha de seringas e todas essas marmeladas... (...) Começou-se a falar mais, nessa época... Mas, ainda não se falava muito correctamente, não é?... Eu não sei que idade é que você tem, mas, nessa altura, não havia muita informação... Era a doença dos gays e dos drogados, mais nada... É verdade... Portanto, não havia muito mais para explorar... (...) Quando morreu o Freddie Mercury começou-se a falar mais... E eu comecei a coscuvilhar... Comecei a tentar buscar livros, comecei a tentar estar mais atenta à televisão... Pronto, foi basicamente isso... Procurei sempre absorver muitas informações e foi basicamente isso...”

Conquanto a mentalização sobre as vias de transmissão e as implicações do VIH/Sida a partir do ano de 1991, a actual utente da Abraço/Delegação Norte jamais supôs que as relações sexuais desprotegidas que manteve com o namorado heroinómano, cerca de um ano, pudessem ter constituído um comportamento de risco, conforme contou.

Ainda durante o internamento do ano de 2000, iniciou o tratamento anti-retroviral, visto que estava com uma carga vírica muito alta. Em Novembro de 2000, uma semana depois de ter saído do internamento, teve a primeira consulta de acompanhamento do VIH/Sida com um médico espanhol, no Hospital Santos Silva. O primeiro contacto com o médico espanhol causou-lhe pudor porque se tratava de um profissional de saúde do sexo masculino que, no âmbito da actividade, tinha que examinar todas as partes do seu corpo, inclusive as pudendas:

“Foi complicado... Foi complicado... Na altura, era um espanhol... Foi um bocado complicado porque era homem, não é?... Não pela língua, porque eu falo fluentemente espanhol, mas porque era homem... Pronto... Depois, porque eu tinha que mostrar o corpo, não é?... E, para mim, era complicado... Não que eu tivesse sinais físicos visíveis... Não... Mas, porque era necessário expor a zona púbica... Pronto... E a mim fazia-me um bocado de confusão...”

Também no dia da primeira consulta para acompanhamento do problema da seropositividade, André, o seu companheiro, realizou um teste de despiste do VIH que, afortunadamente, deu um resultado negativo. Luc Montagnier (1994) afirma que a

transmissão homem-mulher tem duas vezes mais eficácia do que a transmissão mulher-homem. Sem embargo, considerando que em Março de 2000 Marta estava com uma carga viral muita alta e que, nesse caso, o risco de contágio homem-mulher e mulher-homem é igual no quadro da transmissão heterossexual (Idem), presume-se que nas trocas sexuais do casal que antecederam aquela data, André nunca sofreu qualquer micro-lesão no seu órgão genital que servisse como canal de entrada do VIH no organismo. Depois da saída de Marta do internamento, o par passou a utilizar preservativo nas relações sexuais.

Inicialmente, o regime terapêutico desta ajudante familiar pressupunha doze tomas de comprimidos por dia. No primeiro ano de acompanhamento do problema do VIH/Sida no Hospital Santos Silva, mudou duas vezes de médico, ainda que tivesse continuado a ser assistida por profissionais de saúde do sexo masculino e de nacionalidade espanhola. Nesta fase, tinha consultas quinzenais. Ao fim de um ano de tratamento, a sua carga viral assumiu um valor negativo. Sensivelmente em Novembro de 2001, trocou, de novo, de médico assistente. Porém, nesta ocasião, passou a ser atendida por uma profissional de saúde de nacionalidade portuguesa com quem se mantém até hoje. Por volta de Maio de 2002, Marta realizou testes de resistência que indicaram que a sua carga vírica estava muito alta. Neste sentido, a médica assistente imprimiu uma alteração ao seu regime terapêutico, que passou a abranger oito tomas de comprimidos por dia, quatro de manhã e quatro à noite. Em Novembro de 2002, esta mulher realizou, mais uma vez, testes de resistência, pelo que a sua carga vírica estava novamente negativa. Volvidos seis meses, a carga vírica voltou a atingir um valor alto, segundo mostraram os testes de resistência. Deste modo, a médica assistente reformou, pela segunda vez, o seu regime terapêutico, excluindo o medicamento AZT. Com isto, o plano de tomas diárias de comprimidos desceu para as sete unidades. Marta prosseguiu com este regime terapêutico até à actualidade, mantendo a sua carga vírica sempre com um valor negativo desde o ano de 2003.

A protagonista desta história de vida tem uma relação excelente com a sua médica assistente. Para Marta, a qualidade de tal relação é um elemento fulcral para ampliar os seus índices de motivação no que toca ao tratamento anti-retroviral. Além disso, declarou ter confiança absoluta na sua médica assistente (a quem coloca, sem recato, todas as dúvidas que lhe sobrevêm sobre o VIH/Sida) e sentir-se bem nas consultas que tem com aquela há cerca de sete anos. A sua médica assistente aconselhou-lhe uma dieta rigorosa à base de cozidos e grelhados desde que a começou a

acompanhar no Hospital Santos Silva. De mais a mais, sugeriu-lhe longas caminhadas a pé, a prática de ginástica e de natação. Marta seguiu as prescrições da dieta e das caminhadas a pé, mas, por limitações financeiras, não pratica ginástica, nem natação (se o seu salário mensal aumentar – situa-se, actualmente, nos 390 Euros –, inscrever-se-á num ginásio).

Depois de sair do internamento, em Novembro de 2000, esteve três anos sem fumar tabaco (fumava diariamente desde 1982). Em 2003, com a morte do seu pai, retomou o hábito do tabaco, chegando a fumar um maço e meio por dia. Hoje, por indicação da sua médica assistente, reduziu a quantidade de tabaco fumada para um maço por dia. Cerca de uma vez por mês, esta mulher bebe uma cerveja a meias com o seu companheiro.

Realmente, a partir do momento em que tomou conhecimento do contágio pelo VIH, Marta fez pequenos reajustamentos ao seu estilo de vida (como se pôde depreender, antes da contaminação tinha uma conduta sobremaneira sadia), em particular ao nível da alimentação, compareceu a todas as consultas de acompanhamento da referida patologia e seguiu o regime terapêutico de forma rigorosa. Atente-se na eloquência das suas palavras acerca da forma como tem gerido a seropositividade:

“Primeiro, não penso... Segundo, estudo... Penso sempre obter o máximo de informações através de Internet, livros, tudo... Hum, mas eu não digo assim: “Não vou beber uma cerveja, porque não posso, porque tenho isto”... Não é?... Não, eu se me apetecer beber uma cerveja, bebo-a... Escusado será dizer que não bebo meia dúzia delas... Bebo uma, não é?... E, se calhar, nem aquela bebo, pronto, não é?... Mas, não deixo de fazer aquilo que gosto... Hum, nem deixo de brincar com as coisas como brincava... Não deixei de fumar, infelizmente, por um lado, não é?... Mas, continuo a fazer a minha vida como fazia anteriormente... Apenas, com outras regras, não é?... Tenho uma alimentação mais cuidada, não é?... Procuro sempre informações sobre aquilo que nos faz melhor, sobre aquilo que não devemos comer, sobre aquilo que não devemos beber... Hum, praticar exercício físico, não pratico, porque só trabalho de manhã (risos), não é?... E o dinheiro não cai do céu... Hum, mas, pronto, tento sempre ver as melhores coisas... Soube através de um programa que vi no “Odisseia” que os cogumelos sobem e muito as células CD4... Portanto, eu vou passar a comer cogumelos, não é?... Pronto, quer dizer, tento sempre contornar

a coisa pelo outro lado e nunca deixar transparecer aquilo que (hesitante)... Nunca falhei a medicação... Nunca... Nunca falhei uma consulta... Nada... (...) E a médica, a Dra. Isabel, sabe que o meu lema é sempre este... Sei que, se calhar, não chego lá, provavelmente... Apesar da ciência estar muito avançada e haver sempre muitas propostas e muitas coisas novas... E, agora, também há um cientista que descobriu que há um bloqueador das células que não as deixa reproduzirem-se, portanto, as células do vírus... Hum, mas eu tento sempre seguir o meu lema... (com maior ímpeto verbal) Eu hei-de vencer este vírus... Ele não vai dar cabo de mim... Eu é que hei-de dar cabo dele... E gostava que toda a gente pensasse assim (risos), não é?... Mas, infelizmente...”

No essencial, a atitude de Marta relativamente ao contágio pelo VIH está em conformidade com o conceito de “doença-resistência” (Laplantine, 1992), tal como no caso de Eduardo, o indivíduo seropositivo que narrou a primeira história de vida apresentada neste trabalho.

O testemunho desta mulher referente ao período situado entre o ano de 2000, em que foi notificada do contágio pelo VIH, e o momento presente, comprova a hipótese teórica 1 deste trabalho (que realça a adopção de um “estilo de vida saudável” e o cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto).

No que se refere ao atendimento que tem tido no Hospital Santos Silva, em Vila Nova de Gaia, Marta afirmou estar muito satisfeita, pelo menos enquanto se mantiver com a sua médica assistente. Contudo, em jeito de reparo, salientou que os profissionais de saúde da Unidade de Doenças Infecciosas do Hospital Santos Silva deveriam informar os pacientes seropositivos sobre todas as inovações ao nível da terapêutica contra o VIH/Sida. Ressalve-se, ainda, que foi na farmácia desta instituição hospitalar que esta mulher foi alvo do único comportamento discriminatório enquanto portadora do VIH:

“A única situação em que me senti (entenda-se sentir discriminada) foi só uma vez... E saltou-me a tampa... Foi na farmácia do hospital... Foi a única situação em que me senti realmente injustiçada... Esse episódio foi, portanto, a Dra. Isabel deu-me as guias do tratamento... (...) Portanto, o que é que acontece? Ela dá-me as guias e eu todos os meses, um dia para a frente, um dia para trás, vou buscar à farmácia do hospital os medicamentos e trago para casa

e pronto... Fui e apanhei uma estagiária na farmácia do hospital... E nesse dia, estava com pressa e a fulana estava a conversar e não sei quê... E estávamos para aí umas quatro pessoas ali à espera, portanto, com auxiliares do hospital, delegados de propaganda médica... E eu e mais duas pessoas que tinham vindo comigo da consulta, portanto, dois rapazes também seropositivos... Hum, e a estagiária diz: “Vamos lá embora, que eu estou cheia de pressa”... Ela tinha o meu papel na mão, não é?... Olhou para a aplicação e depois olhou para mim, e a senhora disse: “Vamos lá, que eu estou cheia de pressa”... E eu olhei para a senhora e disse: “Acho que estamos todos, não é?... Eu também tenho pressa”... E a fulana vira-se para mim e diz-me (eleva o tom de voz e exprime-se num tom de voz mais agressivo): “Oh, mas, não tem que ter pressa... A medicação para si até é gratuita... Portanto, você aqui tem que esperar, e é se quer... E se eu quiser que você espere uma hora ou duas, você espera... Com a doença que você tem”... E a mim saltou-me a tampa... Eu acho que deve ter sido a única vez que me senti (hesitante)... Porque fui confrontada, não é?... Porque as pessoas que estavam ali não sabiam o que é que eu ia lá fazer... (...) E, depois, dei-lhe um berro e veio o Dr. João, que já me conhece há uns anos... E perguntou-me o que é que aconteceu... Porque eu dei-lhe um berro e disse-lhe: “Olhe, para quem é estagiária, você está a falar muito alto... Olhe lá que cai... E além de cair é capaz de levar nessa cara”... Tive que ser agressiva... Não queria, não é?... Mas, fui... E nunca mais vi a senhora...”

No ano de 2001, Marta e o seu companheiro abriram uma loja de informática, em Vila Nova de Gaia. Os membros do casal eram os únicos funcionários da loja. Até ao ano de 2003, registaram sempre lucros no seu negócio. Todavia, empresários do mesmo ramo fundaram estabelecimentos na sua zona, pelo que, em 2004, o casal, vendo as despesas aumentarem de modo descomedido, foi obrigado a fechar as portas da loja.

Ainda no ano de 2004, esta mulher começou a trabalhar como empregada de uma loja de roupa, em Vila Nova de Gaia. Na loja de roupa, esta mulher laborava de 2ª Feira até Sábado, cerca de 7 horas e meia por dia (iniciava as suas funções às 8 horas e terminava às 17, usufruindo de meia hora para almoçar). O seu vencimento era de 300 Euros, sensivelmente.

Depois de seis meses a trabalhar de loja de roupa, Marta ficou no desemprego. Nesta ocasião, porém, viu-se impossibilitada de aceder ao subsídio de desemprego, dado que não tem passado contributivo na Segurança Social. A sua experiência como

desempregada estendeu-se até Abril de 2007. Durante este período, o ordenado do companheiro foi a fonte de subsistência desta mulher e da filha.

Por volta de Março de 2007, Marta, deprimida com a situação de desemprego de longa-duração (no início de 2007, o companheiro também ficou desempregado), recorreu à Abraço/Delegação Norte. Essencialmente, a protagonista desta história de vida aspirava por momentos de convivência com outras pessoas doentes de VIH/Sida e por partilhar a sua experiência enquanto seropositiva.

Nesta ONG, valeu-se apenas do apoio psico-social. Uma vez por trimestre, visitava a instituição para dialogar com a técnica do serviço de apoio psico-social que ficou encarregue do seu caso como utente (simpatizou com a mencionada técnica no primeiro instante e considera-a um “*ombro amigo*” – nunca teve atendimento com algum psicólogo na Abraço/Delegação Norte –). Marta foi conduzida, igualmente, para um grupo de auto-ajuda, cerca de Setembro de 2007. As reuniões do grupo ocorriam duas vezes por mês, à Sexta-feira, entre as 14 horas e 30 minutos e as 17 horas. No grupo de auto-ajuda, fez uma amizade com outra utente com uma história de vida semelhante à sua. Ainda hoje mantêm o contacto. Todavia, o grupo de auto-ajuda foi desfeito em Dezembro de 2007, porque a técnica responsável pela iniciativa abandonou a instituição.

Não obstante, Marta envolveu-se em algumas actividades impulsionadas pela Abraço/Delegação Norte. Numa delas, construiu chávenas para o Dia Mundial da Sida (1 de Dezembro), em finais de Novembro de 2007. Noutra, coadjuvou a embrulhar presentes de Natal, em Dezembro de 2007. Esta mulher compareceu, ainda, na Festa de Natal organizada pela instituição, em Dezembro do mesmo ano.

Marta referiu que o facto de se ter tornado utente da Abraço/Delegação Norte a auxiliou a superar a crise emocional que vivia devido à situação de desemprego de longa-duração (sobretudo o grupo de auto-ajuda propiciou um efeito tónico-regulador na sua vida emocional).

Em termos do atendimento que tem recebido nesta ONG por parte das técnicas do apoio psico-social, Marta afirmou estar satisfeita. Porém, a supressão do grupo de auto-ajuda suscitou-lhe desagrado. Esta seria, no seu entender, uma lacuna a corrigir rapidamente. De igual modo, esta ajudante familiar defendeu que é necessário inverter a situação de distanciamento e o vazio de comunicação que se verifica entre técnicos do serviço de apoio psico-social da instituição e utentes:

“E, é assim, se a gente não procurar, eles também não procuram... Quer dizer, eu posso dizer-lhe que a Dra. Susana ligou-me quando foi para fazer uma entrevista consigo... Porque, antes disso, nunca me telefonou... E depois disso, só me telefonou agora outra vez (referindo-se ao telefonema para a marcação da segunda sessão biográfica comigo)... Porquê?... Eu não tenho a peste negra... Nem eu, nem os outros... Acho que um: “Alô? Está tudo bem? Ainda estas aí? Não morreste?”...”

Em Abril de 2007, Marta empregou-se como cuidadora de idosos, prestando serviços em regime de “*part-time*” a um casal formado por um homem de 65 anos e uma mulher de 64 que reside em Vila Nova de Gaia. A actual utente da Abraço/Delegação Norte desempenha a sua actividade de 2^a a 6^a Feira (começa às 8 horas e termina às 12 horas e 30 minutos), na casa do casal idoso. O salário mensal está fixado nos 265 Euros. Esta mulher está, também, inscrita numa empresa particular de prestação de cuidados a idosos. Através desta empresa, presta serviços a pessoas idosas no turno da tarde, ocasionalmente.

No mês de Janeiro de 2008, começou a frequentar um curso profissional de geriatria, em regime nocturno (tinha aulas de 2^a a 5^a Feira, entre as 19 horas e as 22), no Centro Aprender e Saber, em Vila Nova de Gaia. Até Julho de 2008, completou três módulos do citado curso. Em Setembro do mesmo ano iniciará o quarto e último módulo, que respeita à animação em Centros de Dia e Lares. Marta asseverou que a decisão de obter um curso de geriatria consiste num exame à sua destreza e representa uma estratégia para lidar com a seropositividade, permitindo-lhe, inclusive, abstrair-se da sua doença:

“Como é que eu hei-de dizer? Pôr-me, a mim mesma, à prova... Saber que ainda tinha capacidades para levar um projecto avante... Foi isso... É uma ocupação... Ocupo a mente com outras coisas... Enquanto estou ocupada, não penso... Vou aprendendo, o que é muito bom... E vou investindo naquilo que um dia se calhar posso vir a fazer...”

A explanação desta mulher corrobora, assim, a hipótese teórica 3 da presente investigação (relembrando, concerne à adopção de uma estratégia centrada no “*investimento em novos saberes*”, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto).

No seguimento, Marta referiu que após o diagnóstico do VIH se apegou mais à Religião Católica. Efectivamente, na fase mais crítica do internamento de cerca de oito meses e meio, no ano de 2000, o seu companheiro, descendente de uma família de católicos muito afeiçoados, deslocou-se a Fátima e comprou-lhe uma santa. A partir desse momento, esta ajudante familiar passou a orar todos os dias a Nossa Senhora de Fátima, santa por quem sempre teve muita fé.

Na mesma ordem de ideias, depois de ter tido alta do internamento, a 17 de Novembro de 2000, iniciou o ritual de colocar velas acesas diariamente em sua casa para, recorrendo às suas palavras, “*não deixar apagar a chama da vida*”. Marta frequenta a Igreja muito esporadicamente, mas considerou que a religião lhe traz paz interior. Apesar do maior apego pela religião verificado posteriormente ao conhecimento do contágio pelo VIH, esta mulher recusou a ideia de adopção de um modo de vida pautado pela “*atitude ascética*” (Weber, 1944) para enfrentar a doença.

De acordo com Marta, a seropositividade provocou uma alteração nas suas práticas culturais. Com efeito, diminuiu a frequência do “*espaço semi-público*” (Lopes, 2000) consideravelmente, em particular cafés (antes do conhecimento da contaminação pelo VIH, ia tomar café quase todos os dias a seguir ao jantar; depois, restringiu esse hábito às Sextas-Feiras e aos Sábados). Em contrapartida, reforçou as suas “*práticas domésticas receptivas*” (Idem), em particular a leitura. Em relação às rotinas diárias, Marta salientou, ainda, o maior zelo em afazeres domésticos (por exemplo, usa luvas na cozinha e, sempre que se corta, troca a tábua de cozinha).

Conforme se mencionou antes, esta mulher fez segredo da seropositividade junto dos familiares. Tal atitude teve o intuito de subtrair os últimos do sofrimento. O companheiro, a médica assistente no Hospital Santos Silva e as técnicas da Abraço/Delegação Norte são as únicas pessoas que têm conhecimento da sua contaminação pelo VIH. Quando algum familiar chegou interpela Marta sobre a medicação anti-retroviral que toma diariamente, esta encobre a doença alegando que se tratam de fármacos destinados a contrariar as sequelas da pneumonia atípica que sofreu no ano de 2000:

“(reproduzindo a explicação que dá aos familiares sobre a toma da medicação anti-retroviral) É uma medicação normal que eu tomo... Pronto, eu estou a tomar aquilo porque como fui internada com uma pneumonia e tenho um problema pulmonar, eu tenho que tomar aquilo...”

No que toca às sociabilidades, esta mulher distanciou-se do grupo de amigos depois de ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH. A protagonista desta história de vida justificou este afastamento pela necessidade de ter mais tranquilidade.

As relações laborais de Marta não foram afectadas pela seropositividade. Efectivamente, o seu companheiro, único colega de trabalho entre 2001 e meados de 2004 tinha conhecimento prévio da contaminação e reagiu de forma positiva à notícia. Aos colegas de trabalho e patrão da loja de roupa em que trabalhou seis meses depois de fechar a sua loja de informática, no ano de 2004, assim como ao casal de idosos para quem presta serviços na actualidade, não confessou a seropositividade.

Ao nível das relações afectivas e da actividade sexual, a grande mudança causada pelo contágio pelo VIH foi a utilização do preservativo nas trocas sexuais. Com efeito, Marta envolveu-se com o seu actual companheiro três anos antes de tomar conhecimento da seropositividade. Quando o informou da ocorrência, aquele revelou notável companheirismo e bem-querer, não levantando qualquer obstáculo à continuação da relação (contudo, Marta afirmou que se tivesse sido notificada do contágio antes de conhecer o seu actual companheiro, nunca mais se teria envolvido com algum homem). A partir de Novembro de 2000, o seu companheiro passou a realizar testes de despiste do VIH uma vez por semestre. Até à data, os resultados foram sempre negativos. Por outro lado, a ajudante familiar manteve o ritmo de um máximo de quatro relações sexuais semanais depois do diagnóstico do contágio pelo VIH.

Esta mulher enfatizou que a seropositividade não lhe trouxe temor em relação à posteridade, embora tenda a preocupar-se mais com a sua filha. Marta reconheceu, ainda, que a seropositividade a tornou uma mulher mais sensível e nervosa.

A vida quotidiana actual da utente da Abraço/Delegação Norte reparte-se entre a prestação de cuidados ao casal de idosos, os afazeres domésticos, as “*práticas domésticas receptivas*” e “*expressivas*” (Lopes, 2000), e as “*práticas eruditas criativas*” (Idem). No lar, ocupa o tempo com a execução das tarefas de limpeza da casa, passagem da roupa a ferro, preparação de refeições, a leitura, a pintura e a visualização de televisão (privilegia os programas do canal Odisseia). Aos fins-de-semana, visita a sua mãe, a avó materna e os pais do companheiro. Habitualmente, acorda às 7 horas da manhã. Entre as 8 horas e as 12 horas e 30 minutos, trabalha como ajudante familiar para o casal de idosos. Algumas vezes, esta mulher almoça em casa do casal de idosos. Noutras, realiza a mencionada refeição na sua própria casa. Durante a tarde, trata dos seus assuntos pessoais no espaço público (por exemplo, faz compras e

vai buscar a filha à escola) e cumpre as tarefas do lar. O jantar é sempre em casa, em conjunto com o companheiro e a filha. À noite, Marta vê televisão, por regra. Esta mulher costuma deitar-se entre a uma e as três horas da manhã.

Nas noites de Sexta-feira e de Sábado, desloca-se a cafés do cais de Vila Nova de Gaia ou da praia da Madalena com o companheiro, a filha, a irmã do companheiro e o filho desta. Na actualidade, a única pessoa que Marta considera amiga é a irmã do seu companheiro. Com alguns ex-colegas de trabalho, vai mantendo o contacto por telemóvel. A relação de Marta com os gémeos é harmoniosa. Com o irmão encontra-se quinzenalmente, recebendo-o em sua casa. Com a irmã, que vive no Luxemburgo, mantém o contacto por telefone.

A morte é um assunto que suscita inquietação a esta mulher se for antecedida pelo ciclo de sofrimento físico e emocional associado à fase de Sida declarada.

Marta assegurou que o contágio pelo VIH não provocou um rebaixamento social da sua pessoa. Na sua óptica, as pessoas da sociedade “*normal*” patenteiam, ainda, representações sociais com um pendor marcadamente negativo face aos doentes de VIH/Sida.

Os objectivos futuros da protagonista desta história de vida são a conclusão do curso profissional de geriatria e a consecução de uma ocupação como ajudante familiar a tempo inteiro (no “*part-time*” que tem actualmente, auferir um salário de 390 Euros). Para Marta, a possibilidade de ser lesada futuramente no mundo laboral em razão da sua seropositividade é remota. Mesmo assim, revelou alguma apreensão a este respeito, tendo em conta as notícias de discriminação laboral de portadores de VIH que vai vislumbrando na comunicação social.

Por fim, esta mulher manifestou alguma esperança de poder curar-se da doença do VIH/Sida até que termine a sua vida:

“Eu espero que sim... Espero que haja uma luzinha ao fundo do túnel, não é?... Eu não quero que o macaco me derrube... Eu queria era derrubá-lo a ele... Vamos lá a ver... Pode ser (risos).”

2. O caso de Andreia: *“Tentei levar uma boa qualidade de vida... Antes, a minha casa não era em condições... Hoje, tenho uma casa boa, mas que é muito puxada... (...) Eu passeio muito... O médico mandou-me passear... (...) Gosto muito do meu médico... O que ele me diz, é certo... Embora eu não lhe diga, eu faço sem “camisinha”...”*

Andreia, uma empregada de limpeza e utente da Abraço/Delegação Norte, é originária de Sandim, uma freguesia do concelho de Vila Nova de Gaia com cerca de 6.000 habitantes, onde nasceu a 2 de Setembro de 1975. Esta mulher descende de uma família operária pluriactiva. O pai era empregado numa fábrica de pneus (Andreia não conheceu os seus avós paternos). A mãe era empregada de limpeza (o seu lugar de classe de origem é o operariado industrial).

Nos sete anos iniciais da sua vida, Andreia viveu em Sandim com os cinco irmãos (dois do sexo masculino, três do sexo feminino), todos mais velhos (o irmão mais velho leva-lhe dezoito anos de diferença e o mais novo nove), porque os pais exerciam as suas profissões na cidade do Porto. Aos fins-de-semana, os seis irmãos tinham a visita regular dos pais, que se deslocavam do Porto a Sandim.

No período infantil, as relações no interior da família foram marcadas por um antagonismo do irmão mais velho contra o pai de Andreia, que faleceu quando esta tinha 7 anos de idade:

“Sei que o meu pai morreu na minha 1ª Comunhão, porque o meu irmão não deixou o meu pai entrar lá dentro... Sei que eu aí não convivia com ele a 100%...”

A tolerância foi a nota dominante da educação recebida pela actual utente da Abraço/Delegação Norte. Esta mulher fruiu de instrução católica, com frequência da catequese e recepção dos sacramentos do Baptismo, 1ª e 2ª Comunhões. Até à recepção da 2ª Comunhão, manteve o hábito de ir à missa de Domingo.

Aos 6 anos de idade, Andreia deu entrada na escola primária de Sandim, registando uma reprovação. No ano seguinte, fixou-se na casa dos pais (o pai acabou por falecer nesse ano), na zona de Francos, no Porto, em conjunto com as três irmãs e o irmão mais novo. Nessa altura, Andreia inscreveu-se na Escola Primária Maria Lamas, situada na zona de Francos. Ao fim de um ano, e registando nova reprovação na 1ª Classe, regressou a Sandim, pelo período de mais um ano (fixou-se em casa do irmão

mais velho e da cunhada). No decorrer desse ano lectivo, completou a 1ª Classe com êxito. O ano subsequente foi passado no Porto, na companhia da mãe, das irmãs e do irmão mais novo. Mais uma vez, matriculou-se na Escola Primária Maria Lamas e averbou outra reprovação. Tendo completado já os 10 anos de idade, Andreia estabeleceu-se, novamente, em Sandim, em casa do irmão mais velho e da cunhada, durante um ano. Neste ano lectivo, fez a 2ª Classe com sucesso. Este foi o seu último ano de vida passado em Sandim. De seguida, passou a viver no Bairro do Cerco, no Porto, onde a mãe, as irmãs e o irmão mais novo se haviam instalado. Os estudos prosseguiram na Escola Primária nº 79, no Bairro do Cerco. Esta empregada de limpeza completou a 4ª Classe com 13 anos, registando um total de quatro reprovações que se deveram, essencialmente, aos problemas de dislexia e à ausência de estímulo da parte da família para desenvolvimento de um método de estudo adequado:

“É assim, punham-me o problema, mas eu não lia... Não conseguia ler o problema... Então, os colegas liam-me o problema e eu respondia tudo direitinho... (...) Eu não tive ninguém que me puxasse para estudar, então... Não tinha gosto... Quem me ajudava eram os professores e os meus colegas... Porque a minha mãe também não tem estudos... Então, a minha mãe trabalhava aos dias e eu depois ia ter com ela... Esperava no café... Não gostava de chatear ninguém...”

Andreia ainda chegou a frequentar o 1º Ano do Ciclo na Escola Gomes da Silva, mas decidiu renunciar aos estudos transcorridas duas semanas de aulas. O abandono da escola foi justificado quer pela falta de motivação, quer pelo cepticismo quanto à real valia desta instituição como espaço de aquisição de saberes.

Depois de desistir da escola, o quotidiano de Andreia centrou-se, essencialmente, no espaço doméstico, coadjuvando a mãe nas lides da casa e na prestação de cuidados ao filho de uma das suas irmãs. A sua adolescência foi caracterizada, igualmente, pelos momentos de recreio com os vizinhos do Bairro do Cerco, com destaque para o jogo das escondidas e as cavaqueiras em grupo.

Nesta fase da vida, não foi elucidada por algum familiar seu sobre a natureza, implicações e formas de transmissão do VIH/Sida. De igual modo, também nunca obteve esclarecimentos acerca desta patologia através da instituição escola, dos meios de comunicação social ou do grupo de amigos.

Aos 16 anos, esta mulher teve a sua primeira experiência no meio laboral. Com efeito, foi trabalhar para uma fábrica de confecções, situada na Rua do Bonjardim, como arrematadora de peças de roupa interior. Nesta fábrica de confecções, laborava de 2^a a 6^a Feira, cerca de 7 horas por dia (entrava às 9 horas e saía às 17, dispondo de uma hora para o almoço). O salário mensal situava-se em perto de 70 contos.

Passados seis meses, Andreia terminou o vínculo com a fábrica de confecções por ter revelado alguma inaptidão e imaturidade no posto de trabalho:

“Meio ano, porque eu não dei valor ao trabalho... Era o primeiro emprego... E quando fazia alguma asneira, cortava algum bocado mal, porque aquilo era uma fábrica de confecções, eu ficava muito nervosa e começava a chorar... Não me adaptei lá...”

Sensivelmente seis meses depois de ter cessado funções como arrematadora da fábrica de confecções, empregou-se numa confeitaria, também situada na Rua do Bonjardim. Na referida confeitaria, assumiu as funções de empregada de balcão e de mesa. Andreia trabalhava 6 horas e meia por dia (entrava às 9 horas e saía às 16, usufruindo de meia hora para almoçar) e tinha folga e meia semanal. O seu salário era de 80 contos mensais. Contudo, as expectativas em torno da ocupação como empregada de balcão e de mesa da confeitaria saíram defraudadas. Descontente com a sua actividade, abandonou a confeitaria volvidos três meses. Depois disso, Andreia regressou à vida doméstica por mais três anos.

O primeiro envolvimento amoroso da protagonista desta história de vida aconteceu aos 17 anos, com um vizinho do Bairro do Cerco. Foi no decurso deste namoro que encetou a sua vida sexual. Inicialmente, o par de namorados utilizou preservativo nas trocas sexuais. Entretanto, Andreia consultou-se com a médica de família para aferir a plausibilidade da utilização da pílula anticoncepcional feminina. Com o aval da médica, começou a usar o dito método contraceptivo.

Esta mulher alegou que a opção pela utilização da pílula feminina se prendeu com a maior comodidade que o método contraceptivo proporcionava a si e ao namorado nas trocas sexuais. A relação com o vizinho do Bairro do Cerco terminou ao fim de dois anos.

Quando Andreia tinha 20 anos, o seu irmão mais novo foi assassinado. Pese a mágoa causada pela perda, Andreia e os familiares não apresentaram queixa do

assassínio na Polícia Judiciária porque entenderam que tal acto não iria trazer a vida do falecido da volta.

Este acontecimento trágico precipitou o seu reingresso no mundo laboral. De facto, logo após o assassinio do irmão, iniciou funções como empregada de limpeza do Centro Comercial Via Catarina, estando associada à empresa LIVIG. No Centro Comercial Via Catarina, trabalhava cinco dias por semana (em regime de rotatividade), cumprindo o turno da tarde (entrava às 18 horas e saía às 23 horas e 30 minutos) e auferindo um vencimento mensal de cerca de 75 contos. Esta mulher permaneceu como empregada de limpeza da LIVIG, no Centro Comercial Via Catarina, sete anos seguidos.

No ano de 1997, com 21 anos de idade, Andreia deixou o Bairro do Cerco e foi morar com a mãe, apenas, para a Rua Formosa, num apartamento alugado.

Um ano depois, filha e mãe mudaram-se para Vila Nova de Gaia, arrendando um apartamento situado perto do Arrábida Shopping.

Aos 23 anos, esta empregada de limpeza iniciou uma relação de namoro com um indivíduo que era seu colega de trabalho na LIVIG. No decorrer das primeiras trocas sexuais, o casal protegeu-se com o preservativo. Posteriormente, Andreia optou pelo uso da pílula feminina.

Todavia, o referido método contraceptivo revelou-se ineficaz, visto que no mês em que começou a toma da pílula ficou grávida. A gravidez não planeada deixou o seu namorado desagradoado porque este já tinha encargos com um filho fruto de uma antiga relação:

“Não queria que eu fizesse um aborto, mas disse que não devia ter acontecido porque ele não tinha possibilidades para sustentar outro bebé e não sei quê... Tinha um menino de 8 anos... (referindo-se ao ex-namorado) Ele vivia com os pais... Não vivia com o filho... O menino estava com a mãe dele... (...) E eu, pronto, resolvi ter a minha filha... E ainda bem que a tive...”

Ao terceiro mês de gravidez, o namoro com o colega de trabalho da LIVIG terminou. Em Novembro de 1999, já com 24 anos completados, deu à luz uma menina.

No período compreendido entre o fim do namoro com o vizinho do Bairro do Cerco e o princípio da relação com o colega de trabalho da LIVIG, esta mulher renunciou aos prazeres carnavais.

Após nascimento da filha, tornou-se doadora de sangue no Hospital Geral de Santo António (H.G.S.A.), movida por um propósito humanista. Andreia descreveu as ocasiões em que recebia as cartas de anuência das suas dádivas como momentos de grande júbilo pessoal:

“Era um dos meus objectivos, sim senhora... E dava sangue, trabalhava... Ia dar sangue... Porque já que não posso ajudar os outros em questões financeiras, quis fazer uma boa causa, dar sangue... Eu dava sangue... Dava sangue, sim senhora, com todo o carinho e ficava feliz... Talvez os momentos mais felizes da minha vida era sentar-me numa cadeira para a colheita de sangue e uns dias depois receber a carta que dizia: “Parabéns! Mais uma vez foi aprovada. Salvou mais uma vida”... Era um dos momentos mais importantes, tirando o nascimento da minha filha...”

Em Julho de 2000, envolveu-se numa relação de namoro com um indivíduo (um aplicador de tubos) que ia tomar café ao Centro Comercial Via Catarina diariamente. Num primeiro momento, o casal utilizou o preservativo como método anticoncepcional. Depois, à semelhança do que havia acontecido nos dois namoros anteriores, Andreia enveredou pela toma da pílula. O par de namorados chegou, inclusive a viver junto, na casa de Andreia e da sua mãe, em Vila Nova de Gaia. O namoro acabou passado um ano e meio porque a actual utente da Abraço/Delegação Norte abominava o hábito do seu namorado em fumar haxixe.

Findo o namoro com o indivíduo aplicador de tubos, as dádivas de sangue de Andreia, realizadas de quatro em quatro meses, continuaram a ter aprovação.

No ano de 2002, vinculou-se à empresa Safira, igualmente do ramo dos serviços de limpeza. Nesta altura, foi remetida para o NorteShopping, que se tornou o seu local de trabalho até aos dias de hoje, conquanto possa dar horas extra noutros estabelecimentos. Tal como no Centro Comercial Via Catarina, no NorteShopping, Andreia presta serviços cinco dias por semana, rotativamente, e cumpre o turno da tarde (porém, enquanto empregada de limpeza do NorteShopping, inicia funções às 16 horas e 30 minutos e termina às 24). Actualmente, o seu salário mensal é de 472 Euros.

No mês de Março de 2003, esta mulher encetou novo envolvimento amoroso com um indivíduo residente em Vila Nova de Gaia que frequentava o mesmo café no cais da cidade. Já com o namoro iniciado, uma sobrinha de uma colega de trabalho de

Andreia informou-a de que o seu recente companheiro havia sido toxicodependente. Apaixonada, ignorou a notícia e prosseguiu o namoro. A primeira cópula do par de namorados ocorreu a 3 de Julho do mesmo ano. Para evitar a concepção, esta empregada de limpeza utilizou a pílula feminina desde a primeira troca sexual entre o casal.

Logo após o princípio da relação de namoro com o indivíduo ex-toxicodependente, Andreia padeceu de uma anemia. Depois de se ter restabelecido daquela patologia, em Setembro de 2003, aguardou até Fevereiro de 2004 para realizar novas colheitas de sangue. Nesse mês, os profissionais de saúde do H.G.S.A. detectaram uma anomalia no seu sangue e induziram-na a efectuar análises gerais. No dia 15 de Março de 2004, quando foi aferir os resultados das mencionadas análises no H.G.S.A., esta mulher foi notificada do contágio pelo VIH:

“Depois de fazer a análise geral, passados quinze dias, quando eu fui saber o resultado, que eu fui chamada lá, eu vejo dez médicos à minha volta... A Dra. Fátima Leite... É, pronto, uma loirita, a coordenadora... Havia lá a Dra. Fátima, mais a espanhola (risos)... Ai, eu fiquei (disfarça uma expressão de desgosto com um sorriso)... Estranhei, era fora do normal... E um copo de água sobre a mesa... E a Dra. sentou-se à minha beira e perguntou-me como é que eu me sentia... Mas, não me disse logo... Esteve lá a falar e disse-me que havia um problema... Disse-me que eu tinha o HIV positivo... E eu disse: “Explique-me isso por outras palavras” (risos)... E foi quando ela me falou sobre a Sida, que eu desconhecia... (rectificando) Não, não desconhecia o reclamo sobre a Sida, mas como é que se diz? O HIV, pronto, eu não estava por dentro... (...) O que eu vejo, eu consigo entender o que é (risos)... (...) Acho que quando a Dra. me falou que eu tinha o HIV, eu perguntei-lhe se não dava para tirar o meu sangue, trocar e meter outro (risos)... Se dava para (hesitante)... Já que eu ajudei os outros...”

No momento em que foi confrontada com a notícia da sua seropositividade no H.G.S.A., não assimilou os esclarecimentos sobre a natureza e implicações do VIH/Sida prestados pelos profissionais de saúde daquela instituição. Foi através da sua chefe de trabalho no NorteShopping que, na tarde de 15 de Março, começou a consciencializar-se da gravidade da situação:

“Quando me disseram o que era, eu fiquei... Sei lá?... Não sei... Fui trabalhar... (referindo-se aos profissionais de saúde do H.G.S.A.) Deram-me lá um calmante, sim senhor, tomei... E perguntaram-me se eu queria ir trabalhar ou se eu queria ir para casa, passado um bocado... Eu disse: “Não, eu vou trabalhar”... Fui directa para o trabalho, sim senhora... Lembro-me muito bem desse dia... Tinha que ir trabalhar... (exprime-se vagarosamente) Cheguei, dei a minha entrada, pronto... Até que, passado uns tempos, eu caí em mim e comecei a chorar... E disse à minha chefe que queria falar com ela... Ela explicou-me o que era a Sida (risos)...”

A reacção da protagonista desta história de vida à elucidação da sua chefe de trabalho sobre as implicações do VIH/Sida atesta as máximas de Parsons (1951) e Caldeira (1995) sobre o choque emocional que marca o princípio da experimentação da doença:

“Eu fiquei num estado de choque... Fiquei distante... Pensei: “Vou morrer amanhã?”... A Sida, para mim, é essa gente que está na rua toda cheia de feridas, toda (hesitante)... Sei lá? Para mim, isso era a Sida...”

Entre o termo da relação de namoro com o indivíduo aplicador de tubos e o início da relação com o indivíduo que conheceu num café frequentado por ambos no cais de Vila Nova de Gaia, seu actual companheiro, Andreia não levou a efeito qualquer troca sexual. Com efeito, o seu actual companheiro, com quem começou a ter relações sexuais a 3 de Julho de 2003, foi a fonte da contaminação pelo VIH. Este indivíduo ex-toxicodependente tinha conhecimento da sua seropositividade desde o ano de 1994. Todavia, apesar da sugestão de Andreia, achou que utilização do preservativo nas trocas sexuais iniciais do casal era redundante:

“Tive as primeiras relações com ele, mas, dizia-lhe: “Tu não te podes vir, porque eu não quero ter filhos”... Sempre aquelas conversas (risos)... O normal, tudo bem... Mas, eu dizia: “Se quiseres, também tenho camisinha e a gente pode proteger-se... Eu também tomo a pílula”... E ele dizia sempre: “Não é preciso”... E ele nunca se veio dentro de mim até saber que eu era portadora... E eu fiquei doente, fui internada... E desde o espaço em que eu estive doente até ser internada, já não tinha contacto com ele... Eu não queria falar com ele...”

Esta empregada de limpeza reconciliou-se com o indivíduo que lhe transmitiu o VIH a 8 de Julho de 2004, acabando por desistir da ideia de o incriminar:

“Ao longo do tempo, eu comecei a reflectir certas coisas, não é?... Há momentos em que ele, para mim, é importante... Eu acho que estou com ele por ele me ter infectado... (...) Eu acho que as pessoas que estão (hesitante)... É assim, eu tenho um único objectivo... Eu não tenho que fazer mal a ninguém por não gostar, ou por gostar, ou por vingança, ou por isto, ou por aquilo... Sei lá? Aconteceu... (...) Eu tinha todo o direito de apresentar uma queixa contra ele... Não apresentei porque depois de tanto ver (hesitante)... Eu fiquei meia coisa quando pensei em apresentar queixa... Pensei: “Porque é que vou apresentar uma queixa se não vai salvar a minha vida?”...”

No dia 15 de Março de 2004, quando recebeu a notícia da sua seropositividade, foi também assistida por uma médica no H.G.S.A. porque a cor escura da sua urina a começou a intrigar. Tratou-se do primeiro indício de Hepatite C, patologia que a levou a um internamento duas semanas depois.

A 18 de Março, Andreia teve a sua primeira consulta para acompanhamento do VIH no H.G.S.A.. Muito nervosa, ouviu a explanação do seu médico assistente sobre a natureza crónica da doença e respectivo tratamento:

“O meu médico, o Dr. João Santos, explicou-me, sim senhora, que não é um bicho de sete cabeças... Há que saber controlar a doença... Só tem que se ter os cuidados normais, porque há casos piores... Eu, depois, que comecei a frequentar o hospital mais vezes, comecei a ver que há casos piores...”

No dia 1 de Abril, foi internada no Hospital de São João com uma Hepatite C. Note-se que nos dias que se seguiram à notificação da seropositividade, esta mulher passou a alimentar-se de forma insuficiente.

A 2 de Abril, foi transferida para o Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.), onde encetou o tratamento específico contra a Hepatite C. No decorrer do tratamento de quinze dias (teve alta no dia 17 de Abril), pôde observar directamente alguns doentes de VIH/Sida internados no H.J.U.. O estado de degradação psico-somática desses indivíduos suscitou-lhe grande abalo:

“A minha maior tristeza foi quando entrei no Hospital de Joaquim Urbano e olho para aquela gente toda... Meu Deus do céu, foi horrível... Eu pensei: “Eu vou ficar assim?”... Isso foi mais um choque... (...) Eu acho que fiquei mais doente só de ver aquilo... (...) Só de saber que ia ficar assim... Tinha uma menina de (pensativa)... Ela tinha 20 (anos), foi é contaminada aos 17 (anos)... Estava do meu lado... Era o meu único apoio porque (hesitante)... O único apoio, porque ela falou... Como era quase da minha idade, não é?... E estava que nem eu, não é?... Agora, os outros, meu Deus do céu...”

Inicialmente, Andreia tinha consultas semestrais no H.G.S.A. para acompanhamento do problema do VIH, uma vez que estava em fase assintomática (Montagnier, 1994). Nessas ocasiões, o seu médico assistente comunicava-lhe o valor da carga vírica, que se manteve sempre baixo até Dezembro de 2006. A partir dessa data, iniciou a terapêutica anti-retroviral e passou a ter consultas trimestrais no H.G.S.A.. O seu regime terapêutico, que se mantém idêntico até à actualidade, subentende três tomas diárias de comprimidos, a primeira ao almoço, a segunda ao jantar e a terceira antes de se deitar. Esta mulher confessou, no entanto, que a ingestão de comprimidos lhe causa desconsolo, ainda que cumpra o regime terapêutico (sublinhe-se que já ocorreram situações em que não ingeriu o comprimido, ou da hora de almoço ou da hora do jantar, porque não realizou refeição):

“Ai, eu preferia antes que me dessem injeções, porque eu sou alérgica a tomar comprimidos... E eu: “Não há injeção?”... Eu preferia levar uma todos os dias no rabo, qualquer coisa... Vitaminas, xarope... Eu já quando tomava pílula não gostava... Uma coisinha assim tão pequenina não passava... Imagina agora aqueles comprimidos... O meu companheiro disse: “Parte a meio e toma”... Às vezes, fico irritada... Ai, meu Deus do céu... E tenho que os tomar... É assim um bocado... Sei lá?... Eu já não gostava de tomar medicação nenhuma, nem para a dor de cabeça, nem para a dor de dentes, nem para a dor de qualquer coisa (risos)... E para tomar a medicação é um bocadinho complicado, um bocadinho enorme (risos)... Mas, tenho feito a medicação, pronto, porque é importante...”

A reacção da actual utente da Abraço/Delegação Norte ao tratamento anti-retroviral foi satisfatória, tendo reduzido o valor da sua carga vírica para um nível

negativo. Mesmo assim, debate-se com um dos efeitos secundários da medicação, a perturbação do sono pela ocorrência de pesadelos:

“Há um comprimido que faz sonolência e dá pesadelos... (...) Eu, quando o médico me disse, eu disse: “Eu já os tenho” (risos)... Eu disse que já os tinha sem tomar... E eu começo a ver que são pesadelos horríveis... Muito...”

O relacionamento de Andreia com o seu médico assistente no H.G.S.A. é óptimo. De facto, asseverou ter total confiança no seu médico, pessoa por quem nutre grande estima, e sentir-se confortável durante a realização das consultas trimestrais. Não obstante, reconheceu que a qualidade da relação com o seu médico é um factor importante para aumentar a motivação em relação ao cumprimento da terapêutica anti-retroviral. Sobre esta matéria, deve fazer-se notar que as desatenções ocasionais face às tomas de comprimidos do seu regime terapêutico já foram alvo de reprimenda por parte do mencionado profissional de saúde do H.G.S.A.:

“Eu estou a tomar a medicação... Às vezes, eu até esqueço... Da outra vez, não tomei, esqueci-me de tomar um comprimido... E o médico disse-me que não pode acontecer...”

Em concreto, o médico assistente de Andreia recomendou-lhe três cuidados essenciais relativamente ao contágio pelo VIH, uma dieta assente em grelhados e cozidos, a realização de caminhadas a pé e a utilização preferencial de preservativo nas trocas sexuais com o seu namorado, cuja doença está em fase mais avançada (este só iniciou o tratamento anti-retroviral depois da primeira consulta de Andreia para acompanhamento da contaminação pelo VIH). Esta empregada de limpeza cumpre as indicações referentes à dieta e às caminhadas, mas tende a ignorar a advertência para a utilização do preservativo nas cópulas com o namorado, conquanto oculte esse facto ao médico assistente. Andreia desculpou o desmazelo face à utilização do preservativo por considerar que tal artefacto será insuficiente para inverter a situação de seropositividade:

“Gosto muito do meu médico... O que ele me diz, é certo... Embora eu não lhe diga, eu faço sem “camisinha” (risos)... Mas, o médico diz que é melhor

com preservativo... Talvez por o vírus dele (referindo-se ao seu namorado) estar mais desenvolvido... Está mais desenvolvido e pode-me contaminar outra vez... Eu tenho preservativos em casa, mas não sei... Não sei... Porque o vírus já está cá... Eu não consigo entender, não é?... Eu tenho uma colega que também é (entenda-se seropositiva)... Conhecia-a quando fomos ao passeio (referindo-se a uma actividade organizada pela Abraço/Delegação Norte)... Ela diz que também está a fazer relações há catorze anos com o namorado e continua assim... E ela e ele fazem relações normais sem usar preservativo... (...) Mas, o vírus já cá está... Já está dentro de nós... Eu acho que não tem solução... Não sei, talvez por não ter estudos de médico e não saber o futuro, não é?... Não saber o que é isso... Acho que se a gente já tem o vírus, não há nada a fazer, não é?... O médico bem que diz que é pior (entenda-se não utilizar preservativo nas relações sexuais com o seu parceiro também seropositivo)... Só que eu acho que (hesitante)... Sei lá?... Não sei... Não utilizamos preservativo... Nós vamos morrer (risos)... Olhe, essa parte aí da medicina é bué complicada (risos)..."

Esta mulher não fuma tabaco desde o ano de 2002 (fumou, casualmente, entre os anos de 2000 e 2002). De vez em quando, bebe uma cerveja com groselha, por regra quando faz churrasco.

Dada a carga de trabalho actual como empregada de limpeza, que lhe causa muita fadiga, não tem a intenção, para já, de se inscrever num ginásio para praticar mais exercício físico.

Após ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH, decidiu abandonar a habitação que partilhava com a mãe e alugar um novo apartamento para se instalar somente com a filha. O apartamento que arrendou a princípio revelou condições algo deficitárias. No intuito de viver com maior qualidade, Andreia optou pelo aluguer de um apartamento mais oneroso para dividir com a filha:

"Tentei levar uma boa qualidade de vida... Antes, a minha casa não era em condições... Hoje, tenho uma casa boa, mas que é muito puxada... Eu até ando à procura de uma, porque o meu medo é ficar doente e a minha mãe e a minha filha não terem possibilidades de dirigir a casa... Eu, agora, pago muito de renda... Pago muito de renda e tenho sempre aquele objectivo de trabalhar, trabalhar, trabalhar... Ontem, tive folga, mas não quis, fui trabalhar... Porque é mais um dinheirinho... Gosto de ter tudo direitinho, a renda em dia, sim senhora... E a minha filha gosta daquela casa, eu também gosto... E damo-nos

bem, sim senhora... Tudo bem... Senão, para isso eu alugava um quartinho e estava bem... Se não tivesse um objectivo futuro (risos)..."

As asserções desta mulher acerca da estratégia que delineou para administrar a sua vida após ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH, em Março de 2004, atestam parcialmente a hipótese teórica 1 (ênfatisa a adopção de um “*estilo de vida saudável*” e o cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto), visto que revela pequenos descuidos face ao regime terapêutico (conquanto mantenha a carga vírica negativa) e olvida a recomendação do seu médico assistente para utilizar preservativo nas relações sexuais com o namorado, incorrendo na pena de aumentar a carga vírica em razão de tal comportamento.

A sua disposição perante a seropositividade parece aproximar-se, em termos gerais, do conceito de “*doença-resignação*” que François Laplantine (1992) gizou com base nos textos e na autobiografia de Franz Kafka.

Andreia garantiu sentir-se satisfeita com o atendimento que tem recebido no H.G.S.A. para acompanhamento do problema do contágio pelo VIH desde o mês de Março de 2004 até aos dias de hoje. Porém, revelou que a mudança da condição de dadora de sangue para a condição de paciente seropositiva nesta instituição hospitalar lhe causa melindre. Com efeito, a segunda condição implica a sua presença na sala de espera da Unidade de Infecçiology do H.G.S.A. para ser atendida pelo médico assistente, vivendo na iminência de um cruzamento com os funcionários que foi conhecendo nos cinco anos em que doou sangue na instituição:

“Tenho muita vergonha de ir lá ao hospital... (...) Fico assim meia coisa... Porque, como o pessoal me conhece de ir lá dar sangue, eu (hesitante)... Agora, vou para outro sítio e fico assim meia coisa... Tenho vergonha, às vezes, de me sentar lá nas cadeiras (risos)... Só que eu dava sangue do outro lado e, ao princípio, fiquei assim um bocado coisa, porque tem um porteiro e ele já me conhecia de ir dar sangue para o outro lado... E, agora, deixei de ir e vou para o outro...”

Em meados do ano de 2005, a protagonista desta história de vida tornou-se utente da Abraço/Delegação Norte. Andreia tomou conhecimento da existência desta

instituição através de uma assistente social que solicitou depois da notificação do contágio pelo VIH (Andreia ficou com receio de morrer e entendeu que seria imprescindível encontrar alguém que não fosse familiar para cuidar da sua filha) e que a persuadiu a visitar a referida ONG e a efectuar a inscrição. A sua primeira incursão à Abraço/Delegação Norte foi feita com grande apreensão porque temia encontrar-se com algumas das pessoas que conhece naquela zona de Vila Nova de Gaia (o seu namorado vive numa habitação situada nas imediações daquela instituição). Nesta instituição, recebeu apoio psico-social, alimentar e ao nível do vestuário. Durante dois anos, teve atendimento semanal com um psicólogo. Esta mulher foi, também, convidada a integrar um grupo de auto-ajuda, refutando, contudo, essa solicitação porque as sessões de grupo colidiam com o seu horário de trabalho.

No dia 9 de Junho de 2007, Andreia participou numa manifestação contra a discriminação de seropositivos em Lisboa, por intermédio da Abraço/Delegação Norte. O móbil para tomar parte neste evento, mais uma vez com um sentimento de vergonha, foi o desejo de conhecer e contactar com outros doentes de VIH/Sida. Esta foi a única actividade em que Andreia se associou através da mencionada ONG. Os convites que recebeu para participar noutras actividades foram declinados devido às obrigações laborais.

Esta empregada de limpeza entende que o apoio que a Abraço/Delegação Norte lhe tem proporcionado aumentou a sua qualidade de vida e trouxe-lhe maior equilíbrio emocional. À semelhança de Marta, a protagonista da história de vida anterior, Andreia tem um grande apego por uma das técnicas do serviço de apoio psico-social que considera uma amiga. Na actualidade, desloca-se às instalações desta instituição uma vez por mês, justamente para dialogar com aquela técnica do serviço de apoio psico-social.

Genericamente, Andreia está satisfeita com a réplica da Abraço/Delegação Norte ao seu pedido de ajuda, embora se sinta desconfortável em visitar a instituição porque conhece algumas pessoas que moram na zona circundante. Esta mulher alegou, ainda, que seria desejável que a supracitada ONG usufrísse de um apoio financeiro mais amplo, sobretudo da parte do poder estatal, para potenciar as suas acções de intervenção social.

Andreia consciencializou-se, na íntegra, da natureza e implicações do VIH/Sida pela acção educadora conjunta do seu médico assistente no H.G.S.A. e do psicólogo que a acompanhou na Abraço/Delegação Norte entre 2005 e 2007.

Esta mulher revelou a sua seropositividade a um grupo muito reduzido de pessoas, entre elas, uma irmã, a filha, a chefe de trabalho, uma colega de trabalho e uma amiga (trata-se de uma ex-colega de trabalho do Centro Comercial Via Catarina).

À dita irmã, transmitiu a notícia do contágio pelo VIH ainda no decurso do mês de Março de 2004. De pronto, a irmã divulgou a informação junto das outras duas irmãs e do irmão mais velho sem o consentimento prévio de Andreia. Esta atitude deixou a última desgostosa, dado que pretendia ser ela própria a comunicar a notícia da contaminação pelo VIH às restantes irmãs e ao irmão mais velho.

Todavia, Andreia proibiu categoricamente as três irmãs de transmitirem a notícia do contágio pelo VIH à mãe, por um lado, porque entende que o nível de desenvolvimento intelectual daquela é insuficiente para compreender a natureza e implicações da patologia, por outro, para evitar o seu sofrimento:

“A minha mãe não sabe... É assim, é a única pessoa que (referindo-se às irmãs) não admito que contem... É a minha mãe... (...) A minha mãe não sabe porque a minha mãe é uma pessoa que não vai resolver os problemas... Ela vê uma pessoa de cabelo vermelho, ela diz que é a droga (risos)... Ela vê uma pessoa com uns brinquinhos e diz que é a droga... E diz: “Não faças isso! Toma cuidado!”... Vê uma pessoa gorda e diz que está mal dos fígados... É uma pessoa que não sabe muito... Vê uma pessoa obesa e diz logo: “Comeu alguma coisa que lhe fez mal... Olha como é que ela está”... Então, a minha mãe não vai saber entender essas coisas... Então, eu disse às minhas irmãs que estão proibidas... Ai delas que digam à minha mãe... Ela ia sofrer muito... Eu acho que a minha mãe talvez não entendesse mesmo que eu explicasse... Eu tenho uma irmã minha que é muito magrinha... É muito miudinha... É muito magrinha ela... E a minha mãe diz que ela tem a trilha... Então, a minha mãe diz isso (risos)... Imagina se ela soubesse que eu tinha esta doença...”

Andreia sustentou a ideia de que o contágio pelo VIH provocou alterações ligeiras ao nível das suas práticas culturais. As mudanças registadas neste domínio prenderam-se com os cuidados alimentares acrescidos, nomeadamente a dieta assente em cozidos e grelhados recomendada pelo médico assistente no H.G.S.A., e a redução do consumo de uma cerveja com groselha às ocasiões em que faz um churrasco.

De resto, esta mulher referiu que continua a manter a preferência pela vida doméstica, investindo pouco nas “práticas expressivas semi-públicas” (Lopes, 2000)

de cariz nocturno, em particular a ida a bares, como já se verificava antes de Março de 2004.

Como se viu anteriormente, Andreia revelou a sua seropositividade a uma das irmãs que, sem a sua autorização, tomou a liberdade de comunicar tal notícia às outras duas irmãs e ao irmão mais velho (que ainda reside em Sandim). Apesar de ter ficado aborrecida com o comportamento da irmã, manteve um trato cordial com a mesma.

Em termos gerais, as relações desta empregada de limpeza com os seus familiares mais próximos que têm conhecimento do contágio pelo VIH (as três irmãs, o irmão mais velho e a filha) não foram afectadas pela patologia, excepto no período inicial (por uma questão de insipiência, as três irmãs de Andreia insistiram que esta deveria lavar a loiça com lixívia e separar a sua roupa da roupa da mãe e da filha).

Deve, no entanto, realçar-se que os laços de Andreia com as três irmãs e o irmão mais velho nunca foram fortes, inclusive antes da notificação da contaminação pelo VIH.

A actual utente da Abraço/Delegação Norte optou por pôr a sua filha a par da situação para que esta pudesse começar a entender as adversidades da vida, desde tenra idade. A relação entre as duas é perfeita.

A esfera das sociabilidades de Andreia não foi abalada pelo contágio pelo VIH. Esta mulher tem um círculo de amizades constituído apenas por duas pessoas, uma colega de trabalho e uma amiga ex-colega de trabalho no Centro Comercial Via Catarina. Uma e outra tiveram uma reacção bastante positiva à sua confiança e jamais a discriminaram.

No que se refere às relações laborais, as únicas pessoas que sabem da sua seropositividade são a chefe de trabalho e a colega que é também amiga pessoal. A chefe de trabalho reagiu compassivamente à notícia da contaminação pelo VIH e foi um dos seus grandes apoios na fase inicial de experimentação da seropositividade:

“Ela apoiou-me... Ela levou-me a Fátima, sim senhora... Ela pediu-me para ter calma, sim senhora...”

Contudo, porque Andreia revela tendência para se distrair com cavaqueiras no decurso do tempo de trabalho, a sua chefe de trabalho admoesta-a, amiúde, com o afastamento da zona de restauração do NorteShopping ou, mesmo, com o encaminhamento para prestação de serviço num centro comercial de Vila do Conde.

Se não foi vítima de discriminação no meio laboral por causa do contágio pelo VIH, tal não se verificou em relação à Hepatite C. De facto, excluindo a chefe e a colega e amiga pessoal, as suas companheiras de trabalho manifestaram um comportamento de demarcação quando souberam da contracção da doença, pelo que temiam uma possível contaminação:

“Porque me senti discriminada quando eles se afastaram e não tinham motivo... Eu pus-me superior, neste caso... (...) Eles sabem que eu tive a Hepatite e que fiquei curada, tudo bem... Está-se... Não se fala mais no assunto... Porque as pessoas são muito amigas e dizem: “Ai, calma! Come isto e aquilo”... E, depois, a gente nota a distância... Acho que é que nem aqueles cães de rua que notam o perigo... (...) Porque, de resto, por mais que me metam uma peça de fruta, um iogurte à minha beira, eu, embora coma quando eles me dão, sim senhora, as minhas amigas (hesitante)... Mas, a gente nota... A gente sente, sei lá?... Só quem tem a doença é que sabe... E querem que uma pessoa fique longe para não pegar a Hepatite...”

As relações afectivas de Andreia não foram perturbadas pela seropositividade. Embora se tenha eximido a dialogar com o namorado ex-toxicodependente (que foi a fonte do seu contágio) no período compreendido entre o dia 1 de Abril de 2004, altura em que foi internada no Hospital de São João com uma Hepatite C, e o dia 8 de Julho do mesmo ano, esta mulher reatou a relação amorosa. O par continua a namorar serenamente na actualidade.

De igual modo, o ritmo de actividade sexual de Andreia não sofreu qualquer transformação após a notificação do contágio pelo VIH (conservou o ritmo de três relações sexuais por semana, uma média que já era habitual antes de Março de 2004), bem como a sua vida religiosa (continuou com um nível de prática religiosa baixo – não reza em casa, mas frequenta a Igreja uma vez por mês para realizar as suas preces – e afirmou que a fé não é um elemento importante para contrariar o problema do VIH).

No seguimento, esta empregada de limpeza alegou que o contágio pelo VIH lhe ocasionou receio face ao futuro. Sem embargo, desde a notificação da patologia, em Março de 2004, que vive com maior ansiedade.

Presentemente, o seu dia-a-dia organiza-se em torno das obrigações laborais, das lides da casa, das “*práticas domésticas receptivas*” (Lopes, 2000) e das “*práticas*

expressivas semi-públicas” (Idem), embora em menor escala. No espaço doméstico, reparte o tempo com as tarefas do lar, a audição de música e a visualização de televisão. Andreia acorda diariamente às 7 horas da manhã, de modo a garantir que a filha chegue com pontualidade à escola primária. Depois de deixar a filha na escola primária, vai tomar um café. Se a amiga de longa data que tem conhecimento da sua seropositividade estiver de folga, juntam-se para passear, durante a manhã. Nas ocasiões em que a amiga de longa data não tem folga, aproveita para dormir. Geralmente, esta mulher almoça em casa, admitindo, no entanto, que tende a comer, apenas, uma sopa. Quando a filha está em casa, prepara uma refeição completa para as duas. Andreia inicia a jornada de trabalho às 16 horas e 30 minutos no NorteShopping, sendo obrigada a deslocar-se de Vila Nova de Gaia até Matosinhos através dos transportes públicos. Com excepção das folgas rotativas, janta no NorteShopping. O dia de trabalho termina às 24 horas (esta mulher só realiza o turno da tarde). Andreia chega a casa às 00 horas e 45 minutos e deita-se à 1 hora e 30 minutos.

Por norma, esta mulher encontra-se com o seu namorado nos dias de folga e nos fins-de-semana. Uma vez por mês, realiza uma saída nocturna para a zona do Cais de Vila Nova de Gaia, fazendo-se acompanhar pelo seu namorado, a irmã deste e o respectivo companheiro. Não raro, o quarteto junta-se em casa do namorado de Andreia para conviver.

Conforme já se referiu, a actual utente da Abraço/Delegação Norte encontra-se com a sua amiga (ex-colega de trabalho no Centro Comercial Via Catarina) sempre que aquela está de folga. Quanto à colega de trabalho do NorteShopping, considera-a, essencialmente, uma “*amiga para conversar*”, recorrendo às suas palavras. As duas não confraternizam em contexto extra-laboral (é de notar, ainda, que Andreia não convive com qualquer uma das restantes colegas de trabalho do NorteShopping fora do contexto laboral). Por outro lado, o contacto de Andreia com as três irmãs e o irmão mais velho resume-se a um máximo de três encontros face-a-face anuais, regra geral, em casa da mãe. Em sentido inverso, tem uma ligação muito forte com a mãe, pessoa que visita todos os dias (a mãe está instalada num apartamento alugado próximo da habitação que Andreia partilha com a filha).

Esta mulher afirmou que a morte é um assunto que a preocupa, porque teme tornar-se uma fonte de sofrimento para a filha e para a mãe se evoluir para a fase de Sida declarada. De acordo com Andreia, o contágio pelo VIH originou uma perda de vaidade pessoal, expressa no desleixo com a apresentação de si na vida diária:

“Eu deixei de me arranjar, eu deixei de ir ao cabeleireiro... Antes gostava de me arranjar, gostava de me vestir fixe (risos).”

A protagonista desta história de vida sublinhou, também, que a percepção dos indivíduos que integram a sociedade “*normal*” sobre os doentes de VIH/Sida é declaradamente negativa.

Em relação ao futuro, os objectivos da existência de Andreia são assegurar recursos financeiros através da ocupação como empregada de limpeza para pagar as suas despesas e proporcionar à filha uma vida melhor do que a sua. Esta empregada de limpeza pretende que a filha logre um nível de escolaridade maior do que o seu (a 4ª Classe), mas deixou bem claro que aquela será livre para abandonar a escola quando assim o entender.

Dada a relação excelente que tem com a sua chefe de trabalho (a primeira pessoa a quem transmitiu a notícia do contágio pelo VIH), Andreia considerou que será improvável a ocorrência de qualquer forma de discriminação contra a sua pessoa em contexto laboral em virtude da seropositividade. No momento presente, gere o seu mês com cerca de 622 Euros, 472 provenientes do salário, 150 do subsídio de risco (o valor da renda mensal do apartamento que partilha com a filha em Vila Nova de Gaia é de 350 Euros).

Apesar de todos os seus receios e suposições quanto à fatalidade do VIH/Sida, esta mulher revelou esperança na descoberta de uma cura definitiva para a patologia antes do termo da sua vida:

“Ai, tenho... Tenho esperança... Eu gostava que me dissessem que foi descoberta a cura... (...) Às vezes, eu até esqueço que estou doente (risos).”

Capítulo VI – A experimentação da seropositividade entre ex-toxicodependentes: as trajetórias de Paulo e Liliana

1. A exposição de Paulo: *“Eu, primeiro, olhe, fiquei tão revoltado... Olhe, nem estava preocupado em me tratar... Mas, desde que entrei aqui (entenda-se no Hospital de Joaquim Urbano), tudo mudou... (...) Apesar de, como eu acabei de dizer, o preservativo tira-me muito o prazer... (...) Não me adapto ao preservativo...”*

Paulo, um antigo cortador de materiais de cozinha e actual paciente do Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.), nasceu na cidade do Porto no dia 13 de Junho de 1970. Este indivíduo perdeu o pai com apenas 1 ano de idade e não se recorda da sua ocupação profissional (Paulo não conheceu os avós paternos). A mãe era doméstica (tal como no caso dos avós paternos, Paulo não conheceu os avós maternos).

O agregado familiar deste antigo cortador de materiais de cozinha, de cariz monoparental, era constituído pela mãe e mais doze irmãos, todos mais velhos (a diferença de idade para o irmão mais velho é de cerca de vinte anos e para o mais novo de um ou dois anos). O irmão mais velho de Paulo, como ele próprio afirmou, foi a pessoa que desempenhou o papel de pai para si:

“O pai foi ele... Foi ele mesmo, foi... É boa pessoa... Ainda hoje em dia tenho uma grande relação com o meu irmão... Falamos honestamente... Quando estou com dificuldades, é a ele que recorro... A esse e ao meu irmão que é polícia... Mas, mais, mais, a esse, ao mais velho... Porque o que é polícia, é uma jóia de uma pessoa, mas (expressão facial de algum desgosto) martela mais... E o meu irmão mais velho, não... Eu chego lá e digo “Olha, preciso de 4 ou 5 contos para pagar a água”... E ele não me julga... Tem, tem... Não tem, não tem... E se me vir a beber uma cerveja no café, pronto, não é que fique contente, mas também não fica triste... Enquanto que os outros (irmãos) já reagem à situação, sabe?...”

A relação intra-familiar foi sempre aprazível no decurso da sua infância. Até aos 7 anos de idade, Paulo viveu com a sua família na freguesia de Miragaia. A ambiência da freguesia de Miragaia nessa época, recordou este indivíduo, revestia traços de anomia:

“Pacato, agora... Mas, no meu tempo, era muito pesado... Era muito pesado... Era como um... Sei lá?... Um bairro de Lisboa... Era muito pesado... Antigamente, era muito, muito pesado... Drogas, roubos...”

A família de Paulo abandonou a freguesia de Miragaia em 1977 para se estabelecer numa moradia da Rua da Pena, na freguesia de Massarelos, porque a mãe se juntou a um indivíduo nesse ano.

Apesar das privações económicas, as recordações que este indivíduo guarda do período infantil são prazenteiras, no essencial. Esta fase da vida caracterizou-se por uma grande afectividade familiar:

“Era o irmão querido, era o mais novo... Era o que precisava de ser apoiado porque não tinha pai, como os outros meus irmãos, mas eles eram maiores de idade, não é?... E eu era um bebé... E todos eles queriam pegar em mim e andavam comigo...”

Paulo sente nostalgia quando evoca os laços intra-familiares vigorosos que marcaram a sua infância. Com efeito, tais relações afáveis transfiguraram-se, posteriormente, em quezílias entre alguns membros da família, facto que o deixa transtornado:

“Porque a minha família assim, nesse tempo, acho que não havia igual... Era muito unida... Era um espectáculo de família... Porque eu sofro, hoje em dia, por causa disso, por não ver a minha família agrupada outra vez... (...) Quer dizer, são tantas saudades... E nesse tempo que o senhor me estava a perguntar, não, éramos todos unidos... (...) Era lindo... Eu hoje tenho traumas, pronto... Porque eu ando sempre nervoso... Posso estar aqui a conversar com o senhor, mas eu, por dentro (hesitante)... Pronto, e depois a tocar nestes assuntos, ainda me lembro mais... Porque é como a psiquiatra me disse, eu tive uma infância um bocado difícil, também... Boa, mas difícil... Porque, pronto, dava gosto ver... Era lindo... Só visto, só visto... A família unida... A minha família era muito unida... De um momento para o outro, ficaram zangadas uma irmã com outra irmã... E, depois, a outra irmã também ficou com esta... Quer dizer, agora está tudo repartido, um bocado para aqui, outro para acolá... É triste... É triste porque nós somos uma família grande e unida, principalmente,

por exemplo, no caso de haver uma porrada com algum da nossa família... Mesmo quando uma pessoa não se junta, nesse dia é só telefonar e tudo aparece... É só isso... Tirando a porrada, para festas e tudo, ninguém aparece... Nem convidam... A mim convidam, é como eu disse... Eu sou acarinhado por todos... O meu irmão aqui da Areosa convidou-me, por exemplo, este Natal para ir lá passar com a minha mulher, para não estar a passar só eu e a minha mulher em casa... A minha irmã Sílvia também me convidou... O meu irmão da Pasteleira também me convidou... E se fosse preciso, os outros também me convidavam, não é?... Eu queria que me convidassem, mas queria que fosse tudo unido...”

A mãe do actual paciente do H.J.U. sempre se esmerou em inculir-lhe valores honrosos. Para além de lhe ter imposto a norma de cumprimento intransigente do horário de almoço e de o castigar ocasionalmente por mau comportamento, a mãe de Paulo tentou sempre ter uma voz activa a respeito das suas andanças:

“A minha mãe, apesar de ser uma pessoa espectacular, era rígida... Queria que eu estivesse àquelas horas para almoçar (pensativo)... Pronto, e quando vinham fazer as queixas, ela castigava-me... Era rígida... Rígida, mas no bom sentido... (...) Porque, às vezes, eu dizia: “Ó mãe, quero ir ver o Porto (o Futebol Clube do Porto) a Lisboa e os meus colegas vão todos”... (reproduzindo as perguntas da mãe num tom de voz mais agudo) “Mas com quem é que vais? E com quem não vais?”... E, pronto, depois, ao fim, ela via se concordava ou não com a minha ida, por exemplo, a Lisboa para ver o Porto... E, depois, ela dava-me o dinheiro, não era?... Era ela que decidia... Era tudo ela... Porque era ela que me dava o dinheiro, era ela que dizia sim ou não... Porque, às vezes, deixava-me em casa porque eu era um bocadinho insurrecto... A verdade é para ser dita... Porque eu, de madrugada, como a minha mãe não me deixava, o que é que eu fazia? Deixava a minha mãe adormecer e fugia pelo quintal...”

Este indivíduo tem uma pertença religiosa católica. Paulo só recebeu o sacramento do Baptismo. Porém, a mãe transmitiu-lhe os princípios básicos da doutrina cristã e ensinou-lhe algumas orações (este indivíduo nunca frequentou a catequese – dos seus irmãos, apenas o mais velho frequentou a catequese e cumpriu os sacramentos da Comunhão e do Crisma –). Na infância, chegou a acompanhar a mãe à missa, de quando em quando.

Paulo padece de problemas no sistema nervoso desde criança. As consultas alternadas de psiquiatria e neurologia tornaram-se uma constante ao longo da sua vida e mantêm-se, ainda, na actualidade.

Com 7 anos de idade, entrou para a Escola Primária de Golegota, situada na freguesia de Massarelos. Este indivíduo concluiu a 4ª Classe aos 14 anos, tendo registado três reprovações. O abandono da escola deveu-se, por um lado, às dificuldades evidenciadas no processo de aprendizagem, por outro, ao desejo de ingressar no mundo do trabalho para coadjuvar a mãe na subsistência do lar. Por força das dificuldades económicas, a mãe nunca definiu a entrada no ensino superior como meta para Paulo.

Imediatamente a seguir à desistência da escola, começou a trabalhar como lacador de móveis, na empresa onde um sobrinho seu mais velho exercia funções semelhantes há alguns anos. Enquanto lacador de móveis, laborava de 2ª Feira até Sábado, cerca de 9 horas por dia (entrava às 8 horas e 30 minutos e saía às 18 horas e 30 minutos, dispondo de uma hora de pausa para almoço). O seu salário inicial foi de 5 contos.

O período adolescente de Paulo repartiu-se entre os imperativos profissionais, o convívio com os amigos, os namoros, a prática de futebol de salão no Bairro do Vilar e o “*comportamento desviante*” (Goffman, 1988), nomeadamente roubos, consumo e tráfico de drogas.

Durante a adolescência, a temática do VIH/Sida, em concreto a sua natureza e implicações, não foi discutida no seio da família deste indivíduo, até porque a doença estava ainda muito longe de constituir um foco de preocupação em Portugal.

Quando se fixou com a família numa moradia da Rua da Pena, aos 7 anos, Paulo começou, desde logo, a construir amizades com crianças do Bairro do Vilar. Foi com esses amigos que se iniciou em assaltos diários a quiosques. O desígnio do grupo era levar o tabaco para vender posteriormente, reunindo assim dinheiro para frequentar a Feira Popular. A loja de um sapateiro do Bairro do Vilar era outro dos alvos que o grupo elegia para os furtos diários:

“Quiosques e uma lojita que tinha lá no Bairro do Vilar... Era do Sr. Alberto... Naquele tempo, nós éramos miuditos e o senhor já tinha para aí 50 anos... Ele era sapateiro... Dentro da loja tinha coisas para sapatos e ao mesmo tempo vendia tabaco, chupas... Pronto, essas coisas todas... A esse, coitado, era

todos os dias que o assaltávamos... Ou entrávamos-lhe pelo telhado, ou metíamos uma bomba daquelas de Carnaval na fechadura, aquilo depois rebentava e a porta abria...”

Paulo era o líder do grupo. Destemido e impulsivo, ganhou fama como brigão nas ruas do Porto:

“Eu morava na Rua da Pena, mas para as pessoas todas, eu era do Bairro do Vilar... Quando havia porradas, ou isto ou aquilo, eles iam-me logo chamar a casa... Eu era, como diziam, era o chefe da quadrilha... Era o chefe da quadrilha, mas quando era para andar à porrada, eu é que ia para a frente... Os outros metiam-se atrás de mim... Eu é que era o chefe... (...) Pronto, vou-lhe contar um caso, nunca mais me esqueço... Vamos, saímos do Bairro do Vilar para aí cinco ou seis rapazes, e estamos a chegar ali à Rotunda da Boavista, onde tem o leão... E vejo um grupo de um lado e um grupo do outro... Mas, um grupo maior do que o outro... E o rapaz que tinha menos colegas estava a dar no corpo, que os outros fizeram a roda, e eram só os dois... E o rapaz que tem menos colegas estava a dar no corpo a quem tinha uma seita muito grande... Pronto, resumindo e concluindo, depois, meteram-se todos... E eu vi aquilo, entrei lá para dentro e (diminuindo o tom de voz) comecei a dar porrada... Que eu fiquei conhecido foi por causa das porradas... Porque eu, olham para mim e posso (hesitante)... Mas, para a porrada, pronto, tenho jeito...”

Com 12 anos, fumou haxixe pela primeira vez, em conjunto com os amigos do Bairro do Vilar. Após quatro anos de consumo diário desta substância, experimentou cocaína e heroína, ambas fumadas na prata.

Este antigo cortador de materiais de cozinha iniciou a sua vida sexual aos 11 anos com uma rapariga do Bairro do Vilar. Diariamente, ele e os amigos tinham relações sexuais com esta rapariga por turnos, sempre de forma desprotegida (o método contraceptivo utilizado foi o coito interrompido). Paulo nunca utilizou preservativo nas trocas sexuais até ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH, no ano de 1993. Segundo o seu relato, tal artefacto diminui-lhe o prazer sexual:

“Apesar de, como eu acabei de dizer, o preservativo tira-me muito o prazer... Tira-me a erecção... Pronto, eu falo por mim, continuo-me a excitar,

mas um gajo quando está a fazer amor para satisfazer a pessoa, custa mais com o preservativo... (...) Às vezes, falando honestamente, o pénis custa a ficar duro se meter preservativo... (...) Não me adapto ao preservativo...”

O primeiro namoro deste indivíduo aconteceu aos 14 anos. Paulo envolveu-se com uma rapariga do Bairro do Viso que lhe foi apresentada por um irmão. A relação teve a duração de dois anos. Para evitar a concepção, o par de namorados recorreu ao coito interrompido. Depois desta relação amorosa, teve vários “*affaires*” com outras raparigas do Bairro do Viso que foi conhecendo, sempre, através do irmão (o método contraceptivo utilizado nas trocas sexuais que consubstanciou com estas raparigas foi o coito interrompido).

Conforme se referiu previamente, aos 16 anos, Paulo iniciou-se no consumo de cocaína e heroína, fumadas por meio da prata. Em paralelo, tornou-se intermediário de um traficante de narcóticos, vendendo haxixe à comissão em vários bairros da cidade do Porto (manteve esta actividade ilícita até aos 19 anos). Nesta altura, auferia um salário de cerca de 100 contos enquanto lacador de móveis, que era ampliado em quase o dobro graças às horas extra que realizava. Este dinheiro era entregue, na totalidade, à sua mãe, de modo a garantir o sustento da família. Porém, com 17 anos, começou a pressionar a sua mãe para lhe financiar o vício em drogas:

“Eu já exigia... (reproduzindo as ameaças que dirigiu à mãe num tom de voz mais agudo) “Se você não me der dinheiro, eu não vou trabalhar... Se você não me der dinheiro quando eu vier ao almoço, eu, à tarde, não vou trabalhar”... E a minha mãe, coitada, quando tinha, tinha... Quando não tinha, ia pedir e dava-me... E, às vezes, dizia-me: “Ó filho, olha, eu não tenho, nem a outra pessoa... Não está cá, está na aldeia... Olha, pede ao teu patrão e diz que é para mim”... E eu chegava ao pé do meu patrão e dizia: “Ó Sr. Duarte, a minha mãe mandou-me pedir se você emprestava 30 ou 40 contos?”... Porque ele emprestava... Porque ele só queria que eu trabalhasse... Porque ele sabia que eu trabalhava... Só que quando eu começava a ressacar, eu não fazia nada...”

Aos 19 anos, este indivíduo experimentou heroína pela via intravenosa, numa ocasião em que, privado de dinheiro para comprar a habitual dose para fumar através da prata, solicitou a dois amigos toxicodependentes que injectavam o dito opiáceo:

“É, comecei a injectar... E isso começou tudo porquê? Porque houve um dia em que eu não tinha dinheiro e estavam um ou dois colegas meus que se injectavam... E eu disse: “É pá, dá-me um bocadinho que eu estou sem nada”... E ele: “Mas, ó Paulo, se eu te der é uns tracinhos... Mas, tu não picas e eu não tenho para te dar na prata”... Porque, senão, tinha que tirar ao “caldo” dele... E eu, pronto: “Olha, está bem... Também pico... Tens uma seringa para mim?”... E eles, pronto, arranjaram-me tudo e picaram-me... Pronto, foi assim que comecei... Depois, gostei... Pronto...”

A partir do momento em que encetou o consumo de heroína e cocaína pela via intravenosa, optou por praticar assaltos sozinho. Os veículos ligeiros tornaram-se, então, o seu alvo predilecto:

“Eu fazia para aí trinta carros por dia... Eu roubava para aí trinta rádios por dia... Eu, por exemplo, assaltava quatro ou cinco, roubava os cinco rádios que me interessavam, não é?... Verificava o carro todo... Revistava o porta-luvas, a mala... Via o sofá de trás do carro... Tem aquelas duas coisas que um gajo puxa e abre logo a mala... Depois, apanhava casacos de couro... Às vezes, apanhava câmaras de filmar, máquinas de fotos, pistolas... Vendi muitas aos ciganos...”

O dinheiro que obtinha através da venda dos bens materiais que furtava nos veículos era canalizado, na íntegra, para as drogas:

“O que eu roubava, era tudo para a droga... Era tudo para a droga... Carros, era todos os dias... Eu nem dormia... Eu ia para casa, tinha que ter droga... Eu, para dormir, tinha que consumir tudo... Depois, acabava por consumir tudo e descansava um bocadinho... Eram para aí 5 ou 6 (horas) da manhã e já não conseguia dormir... O que é que eu fazia? Levantava-me e ia logo roubar...”

Quando substanciava assaltos particularmente afortunados a veículos ligeiros, Paulo chegava a gastar mais de 300 contos por dia, nessa época, em heroína e cocaína:

“Hum, se calhar não se acredita... Eu gastava aos 300 contos por dia... (...) Então, por exemplo, eu abria um carro, como eu fiz tantas vezes, e apanhava

envelopes com duzentos e trezentos contos... E eu: “Bingo!”... Eu até falava sozinho e tudo... E eu: “Bingo!”... Eram as drogas... Eu até falava para as drogas: “Bingo!”... Bingo quer dizer fezada... Fechava o carro, saía e ia para casa... Chegava a casa com o dinheiro e dizia para a minha mãe: “Já não preciso, está a ver? Tenho aqui tanto dinheiro”... E a minha mãe, coitadinha: “Ai, que tu um dia destes vais preso”... E ela: “O que é que vais fazer ao dinheiro? Já o vais gastar todo na droga, não é?”... E eu: “Não. Quer o dinheiro?”... E ela: “Não quero nada... Eu só não quero é que a polícia venha aqui a bater à porta”... Resumindo e concluindo, eu agora saía daqui da beira do Senhor com 300 contos (hesitante)... Eu, por exemplo, são 10 (horas) e um quarto, eu, ao meio-dia, já não tinha dinheiro... Era cocaína e heroína... A coca e a heroína são ao mesmo preço... Só que, por exemplo, eu consumo meia grama de heroína e fico a fechar o olho, se for boa... Com a branca, não... Com a branca quanto mais se consome, mais se quer... Está a entender? São duas coisas diferentes... A heroína é a moca e a outra é para correr mesmo...”

No ano de 1993, com 23 anos, este indivíduo foi surpreendido pela polícia no decurso de mais um assalto a uma viatura, sendo punido com uma pena de três anos de prisão. A pena foi cumprida no estabelecimento prisional de Custóias, no concelho de Matosinhos. Foi neste estabelecimento prisional, ainda no ano de 1993, que foi notificado do contágio pelo VIH, após a realização de análises ao sangue.

A notícia da contaminação causou-lhe um abalo enorme, puro reflexo do choque emocional que caracteriza o princípio da experimentação da doença (Parsons, 1951; Caldeira, 1995):

“Foi uma grande tristeza... Foi, foi... Foi um desgosto... Que eu ainda estou (hesitante)... Porque eu era uma pessoa saudável... Trabalhava, fazia ginástica, jogava à bola, tudo... Não estava a ver que eu algum dia ia ser portador do HIV...”

Encolerizado, despejou a sua fúria nos vidros do estabelecimento prisional nos instantes que se seguiram à recepção da notificação da seropositividade:

“Parti lá os vidros na cadeia... Parti... Todos... A soco... Parti os vidros todos...”

Paulo não sabe se a sua contaminação ocorreu pela via sexual (note-se que aos 16 anos teve uma relação sexual desprotegida com uma prostituta, em conjunto com os seus amigos do Bairro do Vilar) ou pela partilha de agulhas com outros toxicodependentes. No entanto, está em crer que a hipótese da contaminação através da partilha de agulhas é mais plausível. Com efeito, a uma dada altura da sua rotina diária de consumo de drogas pela via endovenosa, começou a solicitar outros toxicodependentes, conhecidos e desconhecidos, para que lhe dispensassem seringas:

“Porque, depois, cheguei a um ponto, quando eu estava mesmo a ressacar e as farmácias estavam fechadas... E eu não tinha máquina... E eu chegava à beira de um gajo: “Olha, tens uma máquina para vender?”... E ele: “Tenho a minha”... E eu: “Mas, está nova?”... E ele: “Está... Só tem um caldo”... Era assim que falávamos... Um “caldo” quer dizer que já tinha um “pico”... E eu: “Então, empresta aí”... (...) É que no meu tempo, era muito pior... No meu tempo, não havia essas carrinhas que andam aí a distribuir seringas nesses bairros... Não... Eu, às vezes, não tinha dinheiro para comprar a seringa, porque é cara... No meu tempo, era 60 Cêntimos, 80 Cêntimos... 60 Escudos, 80 Escudos... E um gajo não tinha, porque só tinha o dinheiro certo para a droga... Claro: “Olha, empresta-me a tua seringa”... Era assim... “Empresta-me a tua seringa que eu dou-te uns filtros depois”... E eles: “Pronto, está bem... Dás-me um filtro, então, pega”... Pronto, era assim... Nem se lavava, nem nada... Passava-se por água... Às vezes, o pico ainda tinha sangue e o carago... É uma vergonha (vira o rosto para o lado manifestamente desagradado)... Eu nem sei como é que fiz isso...”

Em Custóias, este antigo cortador de materiais de cozinha ocupava o seu tempo a ouvir rádio e a reflectir sobre o assalto que lhe valeu a pena de três anos de prisão. Todas as semanas, tinha as visitas da mãe e de uma irmã. Paulo envolveu-se em várias rixas com outros reclusos do estabelecimento prisional, incorrendo em castigos. No castigo mais ríspido, foi fechado quarenta e cinco dias numa casa de banho.

O protagonista desta história de vida alegou que foi medicado, ocasionalmente, na enfermaria do estabelecimento prisional de Custóias no decurso da pena de três anos, mas ignora se tais fármacos se associariam a uma terapêutica anti-retroviral.

No intuito de tentar manter-se afastado das drogas no estabelecimento prisional de Custóias, consumia álcool, tirando proveito do facto de prestar trabalho na adega.

Todavia, numa cela perto da sua, um recluso traficava cocaína, que entrava no estabelecimento prisional de Custóias no interior de maçãs. Ao fim de dois anos, fumou, de novo, aquela substância através da prata:

“Estive quase dois anos lá dentro sem consumir, sempre a beber álcool... Só para dizer que há um senhor ao lado da cela onde eu estava na cadeia que recebia quantidades grandes de droga... Cocaína... Entrava lá para dentro por maçãs... Vamos supor, ele dava-ma a mim, por exemplo, a maçã... Tirava o caroço, limpava-a toda por dentro... Metia a droga lá dentro e depois metia o caroço direitinho, tudo bem feito... E mete-se dentro do saco junto de outras peças de fruta e o polícia nem repara... É assim... E ele deu-me naquela maçã 5 gramas para ver se era boa... Lá dentro, fumava...”

Para além de ter fumado cocaína, Paulo chegou, inclusive, a injectar-se com heroína, em Custóias, utilizando uma seringa que circulava pelos toxicodependentes do pavilhão onde estava colocado:

“Mas, também cheguei a picar numa seringa que (suspira e abana a cabeça exprimindo desgosto) dava quase para um pavilhão inteiro, para aí para duzentas pessoas... Às vezes, tinha a sensação que o pico já nem espetava... Tinha que pegar num martelo e dar na seringa... Era, era... É verdade...”

No cômputo geral, este indivíduo avaliou a sua passagem de três anos pelo estabelecimento prisional de Custóias como uma experiência enriquecedora em termos pessoais. De facto, a privação de liberdade durante três anos levou-o a admitir que o crime não é uma prática compensatória.

No ano de 1996, duas semanas após o término da pena de prisão, o actual paciente do H.J.U. logrou colocação profissional como distribuidor de uma loja do grupo Pingo Doce, na cidade do Porto. Foi por intermédio de um irmão que viu a sua entrada facilitada na loja Pingo Doce. Enquanto distribuidor do mencionado estabelecimento comercial, trabalhava de 2^a a 6^a Feira, cerca de 8 horas por dia (cumpria dois turnos: num, entrava às 15 horas e saía à meia-noite, dispondo de uma hora de pausa para jantar; noutro, entrava à meia noite e saía às 8 horas da manhã). O vencimento mensal que recebeu no Pingo Doce rondava os 130 contos. A sua ocupação como distribuidor deste estabelecimento comercial durou sete meses.

Apesar de ter reconhecido que o crime não constitui uma prática compensatória, Paulo furtou garrafas de whiskey, amiúde, na loja Pingo Doce no decorrer dos sete meses de prestação de trabalho.

Sem embargo, logo a seguir ao fim da ocupação como distribuidor da loja Pingo Doce, retomou o hábito de consumo de drogas pela via endovenosa, assim como a prática de assaltos a veículos ligeiros.

Este indivíduo recebeu as primeiras indicações sobre o VIH/Sida depois da saída de Custóias, através da sua médica de família. No entanto, não iniciou a terapêutica contra a patologia que padecia antes do ano de 2000.

Numa noite do ano de 1997 em que se preparava para cometer mais um assalto a uma viatura, Paulo, com muita astúcia, pressentiu que a polícia lhe havia montado uma artimanha. Quando interpelado por um agente da autoridade, manifestou novo comportamento tumultuoso:

“Eu ia no passeio, eram para aí as duas da manhã... Nunca mais me esquece... Há coisas que marcam e uma pessoa nunca mais se esquece... Ia ali à beira da “Petúlia” e, pronto, sou sincero, eu ia fazer uma asneira... Só que me deu um palpite que eu estava a ser perseguido, não é?... Deu-me um palpite que estava a ser perseguido... E era verdade... Eu não faço... E vou a passar, assim, por cima do monte e vejo assim ao longe um polícia, só que fiz de conta que não vi... E vou para passar pela beira da polícia... E eu sabia que estava aquilo ali, mas que estavam mais escondidos... E estavam... Tu vais já ver porquê... E eu vou passar pela beira dele e ele: “O que é que tu andas aqui a fazer a esta hora?”... E eu disse: “E qual é o seu problema? Não posso andar na rua, agora?”... E o gajo: “Ah, tu tens a mania que és campeão, que bates em todos... Um dia destes vais levar um estalo”... Olhe, que má frase que me caiu... Eu olho assim para ele, virei-me ao contrário, agarrei em dois paralelos, que ele nem tempo teve de ir buscar a pistola... Ele ficou em pânico... Entrou em pânico... Que eles sabem como é que eu sou... (...) Mas, só para dizer que eu agredi o polícia... Dei-lhe com um paralelo na cabeça... Foi... Ele também foi estúpido...”

Em razão da agressão ao polícia, foi condenado a pagar uma caução de “cento e tal contos”. Uma vez que não dispunha de tal quantia, cumpriu um mês de cadeia em Custóias.

Este antigo cortador de materiais de cozinha assumiu relacionamentos amorosos com quatro mulheres desde que abandonou o estabelecimento prisional de Custóias, em 1996, até ao ano de 2000. Revelando grande maturidade e sentido de responsabilidade, informou previamente as quatro mulheres com quem se envolveu do contágio pelo VIH. Estas tiveram, todas elas, reacções positivas à revelação da seropositividade. Paulo utilizou sempre o preservativo nas trocas sexuais que consubstanciou entre os anos de 1996 e 2001.

Em 1999, realizou uma desintoxicação na instituição RETO, na cidade de Badajoz, em Espanha. Paulo esteve quatro meses na RETO.

Regressado a casa da mãe, no Porto, recomeçou, de imediato, a consumir drogas pela via endovenosa e a praticar assaltos. Em simultâneo, inscreveu-se numa empresa de “*outsourcing*”, onde trabalhava uma vizinha sua da Rua da Pena. Este indivíduo foi colocado a trabalhar numa oficina da empresa Faísca (situada na zona de Francos) como cortador de materiais de cozinha, corria já o ano de 2000. Nesta oficina, prestava serviço de 2^a a 6^a Feira, cerca de 7 horas e meia por dia (à semelhança do que aconteceu no Pingo Doce, cumpria, também, dois turnos: num entrava às 7 horas e saía às 15 horas e 30 minutos, dispondo de uma hora de pausa para almoço; noutro, entrava às 15 horas e 30 minutos e saía à meia noite, usufruindo, igualmente, de uma hora para pausa). O salário mensal situava-se nos 120 contos.

O patrão da empresa Faísca ficou maravilhado com o seu rendimento e informou-o de que ao quarto mês de trabalho iria realizar análises ao sangue para poder ser integrado no quadro de recursos humanos (o patrão da empresa Faísca não tinha conhecimento da sua seropositividade).

Porém, antes de iniciar o quarto mês de trabalho, numa noite em que abandonou a oficina Faísca de t-shirt após o cumprimento de um turno da tarde, Paulo sofreu um resfriado. No dia seguinte, sentiu-se mal no posto de trabalho e pediu ao encarregado para o isentar da sua actividade. Observado, posteriormente, pela médica de família, foram-lhe diagnosticadas uma tuberculose e uma pneumonia atípica. A médica de família aconselhou-o a um internamento no H.J.U., sugestão que foi acatada de pronto.

No dia em que foi ao H.J.U. para ser internado, este indivíduo entrou em estado de coma. Paulo permaneceu em estado de coma durante um mês. A situação foi tão crítica que a médica assistente do H.J.U. pediu à sua família para lhe vir dar as despedidas. Todavia, este indivíduo contrariou as piores expectativas e, volvido um mês, acabou por acordar.

No dia em que acordou, iniciou a terapêutica anti-retroviral e a toma de metadona. Desde então, largou as drogas a título definitivo, bem como abdicou da prática de assaltos.

Os técnicos de saúde do H.J.U., em concreto a sua médica assistente e os enfermeiros, complementaram a acção formadora iniciada pela médica de família de Paulo no que se refere ao esclarecimento sobre a natureza e as implicações do VIH/Sida. Conquanto a maior consciência sobre o VIH/Sida e a severidade da pneumonia por *Pneumocystis carinii*, Paulo alegou que o principal motivo que o levou a aderir à terapêutica anti-retroviral foi o seu estado de degradação somática, designadamente do sistema venoso, decorrente do consumo excessivo de drogas:

“Foi eu querer injectar e não ter onde... Eu não tinha veias... Agora, já se vêem algumas, pronto... Então, as veias já não se viam... Era um rapaz a quem eu dava uns filtros e, às vezes, dinheiro e tudo para me picar... Que o gajo conseguia-me picar onde não se viam veias... Era muito bom nisso... E depois, por ter o HIV e tudo, se queria durar mais um tempo, comecei a pensar: “Se quero durar mais um tempinho, tenho que levar isto a sério”...”

A exposição deste indivíduo referente ao período compreendido entre 1993, ano em que tomou conhecimento da seropositividade, e 2000, ano em que foi internado no H.J.U. com uma pneumonia por *Pneumocystis carinii* e tuberculose, e se tornou paciente da instituição, valida a hipótese teórica 2 (concerne à adopção de uma estratégia pautada pelo “*comportamento desviante*” e desleixo face à terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto) da investigação em curso. Ainda que tenha tomado medicação na enfermaria do estabelecimento prisional de Custódias entre os anos de 1993 e 1996 (desconhecendo, embora, se esses fármacos se incluíam numa terapêutica anti-retroviral) e sido informado pela médica de família sobre a natureza do VIH/Sida e os cuidados pessoais a ter enquanto seropositivo, Paulo manteve um estilo de vida “*junkie*”, enleado com crimes contínuos, pelo que revelou desmazelo face à terapêutica contra o VIH/Sida:

“Eu, primeiro, olhe, fiquei tão revoltado... Olhe, nem estava preocupado em me tratar... Mas, desde que entrei aqui (entenda-se no Hospital de Joaquim Urbano), tudo mudou...”

O seu regime terapêutico inicial compreendia nove tomas diárias de comprimidos. Desde o ano de 2000 até à actualidade que Paulo se desloca diariamente ao Centro de Terapêutica Combinada (C.T.C.) do H.J.U. para tomar a medicação sob o olhar atento dos enfermeiros.

Evidenciando uma reacção extremamente positiva ao tratamento anti-retroviral, conseguiu reduzir a sua carga viral para um valor negativo.

Em 2003, a médica assistente alterou-lhe o regime terapêutico, que passou a abranger três tomas diárias de comprimidos. Paulo mantém este regime terapêutico até aos dias de hoje.

O relacionamento do protagonista desta história de vida com a sua médica assistente do H.J.U. é óptimo, ao ponto de o primeiro a considerar uma “*mãe*”. No seu entender, a influência da médica assistente (assim como da assistente social) é absolutamente decisiva para a adesão e cumprimento da terapêutica anti-retroviral. Paulo manifestou ter plena confiança na sua médica assistente e sentir-se envolto nas consultas mensais que aquela lhe presta:

“Sinto, sinto... E é da maneira que eu desabafo... Eu, às vezes, gosto, que é para desabafar e tudo... Dão-me assim coisas e eu ponho-me aos murros na mesa... Ela põe-se, assim, a olhar para mim... Pronto, é assim... E eu desabafo lá, pronto... E ela: “Está melhor?”... E eu: “Estou”...”

A referida profissional de saúde do H.J.U., que denominou Paulo como a sua “*mascote*”, disponibilizou-se inclusive para o atender na instituição sempre que aquele precise, mesmo que não tenha consulta em agenda.

Este indivíduo foi aconselhado pela médica assistente a seguir uma dieta que privilegie alimentos cozidos e grelhados. Enfrentando grandes privações económicas, tem algumas dificuldades em cumprir esta recomendação. Se bem que nunca tenha recebido uma indicação da médica assistente nesse sentido, todos os dias, realiza flexões e abdominais em casa. Paulo não fuma, mas, de quando em quando, bebe cervejas sem álcool (no máximo quatro) no café.

No ano de 2001, iniciou uma relação amorosa com uma paciente recém-chegada ao C.T.C. do H.J.U., com quem se mantém junto até à actualidade.

Também em 2001, abandonou a casa da mãe e instalou-se numa pensão com a sua companheira. Esta situação manteve-se até 2004, ano em que Paulo e a companheira

acederam a uma habitação social, na zona da Areosa. Presentemente, o par continua a viver junto na referida habitação.

Desde que se tornou paciente do H.J.U., este antigo cortador de materiais de cozinha aposentou-se. Efectivamente, Paulo teve sempre o desejo de regressar à oficina da empresa Faísca, mas, considerou que seria impedido de integrar o quadro de recursos humanos por causa da seropositividade. Apesar disso, já ponderou abdicar da reforma para tentar a sua sorte no mercado laboral, uma ideia que contou com oposição da médica assistente:

*“Eu já pensei em mandar a reforma abaixo, mas a Doutora avisou-me:
“Ó Paulo, não... Porque como você tem esse problema pode estar um ano ou dois até porreiro... Mas, se depois você cai aqui ou noutro lado, como é que é? Depois, como é que vai ter reforma? Eles, depois, não lhe vão dar a reforma... Vão-lhe dizer: Não, você teve a reforma e não a quis”...”*

A médica assistente recomendou-lhe a utilização do preservativo no decorrer das trocas sexuais com a sua companheira, também seropositiva e ex-toxicodependente. Contudo, Paulo não cumpre tal alvitre, porque, asseverou, o preservativo obsta-lhe a erecção. Em virtude deste desleixo, corre o risco de aumentar a sua carga vírica.

O modo como este indivíduo tem gerido a sua vida desde o internamento no H.J.U., no ano de 2000, até ao momento presente, confirma parcialmente a hipótese teórica 1 (coloca a tónica na adopção de um “*estilo de vida saudável*” e no cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto), na medida em que ignora a recomendação da médica assistente para usar o preservativo nas relações íntimas com a companheira.

Paulo está “*satisfeitíssimo*”, usando a sua expressão, com o atendimento que tem tido por parte dos profissionais de saúde do H.J.U. para acompanhamento do problema do VIH. No entanto, manifestou profunda abominação pelo grupo de pacientes do C.T.C. desta unidade de saúde que, paralelamente ao cumprimento do tratamento anti-retroviral, continuam a consumir drogas. Paulo já foi castigado cinco vezes no H.J.U. por tomar parte em brigas com este tipo de pacientes:

“Eu, as vezes que fiquei aqui (entenda-se no H.J.U.) de castigo, nunca foi por minha causa... Foi por causa dos outros... (...) Aqui, há muitas pessoas

que não mereciam andar aqui... (...) Há aqui certas pessoas que não levam isto a sério e deviam... Mas, a culpa também não é deles, não é?... Que eles não sabem o que trazem na cabeça... (...) Às vezes, provocam e eu, pronto... Porque, às vezes, eu entrava e eles estavam ali fora (referindo-se aos exteriores do C.T.C. do H.J.U.) a fazer charutos... Ali fora, quer dizer, dentro do hospital... Eu vinha com a minha irmã aqui, ou com a minha sogra, e dizia assim: “É pá, o que é que é isto? É um hospital ou é um centro comercial?”... Eu era por isso... Mas, os médicos do hospital também sempre tiveram tolerância comigo porque viram que não foi (hesitante)... Eu vou beber a cerveja e não venho para cá para dentro... Bebo-a lá em baixo que é para não deixar o hospital mal visto, não é?...”

Segundo este indivíduo, a única valência passível de ser aperfeiçoada no H.J.U. é a das actividades lúdicas. O C.T.C. desta organização hospitalar dispõe de equipamentos destinados à prática de tais actividades (em concreto, uma sala para os jogos de cartas, outra para a execução de trabalhos manuais), mas estes estão vedados aos pacientes na maior parte do tempo. Paulo enfatizou que o exercício das actividades lúdicas permite manter os pacientes do C.T.C. do H.J.U. alheados de tendências “desviantes” (Goffman, 1988), pelo menos temporariamente.

No ano de 2002, tornou-se utente da Cáritas, instituição para a qual foi encaminhado através da sua assistente social. Na Cáritas, recebe apoio em géneros alimentares, vestuário e produtos higiénicos. Actualmente, visita esta instituição duas vezes por semana, às 3^{as} e 5^{as} Feiras, da parte da manhã.

Na sua óptica, o apoio que a Cáritas lhe tem prestado ao longo dos últimos seis anos propiciou um incremento da sua qualidade de vida, sobretudo porque o valor da reforma que auferi é baixo (situa-se nos 198 Euros). À semelhança do que acontece no H.J.U., está “*satisfeitíssimo*” com o atendimento dos técnicos da instituição. De modo a que a Cáritas pudesse fomentar as suas acções de apoio ao pessoal utente, Paulo advogou que seria necessária, essencialmente, uma cooperação maior do poder estatal.

Ressalve-se que este indivíduo recorreu, uma única vez, à instituição Abraço/Delegação Norte entre os anos de 1996 e 2000. Nessa ocasião, foi-lhe facultado apoio ao nível do vestuário e de produtos higiénicos.

O actual paciente do H.J.U. foi incapaz de revelar a sua seropositividade a qualquer familiar, amigo, colega ou ex-colega de trabalho, sem saber ao certo se por uma questão de pudor ou por uma questão de orgulho. Paulo incumbiu a médica de

família, nalgum momento entre os anos de 1996 e 2000, da responsabilidade de transmitir a notícia do contágio pelo VIH à sua mãe. Esta reagiu mal à novidade, a princípio, mas, com o tempo, aceitou a seropositividade do filho. Paulo consentiu que a mãe comunicasse aos familiares mais chegados o problema da doença que padecia. A reacção inicial destes à notícia foi negativa, mas acabaram por se conformar. Os vizinhos da mãe, na Rua da Pena, também tomaram conhecimento da sua seropositividade, sem que isso lhe tivesse causado qualquer abalo. Paulo desconfia, ainda, que alguns antigos amigos do Bairro do Vilar chegaram a saber do seu contágio pelo VIH através de um dos irmãos.

Seguindo a linha de pensamento deste antigo cortador de materiais de cozinha, o contágio pelo VIH imprimiu modificações expressivas em termos das suas práticas culturais, principalmente após o internamento no H.J.U. com uma pneumonia por *Pneumocystis carinii* e tuberculose, no ano de 2000.

No que toca às rotinas diárias, argumentou que logo depois de ter abandonado a cadeia, em 1996, se preocupou em resguardar os seus produtos de higiene pessoal (nomeadamente as lâminas de barbear e a escova e pasta de dentes) no quarto que ocupava em casa da mãe, a fim de garantir que estariam fora do alcance dos irmãos e sobrinhos. Desde que se tornou paciente do H.J.U., reduziu drasticamente a frequência do “*espaço público*” (Lopes, 2000). De facto, invocando os problemas de origem nervosa que o acompanham desde a infância, afirmou que é incapaz de andar na rua na parte da tarde:

“Eu venho sempre de manhã... Eu, à tarde, não posso andar na rua... Não consigo andar na rua, à tarde... O sistema nervoso não me deixa... É o sistema nervoso... Mas, o que é certo é que eu uma vez me meti dentro da Igreja... Comecei a ver muitas pessoas e apeteceu-me virar à porrada às pessoas... E eu meti-me dentro da Igreja...”

De igual modo, a partir do ano de 2000, diminuiu a sua presença no “*espaço semi-público*” (Idem) de forma considerável. Hoje em dia, frequenta um único café, situado próximo do H.J.U., onde toma o pequeno-almoço diariamente em conjunto com a sua companheira.

O grande espaço de sociabilidade de Paulo é, com efeito, o C.T.C. do H.J.U.. Este indivíduo comparece na dita unidade do H.J.U. todas as manhãs (de 2ª Feira até

Domingo) na companhia da sua esposa, com o intuito de cumprir o regime terapêutico e conviver com os pacientes com quem tem maior afinidade.

Genericamente, a sua postura em relação à seropositividade, em particular depois de ter contraído a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e a tuberculose que o levaram à hospitalização no H.J.U., está em consonância com os conceitos de “doença-abjecção” e “doença-humilhação”, formulados por François Laplantine (1992), o primeiro baseado numa carta escrita por Louis-Ferdinand Céline, o segundo fundamentado em textos de M. Bataille, W. Diggelman, Henry de Montherlant e Hervé Bazin.

Com efeito, Paulo descreveu a vivência da seropositividade como uma experiência abjecta que lhe causa profunda amargura:

“Porque esta vida com o HIV deixou-me desanimado... Essa doença trouxe-me dores musculares, trouxe-me mal-estar... Porque eu já não ando nas drogas e sinto ressacas que parecem de heroína, como eu já disse à Doutora.... (...) Imagine que eu, de hoje para amanhã, eu deixo a minha mulher... Quer dizer, eu não posso arranjar uma mulher... Porquê? Porque a doença não me deixa... Ou, então, a doença deixa, mas a minha consciência é que nunca está direita... Está a entender? Quero fazer relações, as únicas relações que posso fazer é com preservativo... Se não for com o preservativo, não se pode fazer... Veio estragar tudo isto... O que esta doença me trouxe foi só desgosto...”

As suas relações familiares não foram perturbadas de forma significativa pelo contágio pelo VIH. Pesem embora as reacções iniciais negativas que os familiares mais próximos patentearam quando tomaram conhecimento da sua seropositividade, este indivíduo argumentou que a única diferença que observou na atitude daqueles em relação a si se prende com o receio infundado de transmissão do VIH pela saliva através do uso de talheres.

Conforme se referiu no início, Paulo lamenta as quezílias que existem, actualmente, entre alguns dos seus irmãos. Apesar de se sentir acarinhado pelos seus irmãos, este indivíduo afirmou que estes não lhe têm prestado apoio adequado em relação ao problema do VIH. A sua mãe faleceu em Fevereiro de 2006 e deixou-lhe muita saudade. Para além da forte ligação afectiva que os unia, a mãe encorajou-o sempre no que respeita à seropositividade.

Num primeiro momento, o contágio pelo VIH não causou qualquer mudança em termos das suas sociabilidades, até porque optou por fazer segredo seropositividade. Todavia, depois de se ter tornado paciente do H.J.U., no ano de 2000, foi perdendo contacto, por vontade própria, com o círculo de amigos do Bairro do Vilar. Uma vez por mês, desloca-se ao Bairro do Vilar para confraternizar com estas pessoas.

No C.T.C. do H.J.U., Paulo construiu amizades com dois pacientes. Hoje em dia, considera-os os seus melhores amigos.

Em termos das relações laborais, o impacto da seropositividade só se fez sentir após ter sofrido a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e a tuberculose, em 2000, uma vez que, estando na iminência de outra eventual recaída associada ao contágio pelo VIH, acabou por se aposentar. Este indivíduo fez sigilo da seropositividade junto de colegas, supervisores e patrões quer na ocupação como distribuidor da loja Pingo Doce, quer na ocupação como cortador de materiais de cozinha na oficina da empresa Faísca. Nesta última empresa, teve sempre a “*porta aberta*” para regressar (quando recuperado da pneumonia por *Pneumocystis carinii* e da tuberculose) e integrar o quadro de recursos humanos, mas, como foi mencionado antes, suspeitou que seria discriminado por força do contágio pelo VIH, pelo que nunca tentou o retorno.

No domínio das relações afectivas, fez sempre questão em revelar antecipadamente a patologia que padecia às mulheres com quem se comprometeu depois de tomar conhecimento do contágio pelo VIH (com a sua actual companheira, também seropositiva e paciente do H.J.U., não foi necessário tal procedimento), facto que não abalou os namoros (com excepção da actual companheira, Paulo utilizou preservativo nas relações sexuais com as namoradas que teve depois da notificação do contágio pelo VIH). Todavia, conquanto tenha uma relação estável com a sua actual companheira, asseverou que, na eventualidade de se separarem na posteridade, a sua seropositividade constitui um sério obstáculo à consecução de novo compromisso afectivo.

Prosseguindo, o ritmo de actividade sexual de Paulo manteve-se elevado após lhe ter sido diagnosticado o VIH, no ano de 1993. Na actualidade, Paulo tem cerca de sete relações sexuais por semana.

Quanto à vida religiosa, afirmou que o contágio pelo VIH não causou qualquer alteração. Este antigo cortador de materiais de cozinha conserva o hábito de rezar todas as noites antes de se deitar desde a infância até ao momento presente. No seu juízo, a religião tem constituído uma fonte de alento para enfrentar a seropositividade. Um dos

objectivos futuros de Paulo e da sua companheira é começar a frequentar a Igreja, ocasionalmente, para participar nas cerimónias da liturgia católica.

O protagonista desta história de vida afirmou que a seropositividade o deixou mais apreensivo no que toca ao futuro. A doença suscitou-lhe, simultaneamente, maior ansiedade.

Como facilmente se pôde perceber, o quotidiano de Paulo comparte-se entre o C.T.C. do H.J.U., da parte da manhã, e o espaço doméstico, o resto do dia.

Este indivíduo levanta-se cerca das 7 horas da manhã, de modo a comparecer no C.T.C. do H.J.U., em conjunto com a sua companheira, por volta das 8 horas e 30 minutos para a toma da medicação anti-retroviral.

Normalmente, Paulo e a sua companheira permanecem no C.T.C. do H.J.U. até às 12 horas, em convivência com pacientes por quem têm mais afeição (esta rotina só é quebrada nas manhãs de 3^a e 5^a Feira, em que Paulo e a sua companheira abandonam o C.T.C. do H.J.U. cerca das 10 horas e 30 minutos para se deslocarem à Cáritas). O casal almoça sempre em casa, cerca das 13 horas.

Dado o desgosto profundo que a seropositividade lhe trouxe, especialmente depois de ter sofrido a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e a tuberculose, no ano de 2000, Paulo passa a esmagadora maioria do tempo no espaço doméstico a dormir, um modo de proceder análogo ao processo de separação dos moribundos do mundo dos vivos nas sociedades ocidentais avançadas que Norbert Elias (2001) ilustrou.

De facto, às 15 horas vai deitar-se na cama para dormir (entre as 13 horas e 30 minutos e as 15 vê televisão, preferencialmente, e auxilia a companheira na realização das tarefas de limpeza da casa), interrompendo o sono às 18 para jantar (Paulo realiza esta refeição à base de pão, bolachas e leite, mantimentos que lhe são fornecidos pela Cáritas).

Depois de jantar, vai dormir, de novo, para só acordar às 7 horas do dia seguinte (tal como no caso de Andreia, o sono de Paulo também é perturbado pela ocorrência de pesadelos, um dos efeitos secundários da medicação).

Nos dias em que o Futebol Clube do Porto tem jogo, interrompe o sono para assistir à partida pela televisão. A paixão pelo seu clube de sempre tem tais proporções que, por vezes, chega a derramar lágrimas enquanto assiste às partidas.

Actualmente, o contacto deste indivíduo com os seus irmãos é muito esporádico. Em dias de comemorações católicas, como o Natal ou a Páscoa, confraterniza sempre com a família de algum irmão. Exceptuando esses dias de cerimónia, o contacto com os

irmãos reduz-se a encontros fortuitos no cemitério aquando de uma visita comum à campa da mãe.

O actual paciente do HJU declarou não temer a morte, embora fique apreensivo quanto à possibilidade de deixar a sua companheira sozinha. Em conformidade com o seu pensamento, as pessoas da sociedade “*normal*” têm representações sociais depreciativas sobre os doentes de VIH/Sida.

No que concerne à posteridade, os seus objectivos de vida são sobretudo despretensiosos:

“Olhe, eu sou sincero, é que Deus nunca me tire, pelo menos, o que me tem dado... E que, pronto, se não for melhor, que seja igual àquilo que tenho hoje...”

Paulo gostaria de participar num projecto de prevenção da toxicodependência e do VIH/Sida, embora nunca tenha desenvolvido esforços nesse sentido. Sem ter tomado parte em alguma campanha de informação e prevenção do VIH/Sida, contribuiu com ideias para a redacção de um livro sobre a dita patologia, uma iniciativa levada a cabo por um psicólogo do H.J.U. e que contou com a participação dos restantes pacientes do C.T.C..

Este indivíduo está muito reticente quanto à possibilidade de descoberta de uma cura definitiva para o VIH/Sida até ao término da sua vida, ainda que tenha revelado alguma esperança na concretização desse feito:

“Sei que é quase impossível, mas eu tenho a minha fé...”

2. O percurso de Liliana: *“Quer dizer, consumia de vez em quando (referindo-se ao facto de ter mantido o hábito de consumo ocasional de cocaína em paralelo com o tratamento anti-retroviral, durante dez anos)... Era uma vez por mês, quando recebia... Mas, era só cocaína... (...) Agora, não, graças a Deus... (...) Eu, agora, estou junta com um rapaz, que ele está ali (referindo-se à sala de espera do C.T.C. do H.J.U.)... Ele também tem (entenda-se é seropositivo), mas a gente não usa preservativo...”*

Liliana, uma antiga empregada de limpeza e actual paciente do H.J.U., é natural de Vila Nova de Gaia, cidade onde nasceu no dia 7 de Agosto de 1962. Esta mulher tem uma origem pequeno burguesa técnica e de enquadramento intermédio. O pai era encarregado geral de uma empresa de autocarros (proveio de uma família pequeno burguesa executante) e a mãe era costureira (Liliana não conheceu os avós maternos).

A actual paciente do H.J.U. cresceu na freguesia de Madalena. No decorrer dos primeiros anos de vida, o seu agregado familiar era formado pelos pais e três irmãos (dois rapazes e uma rapariga; Liliana tem mais três irmãs e um irmão, que nasceram posteriormente). Esta mulher residia com a família numa “ilha” e tinha como vizinhos três tios e uma tia da parte da sua mãe. As relações no seio da sua família foram perturbadas pelo comportamento adúltero constante do pai em relação à mãe. Apesar disso, frisou que a sua família era “*muito unida*”.

Do período da infância, Liliana relembrou com especial carinho as idas a festas de carácter popular, os passeios com amigos e o convívio familiar:

“Ai, era ir aos bailes... Sei lá?... Passear com os meus amigos... Os tempos que eu vivia com a minha família, que eram muito bons... Era tudo muito bom... A minha infância foi muito boa... Muito boa mesmo...”

Esta mulher recebeu uma educação assente em valores conservadores. Liliana frequentou a catequese desde cedo e cumpriu os sacramentos do Baptismo e da 1ª e 2ª Comunhões. Todos os dias, rezava em casa antes das refeições e antes de se deitar. Ao Domingo, ia sozinha à missa porque a mãe tinha muito trabalho como costureira e o pai e os irmãos não tinham esse hábito.

A passagem pelo sistema educativo foi iniciada aos 6 anos de idade, numa escola primária da freguesia de Madalena, próxima de sua casa. O Ciclo foi feito na Escola da Rosa, situada no centro de Vila Nova de Gaia. Liliana completou o 6º Ano de

escolaridade, com 13 anos, averbando uma reprovação na 1ª Classe. Esta mulher teve sempre o sonho de ser médica, mas abandonou a escola depois de concluir o 6º Ano de escolaridade para auxiliar a sua mãe nas tarefas como costureira, dada escassez de rendimentos do agregado familiar:

“Mas, como naquela altura o dinheiro era pouco... E éramos muitos irmãos... Eu tive que deixar de estudar... Tive pena, porque eu quis ser médica e não consegui derivado a ajudar a minha mãe, não era?... Primeiro estava ela... E, para mais, ela era muito doente... Ainda por cima... Trabalhava sem poder... Tinha bronquite asmática...”

Os seus irmãos mais velhos também abandonaram a escola de forma precoce para colaborarem na manutenção do agregado doméstico (os irmãos trabalhavam na empresa de autocarros onde o pai estava colocado; a irmã laborava numa fábrica de confecções).

Liliana coadjuvou a sua mãe nas actividades de costura entre os 13 e os 19 anos. Durante esse período, prestou cerca de quatro horas de trabalho diárias como auxiliar de costura da sua mãe. Em termos gerais, as suas tarefas consistiam em retirar os alinhavos e descoser as bainhas. Além disso, também fazia entregas dos serviços da mãe às clientes. Embora não tivesse salário fixo, a mãe providenciava-lhe dinheiro sempre que precisava.

O grosso da sua adolescência foi passado, essencialmente, no espaço doméstico a auxiliar a mãe na costura. Durante o período adolescente, esteve sempre proibida pelos pais de realizar saídas nocturnas.

Com 16 anos, iniciou-se no consumo de haxixe com o grupo de amigos da freguesia de Madalena. Liliana fumava esta substância quase todos os dias, nessa época. O hábito de fumar haxixe com regularidade permaneceu até aos 31 anos, momento da sua vida em que se iniciou na heroína e na cocaína.

Esta antiga empregada de limpeza teve o seu primeiro envolvimento amoroso aos 17 anos, com um vizinho da freguesia de Madalena. Foi neste namoro que encetou a sua vida sexual. O seu namorado opôs-se, desde o princípio da relação, à utilização do preservativo. O método contraceptivo que Liliana adoptou foi a pílula feminina. Contudo, tal método anticoncepcional não foi suficiente para evitar uma gravidez, ainda com 17 anos. Liliana acabou por realizar um aborto que quase lhe roubou a vida numa

clínica da cidade do Porto. O namoro com o vizinho da freguesia de Madalena terminou ao fim de sete anos em virtude dos maus-tratos constantes que aquele lhe infligia por crises de ciúme:

“Porque ele era muito ciumento e batia-me com os ciúmes... E a gente teve que se separar por causa disso... (...) Ao princípio, pensávamos que era para o futuro... Mas, depois, começámos a ver que era só discussões... Ele batia-me muito, por tudo e por nada... Era muito ciumento... Ciúmes loucos, mesmo... Loucos... (...) Eu nem à janela podia ir, veja lá? Não é para me gabar, mas eu era muito bonita quando era nova... Tinha esses azares...”

No decurso da sua adolescência (segunda metade da década de 70 do século XX), o VIH/Sida era uma patologia que ainda não tinha despontado na sociedade portuguesa (conforme se mencionou atempadamente, o registo dos primeiros casos de Sida em Portugal data do ano de 1983). Como tal, a temática do VIH/Sida nunca foi aflorada pelos seus familiares ou pelo grupo de amigos, nessa fase da vida.

No ano de 1983, tinha Liliana 21 anos, a sua mãe faleceu vítima de um problema cardíaco. Esta mulher sentiu muito a perda da mãe.

A protagonista desta história de vida teve sempre maior apego pela mãe do que pelo pai. Quando evocou a imagem da sua mãe, fez uma associação mental imediata à transmissão dos conhecimentos de costura:

“Gostava muito do meu pai, mas preferia a minha mãe... Porque a minha mãe era mais meiguinha... Tinha outro feitio... O meu pai era mais brutal, era mais egoísta... (...) Eu, hoje, sei costura à custa dela... É essa lembrança que eu tenho dela... Tenho várias, mas principalmente essa... Coitadinha... Ensinou-me a costurar... E eu levava a roupa às clientes... Fazia, assim, os recadinhos dela...”

Logo depois de cessar a actividade como auxiliar de costura da mãe, Liliana iniciou funções numa empresa do sector têxtil, na cidade do Porto, como operadora de uma máquina automática de cortar tecidos.

Nesta fábrica, trabalhava de 2ª a 6ª Feira, cerca de 6 horas por dia (entrava às 8 horas e saía às 15, usufruindo de uma hora de pausa para almoço). O salário mensal que auferia era de *“vinte e tal contos”*, segundo as suas palavras. Esta mulher exerceu as

funções de operadora de máquina automática de corte de tecidos durante três anos, altura em que a empresa entrou em falência.

A sua experiência profissional seguinte foi como empregada de limpeza. Liliana começou a desempenhar a actividade de empregada de limpeza numa mansão particular de proprietários brasileiros que viviam em Vila Nova de Gaia. Na referida mansão dos proprietários brasileiros, laborava de 2^a a 6^a Feira, à volta de 4 horas por dia (começava às 14 horas e terminava às 18). O vencimento mensal rondava os 60 contos.

Nesta altura, continuava a viver com o pai e os irmãos na “ilha” situada na freguesia de Madalena.

Com 24 anos, assumiu nova relação afectiva com um indivíduo residente na zona de Candal, em Vila Nova de Gaia. Em similitude com aquilo que aconteceu durante o primeiro relacionamento amoroso, o seu segundo namorado repelia a utilização do preservativo. Para evitar a concepção, Liliana tomava a pílula feminina. Este relacionamento amoroso teve a duração de sete anos. Novamente, os maus-tratos incessantes do namorado sobre si ditaram o fim da relação.

No período compreendido entre o término do primeiro namoro e o início do segundo, esta mulher não substanciou trocas sexuais.

Aos 31 anos, teve um “*affaire*” de três meses com um indivíduo de origem sueca que tinha familiares que residiam na freguesia de Madalena (tratou-se do primeiro relacionamento que teve depois do termo do segundo namoro). Liliana e o indivíduo de origem sueca eximiram-se a utilizar o preservativo nas relações sexuais, uma vez que a primeira já estava familiarizada com a toma da pílula anticoncepcional feminina.

Foi com este indivíduo sueco que teve a sua iniciação na heroína (substância que começou por fumar através da prata) e na cocaína (substância que começou por consumir pela via nasal).

Ao longo de um ano, consumiu as duas drogas diariamente sem recorrer à via endovenosa. Esta mulher comprava doses de heroína e cocaína a traficantes residentes na freguesia de Madalena. Cada dose individual das duas drogas tinha o preço de 1.000 Escudos, naquela época. O seu irmão mais novo também era consumidor regular de drogas.

Durante este momento da sua vida, Liliana mantinha a ocupação como empregada de limpeza, prestando serviço, no entanto, na mansão de uma senhora de naturalidade portuguesa que morava na zona de Coimbrões. Enquanto empregada de limpeza da senhora residente na zona de Coimbrões, continuou a exercer 4 horas de

trabalho diárias (executava as suas funções de 2ª a 6ª Feira, entrando às 14 horas e terminando às 18) e a receber um salário de 60 contos.

Findo o “*affaire*” com o indivíduo de origem sueca, teve alguns parceiros sexuais ocasionais (Liliana não conseguiu precisar o número de parceiros ocasionais com quem teve relações sexuais neste período), até conhecer o homem que se tornou o pai do seu filho. Nas trocas sexuais que levou a efeito com os referidos parceiros sexuais, recorreu à pílula feminina como método contraceptivo.

No ano de 1994, a actual paciente do H.J.U. começou a consumir heroína pela via endovenosa diariamente. Muitas vezes, injectava esta substância em casa, isolando-se no seu quarto para ocultar tal prática dos familiares (excepto do seu irmão mais novo):

“Era em casa, era em casa... Era tudo às escondidas... Metia-me no meu quarto...”

Noutras ocasiões, consumia heroína pela via endovenosa com o grupo de amigos. Esta mulher tinha o hábito de partilhar as agulhas de seringas com os amigos toxicodependentes e, não obstante, chegou a substanciar este comportamento com indivíduos desconhecidos:

“Foi com seringas, que eu compartilhava muitas... (reproduzindo alguns dos seus pedidos a toxicodependentes amigos ou desconhecidos) “Olha, empresta-me que eu não tenho”... Nessa altura, não pensava nessa doença... (...) (referindo-se aos indivíduos com quem era usual partilhar agulhas de seringas para se injectar com heroína) Com vários amigos... (referindo-se ao facto de ter partilhado agulhas de seringas com indivíduos desconhecidos) Sim, sim...”

Também em 1994, envolveu-se num namoro com um empresário que possuía alguns cafés e postos de gasolina na cidade do Porto. O par de namorados nunca utilizou preservativo nas trocas sexuais. Liliana tinha o desejo de dar à luz uma criança e abdicou da toma da pílula no decorrer deste namoro (em sentido inverso, o seu namorado, nunca teve interesse em ter um filho). O seu filho acabaria por nascer no mês de Agosto de 1995, tinha esta mulher 33 anos de idade. Foi precisamente no Hospital

Santos Silva, após o parto, que foi notificada da contaminação pelo VIH. A criança nasceu saudável, isto porque a mãe estaria, possivelmente, na fase de “*primo-infecção*” (Montagnier, 1994) ou com uma carga viral baixa, e porque o pai não era seropositivo.

Liliana está convencida de que o seu contágio sucedeu pela via sanguínea, em especial a partilha de agulhas de seringas, embora tenha mantido relações sexuais desprotegidas com três namorados e alguns parceiros sexuais ocasionais.

Quando foi confrontada com a notícia do contágio pelo VIH após o parto no Hospital Santos Silva, ficou visceralmente afligida (não só por si, mas também pelo filho recém-nascido), corroborando a tese sobre o choque emocional típico da primeira fase de experimentação da doença (Parsons, 1951; Caldeira, 1995):

“Ai, chorei muito... Senti uma tristeza muito grande... Porque já sabia mais ou menos... Já ouvia falar mais na Sida... Que era uma doença contagiosa, que não tinha cura... E senti-me mesmo muito mal... A seguir fiquei pior... (...) A minha preocupação era o meu filho não ter nada... E, graças a Deus, veio saudável...”

Nesse momento, o seu conhecimento acerca da natureza, implicações e formas de transmissão do VIH/Sida era muito rudimentar.

Imediatamente a seguir ao nascimento do filho, foi encaminhada para o H.J.U. para receber acompanhamento médico especializado em relação ao problema do VIH, iniciando, de pronto, o tratamento anti-retroviral. Eis as suas lembranças sobre a primeira consulta no H.J.U.:

“Ora bem, foi uma consulta... Examinaram-me, deram-me uma receita para ir à farmácia lá em cima buscar a medicação... Porque comecei a tomar em casa... Depois, comecei a tomá-la aqui (entenda-se no C.T.C. do H.J.U.)... E, também, comecei a tomar a metadona...”

No princípio, o seu regime terapêutico incluía cinco tomas de comprimidos por dia. As consultas com o médico assistente no H.J.U. eram bimestrais.

Depois do nascimento do filho, esta mulher suspendeu a rotina diária de consumo de heroína pela via intravenosa. Nas suas palavras, foi por uma questão de “*saturação*” que cessou o consumo diário daquele opiáceo. Todavia, paralelamente ao

tratamento anti-retroviral, continuou a fumar cocaína uma vez por mês, por norma, na companhia do irmão mais novo e de uma amiga.

O empresário com quem Liliana namorava pôs fim à relação logo que a última engravidou. Durante anos, o dito empresário providenciou-lhe ajuda financeira (cerca de 30 contos mensais) para os cuidados com o filho. Tal suporte financeiro era canalizado, por inteiro, para o consumo de cocaína. Depois de ter dado à luz a criança, deixou de exercer serviços como empregada de limpeza (Liliana nunca mais teve alguma ocupação profissional durante a sua vida). Nesta época, coabitava, ainda, com o pai e os irmãos na freguesia de Madalena.

Na prossecução, durante o parto realizado no Hospital Santos Silva, esta antiga empregada de limpeza foi assistida por uma profissional de saúde que era cunhada da sua irmã mais velha. Na sequência do parto, Liliana solicitou a referida profissional de saúde para fazer sigilo da questão da seropositividade junto da irmã mais velha. No entanto, a sua diligência foi inglória. A profissional de saúde do Hospital Santos Silva informou a cunhada, logo a seguir ao parto, que Liliana estava infectada com o VIH. Por sua vez, a irmã mais velha desta mulher transmitiu a notícia da seropositividade da última aos restantes irmãos, corria ainda o mês de Agosto de 1995. Os seus irmãos ficaram tristes quando receberam a notícia, mas conformaram-se e deram-lhe sempre apoio em relação à doença. O pai só viria a saber do seu contágio pelo VIH no ano de 2003, por intermédio das irmãs de Liliana. A reacção inicial do pai à notícia foi negativa, conquanto tivesse aceite a seropositividade da filha posteriormente.

No ano de 1997, a protagonista desta história de vida perdeu a custódia do filho, em virtude do hábito de consumo de drogas. Foi a sua irmã mais velha que apresentou uma queixa contra si numa instituição habilitada para o efeito. A guarda do filho foi, então, entregue a um tio materno. Este foi um dos acontecimentos mais dolorosos da sua vida:

“Foi muito triste... Foi muito (hesitante)... Foi uma facada muito grande, para mim... (...) (referindo-se ao período em que perdeu a custódia do filho) Quando eu não consegui largar a droga... Foi a minha própria irmã que fez queixa de mim...”

A relação de Liliana com a sua irmã mais velha ficou abalada depois deste episódio.

Ainda no ano de 1997, viajou para Viseu no intuito de realizar uma desintoxicação na instituição Remar. Volvido um dia na instituição, desistiu da desintoxicação e regressou a Vila Nova de Gaia, mantendo o hábito de consumo ocasional de cocaína, em simultâneo com o tratamento anti-retroviral.

Nesta altura, tornou-se utente da Abraço/Delegação Norte. Esta mulher recorreu à citada instituição, sobretudo, para obter apoio em géneros alimentares e vestuário. Contudo, foi-lhe facultado, também, apoio psico-social. Efectivamente, Liliana teve acompanhamento mensal com uma psicóloga da instituição durante cerca de dois anos.

Ao longo dos quatro anos em que foi utente da Abraço/Delegação Norte, participou em alguns peditórios. Na visão desta mulher, a ajuda que recebeu da dita ONG permitiu o incremento da sua qualidade de vida.

Em relação ao atendimento que teve entre os anos de 1997 e 2001 na Abraço/Delegação Norte, considerou-o bastante satisfatório. Conquanto tivesse ficado satisfeita com o auxílio que esta instituição lhe proveu cerca de quatro anos, Liliana entendeu que seria prolífico potenciar a vertente do apoio directo ao pessoal utente, em específico o apoio financeiro.

A ligação com a Abraço/Delegação Norte foi quebrada em 2001, porque, nesse ano, começou a usufruir de apoio psicológico no H.J.U.. Possivelmente, foi também nesse ano que começou a frequentar o C.T.C. da mesma organização hospitalar, todos os dias, para a toma da medicação.

Depois de ter começado a frequentar o C.T.C. do H.J.U. diariamente, Liliana tornou-se beneficiária do Rendimento Social de Inserção, a conselho dos profissionais de saúde daquela instituição (Liliana não se recorda ao certo do ano em que começou a ser favorecida pelo R.S.I.). Até lá, vivera do apoio económico do pai do seu filho e dos familiares mais próximos.

No ano de 2005, encetou um namoro com um paciente do C.T.C. do H.J.U., também ele seropositivo e ex-toxicodependente. Tratou-se do seu primeiro relacionamento amoroso desde o nascimento do filho, no ano de 1995.

Após se ter juntado ao paciente do C.T.C. do H.J.U., pôs um ponto final no consumo de cocaína, novamente por uma questão de “*saturação*”.

Desde que iniciaram o namoro, esta mulher e o paciente do C.T.C. do H.J.U. passaram a viver juntos numa habitação social, situada na freguesia de Lordelo do Ouro, na cidade do Porto (Liliana abandonou, então, a casa onde vivia com o pai e os irmãos na freguesia de Madalena, em Vila Nova de Gaia).

O seu pai viria a falecer no decorrer do ano de 2005. Pese o ressentimento que tinha em relação ao pai por ter mantido um comportamento de infidelidade face à sua mãe, o falecimento daquele suscitou-lhe profundo pesar.

No H.J.U., Liliana foi acompanhada por três especialistas em infecciologia. Em 2006, a médica que a assiste desde o final dos anos 90, alterou o seu regime terapêutico. Nesta coerência, passou a tomar seis comprimidos diariamente, no sentido de aumentar as defesas do organismo.

A relação desta mulher com a sua médica assistente no H.J.U. é “*muito boa*”, evocando as suas palavras. Liliana confia nesta profissional de saúde e sente-se confortável nas suas consultas. Na sua óptica, a qualidade da relação com a médica assistente no H.J.U. é um factor que reveste uma importância capital para estimular a sua motivação no que toca ao cumprimento do tratamento anti-retroviral.

Relativamente aos cuidados com o corpo, Liliana enfatizou que, nos últimos tempos, a sua médica assistente tem concentrado esforços em persuadi-la a iniciar um tratamento contra a Hepatite C:

“Ela, agora, quer que eu faça tratamento à Hepatite C... Diz que o meu fígado está um bocadinho afectado... E antes que eu fique com cirrose, ela aconselhou-me a fazer tratamento... E eu vou fazer, em Outubro...”

Esta antiga empregada de limpeza não segue qualquer dieta específica, mas tem algum zelo com a alimentação, evitando refeições com molhos e procurando sempre comer sopas.

Hoje em dia, fuma cerca de meio maço de tabaco por dia (a outra metade do maço é fumada pelo seu companheiro). Liliana não consome qualquer bebida alcoólica há cerca de duas décadas.

Prosseguindo, Liliana e o seu actual companheiro dispensam o uso do preservativo nas relações íntimas. Para evitar a concepção, esta mulher toma a pílula feminina.

O seu discurso alusivo ao período compreendido entre a notificação do contágio pelo VIH, no mês de Agosto de 1995, e a actualidade, valida parcialmente a hipótese teórica 1 da investigação em curso (respeita à adopção de um “*estilo de vida saudável*” e ao cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida, por parte de indivíduos seropositivos da cidade do Porto).

Considerando, primeiramente, a fase situada entre os anos de 1995 e 2005, é um facto que Liliana cumpriu o plano de tomas diárias de comprimidos do regime terapêutico, mas, ao mesmo tempo, continuou a consumir cocaína (fumada através da prata) uma vez por mês:

“Quer dizer, consumia de vez em quando (referindo-se ao facto de ter mantido o hábito de consumo ocasional de cocaína em paralelo com o tratamento anti-retroviral, durante dez anos)... Era uma vez por mês, quando recebia... Mas, era só cocaína... Fumava só, mais nada... Desde que tive o meu filho é que eu cortei com a heroína, mesmo... Agora, cocaína era quando eu recebia... Mas, agora, não... Mas, na altura, era... Agora, não, graças a Deus...”

No que respeita aos últimos três anos da vida da actual paciente do H.J.U., esta conseguiu cessar, de uma vez por todas, com o consumo de estupefacientes e prosseguiu com o tratamento anti-retroviral, mantendo uma carga viral negativa, conquanto revele alguma fragilidade em termos das defesas do organismo:

“Depois, quando tenho consulta, elas (referindo-se, presumivelmente, às enfermeiras do C.T.C. do H.J.U.) dizem-me o resultado das análises... As defesas... A carga viral como é que está... Por acaso, a minha está boa, está negativa... As defesas é que estão um bocadinho em baixo... Só tenho cento e tal...”

Apesar do reforço do regime terapêutico para aumentar as defesas do organismo, abdica da utilização do preservativo nas trocas sexuais com o seu companheiro:

“Eu, agora, estou junta com um rapaz, que ele está ali (referindo-se à sala de espera do C.T.C. do H.J.U.)... Ele também tem (entenda-se é seropositivo), mas a gente não usa preservativo...”

Como já foi debatido, em razão da negligência face ao preservativo, esta mulher sujeita-se a aumentar a sua carga vírica.

Liliana está sobremodo satisfeita com a resposta dos profissionais de saúde do H.J.U. naquilo que concerne ao acompanhamento do problema do VIH. Esta mulher

tem, também, uma boa relação com os outros pacientes do C.T.C. da referida organização hospitalar.

No que diz respeito às lacunas no funcionamento do C.T.C. do H.J.U., destacou o aspecto citado por Paulo anteriormente, o bloqueio das salas relativas às actividades lúdicas. Não obstante, foi alvo da crítica de Liliana o comportamento “*cru*”, lançando mão da sua expressão, das empregadas de limpeza do C.T.C. do H.J.U. para com os pacientes seropositivos.

De um modo geral, a sua atitude relativamente ao contágio pelo VIH coincide com o conceito de “*doença-resignação*” (Laplantine, 1992), assim como se verificou com Andreia. Com efeito, após o abalo inicial causado pela notificação do contágio pelo VIH na actual paciente do H.J.U., sobreveio em si uma postura de conformação face à doença:

“Hum... Eu tive que ter paciência...”

Esta mulher abonou que o contágio pelo VIH causou uma mudança considerável nas suas práticas culturais, em concreto a diminuição da frequência do “*espaço público*” e “*semipúblico*” (Lopes, 2000), especialmente nos últimos três anos. Em analogia com Paulo, o espaço de sociabilidade de Liliana é o C.T.C. do H.J.U., por excelência. Todos os dias, pela manhã, apresenta-se neste pólo do H.J.U. fazendo-se acompanhar pelo namorado, a fim de tomar a medicação anti-retroviral e confraternizar com os outros pacientes. Com uma vida social menos activa, esta antiga empregada de limpeza encontrou refúgio no “*espaço doméstico*” (Idem).

Quanto às relações familiares, a seropositividade não acarretou alterações expressivas. Conquanto a notícia da notificação do contágio pelo VIH tenha suscitado desgosto nos seus familiares próximos (em particular, o pai, os irmãos, e os tios e tias maternos) num primeiro momento, estes aceitaram a sua doença, subsequentemente, e souberam ampará-la nas horas difíceis. Conforme se viu, a degradação da relação de Liliana com a irmã mais velha ficou a dever-se ao episódio da denúncia de consumo de drogas que originou perda da custódia do filho, em 1997.

Inicialmente, esta mulher decidiu fazer sigilo da seropositividade junto do seu grupo de amigos. Nesta coerência, nos primeiros anos de experimentação da doença, não se verificou qualquer perturbação ao nível das suas sociabilidades. Com o tempo, alguns amigos seus souberam por terceiros que se havia tornado paciente do H.J.U., mas

nunca a discriminaram por causa do contágio pelo VIH. Desde que se juntou ao actual companheiro, em 2005, afastou-se, gradualmente, do seu grupo de amigos. De mais a mais, tenta manter uma certa distância social em relação aos pacientes do C.T.C. do H.J.U., segundo alegou.

Considerando, doravante, as relações laborais, conforme foi exposto, Liliana alienou-se do mundo do trabalho após o nascimento do filho, em Agosto de 1995. Logicamente, a seropositividade não foi o motivo para que se isentasse do exercício de uma actividade profissional. A sua explicação para este facto é esclarecedora:

“Depois, engravidei aos 33 (anos) e vivi para o meu filho... E não trabalhava... Tive sempre a ajuda do pai...”

Com o passar dos anos, esta mulher perdeu o contacto com todos os ex-colegas de trabalho. Na actualidade, está à procura de emprego na área das limpezas. Apesar de consultar as secções de anúncios de oferta de emprego de jornais, asseverou que tem sido difícil concretizar este objectivo. Sublinhe-se que Liliana não está inscrita em algum Centro de Emprego da cidade do Porto, nem utiliza a Internet para procurar emprego.

A sua vida afectiva foi particularmente afectada em virtude do contágio pelo VIH. Mais retraída após a notificação da seropositividade, em Agosto de 1995, só voltou a envolver-se numa relação amorosa volvidos dez anos, no seu caso concreto, com um paciente seropositivo e ex-toxicodependente do C.T.C. do H.J.U.. Uma vez que esta mulher e o seu namorado tinham prévio conhecimento da doença que ambos sofriam, foi mais fácil para a primeira assumir o compromisso afectivo.

Entre os anos de 1995 e 2005, Liliana teve raras trocas sexuais com parceiros ocasionais. No decurso destas relações sexuais, utilizou o preservativo.

Antes da notificação do contágio pelo VIH, o seu ritmo de actividade sexual semanal cifrava-se nas quatro relações. Depois de Agosto de 1995, este ritmo decaiu de forma abrupta, resumindo-se a trocas sexuais muito esporádicas. A partir de 2005, ano em que se juntou ao seu actual companheiro, recuperou o ritmo de quatro relações sexuais semanais.

Em termos da vida espiritual, esta mulher referiu que depois de ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH se apegou um pouco mais à religião. Liliana afirmou que tem muita fé em Deus. Embora não participe nas cerimónias da liturgia

católica, pede todos os dias a Deus para a ajudar a si, ao seu companheiro e ao seu filho. No seu entender, a religião facultou a sua adaptação emocional à doença. Conquanto o ligeiro aumento do nível de prática religiosa, Liliana não adoptou, de todo, um modo de vida “*ascético*” (Weber, 1944).

A actual paciente do H.J.U. assegurou que a contaminação pelo VIH lhe despertou um sentimento de receio em relação ao futuro. Sem embargo, declarou que a seropositividade fez de si uma mulher mais sensível e “*dada à dor*”, citando as suas palavras.

No momento presente, o dia-a-dia da protagonista desta história de vida substancia-se em três espaços essenciais, o C.T.C. do H.J.U., as instalações da A.M.I., situadas na zona de Campanhã, e a sua residência, na freguesia de Lordelo do Ouro.

Regra geral, esta mulher acorda às 7 horas e 45 minutos. Liliana e o seu companheiro apresentam-se, diariamente, no C.T.C. do H.J.U. cerca das 9 horas para a toma dos medicamentos, deslocando-se da residência até à referida instituição hospitalar através dos S.T.C.P. (os passes são oferecidos pelo C.T.C. do H.J.U.).

O par de namorados passa duas horas no C.T.C. do H.J.U., habitualmente, de modo a conviver com os outros pacientes. Depois de abandonarem o hospital, Liliana e o seu companheiro regressam a casa utilizando os transportes públicos. Quando chega a casa, entre as 12 horas e as 12 horas e 30 minutos, Liliana executa, de imediato, as lides da casa, para, depois, fazer o almoço. Enquanto almoça, tem o hábito de ver televisão na companhia do seu namorado.

Findo o almoço, o casal vai dormir. O sono só é interrompido por volta das 19 horas, altura em que Liliana e o companheiro acordam para se deslocar à A.M.I. com o propósito de jantar.

Cerca das 20 horas, o par de namorados está, de novo, em casa. De pronto, o casal toma medicação para dormir e só acorda no próximo dia, cerca das 7 horas e 45 minutos.

Em estrita afinidade com Paulo, Liliana tem um modo de vida que se afigura com o processo que Norbert Elias (2001) descreveu como afastamento dos moribundos do mundo dos vivos, um apanágio das sociedades ocidentais avançadas.

Todos os Sábados, esta mulher desloca-se até à freguesia de Madalena, em Vila Nova de Gaia, para estar com o seu filho, que vive com um tio materno. Nessas ocasiões, confraterniza, também, com os irmãos (salvo a irmã mais velha), tios e sobrinhos que residem naquela zona.

Hoje em dia, Liliana considera ter apenas uma amiga, uma antiga paciente do C.T.C. do H.J.U.. De dois em dois meses, a referida amiga vem visitá-la às instalações do H.J.U..

A antiga empregada de limpeza enfatizou que a morte constitui um assunto que não a preocupa. Todavia, revelou inquietação quanto à eventualidade de vir a sofrer se a sua doença evoluir para a fase de Sida declarada, caracterizada pelo surgimento das infecções oportunistas:

“Eu estou-me marimbando para a doença, que eu sei que não morro de Sida... Posso apanhar uma constipação e morrer dessa constipação... Porque ninguém morre de Sida, não é?... Tenho medo de sofrer, não é de morrer... É de sofrer... A minha preocupação é essa, só... (...) Peço a Deus que me dê uma morte santa, a mim, ao meu homem e ao meu filho... (...) São as únicas coisas que me preocupam... Mais nada...”

Liliana aceitou bem a sua doença, pelo que rejeitou a tese de que a seropositividade foi um móbil para se sentir diminuída socialmente. No seu parecer, os indivíduos da sociedade “normal” têm uma ideia geral vil dos doentes de VIH/Sida.

Em linhas sintéticas, os seus objectivos pessoais futuros resumem-se em lograr colocação profissional como empregada de limpeza e recuperar a custódia do filho. A actual paciente do H.J.U. teme que o contágio pelo VIH possa representar um factor de discriminação laboral no futuro, caso encontre emprego.

Presentemente, Liliana usufrui do R.S.I., cujo montante mensal é de 131 Euros. O seu companheiro também é beneficiário do R.S.I.. O rendimento mensal do casal situa-se nos 350 Euros, sensivelmente (o valor da renda da habitação onde o casal vive é de 100 Euros).

Para fechar, esta mulher mostrou-se esperançosa numa recuperação integral da doença que a aflige antes do fim da sua vida:

“Sim, sim, sim... Tenho esperança nisso...”

Capítulo VII – Representações sociais do VIH/Sida: percepções, sentimentos e imagens-símbolos dos indivíduos seropositivos entrevistados

A fim de deslindar as representações sociais sobre o VIH/Sida dos indivíduos que narraram as histórias de vida apresentadas anteriormente, foi-lhes proposto um exercício de associação livre de palavras durante a gravação das entrevistas biográficas. Nesse exercício, foi pedido aos seis indivíduos entrevistados para sintetizarem a experimentação da seropositividade em duas palavras. O **Quadro 2** reúne os resultados que se obtiveram por intermédio do supracitado exercício.

Quadro 2: Representações sociais dos indivíduos entrevistados sobre a experimentação da seropositividade

Palavras mencionadas pelos indivíduos entrevistados
<i>“Maldição”</i> <i>“Derrota”</i> <i>“Prova”</i> <i>“Expição”</i> <i>“Morte”</i> <i>“Vida”</i> <i>“Medo”</i> (palavra mencionada duas vezes) <i>“Sofrimento”</i> (palavra mencionada duas vezes) <i>“Pesadelo”</i> <i>“Aflição”</i>

Conforme se pode vislumbrar, a esmagadora maioria das palavras indicadas pelos indivíduos entrevistados (*“Maldição”*, *“Derrota”*, *“Expição”*, *“Morte”*, *“Medo”*, *“Sofrimento”*, *“Pesadelo”*, *“Aflição”*) tem uma conotação negativa,

inscrevendo-se no “*modelo da doença maléfica*” definido por François Laplantine (1992). De acordo com este sistema de representação proposto pelo antropólogo francês, a doença corresponde a um “*mal absoluto*”.

Por sua vez, as suas palavras restantes, “*Prova*” e “*Vida*”, enquadram-se no “*modelo da doença benéfica*” (Idem), segundo o qual a doença frui de valor e sentido particulares, tratando-se de uma reacção que visa, fundamentalmente, a restituição do equilíbrio do organismo.

Atente-se, de seguida, nas justificações pessoais que os indivíduos entrevistados avançaram para as palavras que citaram.

Eduardo, o protagonista da primeira história de vida, escolheu as palavras “*Maldição*” e “*Derrota*” para ilustrar a sua experiência como portador do VIH. A explicação que este indivíduo deu para a opção pela palavra “*Maldição*” tem um cariz místico e subentende a ideia de punição:

“Não sei, alguma coisa que a gente fez no passado... Porque eu, às vezes, também tenho essas coisas dentro da minha cabeça... Algum mal que a gente fez no passado e que agora esteja a pagar... Alguma coisa que a gente tenha feito e que agora esteja a pagar... (...) Com a Sida, não é?...”

Relativamente à escolha da palavra “*Derrota*”, Eduardo aludiu ao revés que a notificação do contágio pelo VIH imprime na existência de um indivíduo, em particular no seu projecto de trajecto:

“(pensativo) É uma derrota na vida, não é?... Porque a gente (hesitante)... Nascemos, temos um caminho traçado, chegamos a uma certa altura e temos ali um abismo...”

Centrando a atenção nas palavras elegidas por Fábio, o indivíduo natural do Brasil lançou mão dos termos “*Prova*” e “*Expição*”, ambos intrínsecos do sistema religioso de influência judaico-cristã (Fábio é um grande devoto da Religião Espírita). Com o emprego da palavra “*Prova*”, o jovem brasileiro quis reportar-se a um ciclo de testagem que é forçoso viver com conformação, tendo em vista o alcance de um aperfeiçoamento existencial, presumivelmente:

“É uma prova... E porquê? Porque a gente tem que passar por provas para a gente chegar a uma evolução, a uma certa evolução... Só mediante essas provas é que a gente chega a algum lugar... Se a gente quer chegar a algum lugar, a gente tem que (hesitante)... Se a gente sobreviver a essas provas com paciência, com resignação, a gente chega a algum lugar, não é?...”

A palavra “*Expição*” põe em evidência o sentimento de culpa que Fábio tem em relação à forma como se contaminou com o VIH, recordando, através de uma relação sexual desprotegida que consumou sob o efeito de “*maconha*” e álcool, numa noite do mês de Julho de 2006. Na óptica do jovem brasileiro, um tanto moralista, a sua inadvertência foi o móbil para o contágio pelo VIH e, em razão de tal delito, é impreterível uma punição:

“E uma expiação... Porquê? Porque é uma consequência de uma causa, entendeu?... Ou seja, a gente tem que sofrer o que a própria gente construiu... Independentemente, como eu acredito na reencarnação, se for nessa vida ou não...”

Marta, a ajudante familiar natural de Vila Nova de Gaia, resumiu a sua experimentação da seropositividade com as palavras “*Morte*” e “*Vida*”, dois termos que constituem um dualismo clássico. Esta mulher referiu a palavra “*Morte*” evocando o momento da notificação do contágio pelo VIH, em meados do ano de 2000. Nessa altura, Marta havia sido internada no Hospital Santos Silva, em Vila Nova de Gaia, com uma pneumonia por *Pneumocystis carinii* correndo risco de vida (o período de oito meses de internamento foi marcado por diversas recaídas, com destaque para a contracção de uma anemia e de um vírus hospitalar), daí que associe a palavra “*Morte*” quando relembra essa hospitalização:

“A primeira vez que soube, morte... (...) Porque da maneira que eu estava (hesitante)... Eu estava a um passo dela...”

A palavra “*Vida*” foi utilizada por esta mulher para elucidar a sua disposição actual em relação à seropositividade – conquanto a palavra “*Vida*” se incluía no “*modelo da doença benéfica*” (Laplantine 1992), a atitude de Marta face ao contágio pelo VIH é conforme ao conceito de “*doença-resistência*”, que integra o “*modelo da*

doença maléfica” –, por contraposição ao suplício que viveu durante o internamento de oito meses, no ano de 2000:

“E da maneira que eu estou, eu estou cheia de força... Portanto, morte e vida... Acho que é a associação que eu posso fazer...”

Quanto a Andreia, proferiu as palavras “*Medo*” e “*Sofrimento*”. A palavra “*Medo*” exprime a angústia desta empregada de limpeza relativamente a um suposto desenvolvimento da sua doença para a fase de Sida declarada, na qual “*todos os parâmetros imunitários*” (Montagnier, 1994, p.106) são destruídos e a morte pode suceder, quer por acção de uma “*recidiva de uma infecção, de um cancro, de uma encefalotapia ou ainda por caquexia*” (Idem, p.107):

“Medo... Sei lá? Por sentir (hesitante)... Por saber que a gente vai morrer... Tenho muito medo da morte...”

O uso da palavra “*Sofrimento*” está entrosado com o da palavra “*Medo*”, sendo que o recurso de Andreia ao primeiro termo remete, igualmente, para uma hipotética evolução da sua doença para a fase de Sida declarada. Quando citou a palavra “*Sofrimento*”, esta mulher quis designar o temor à moléstia somática que tem lugar na fase de Sida declarada, designadamente o atrofio das fibras musculares (Idem):

“Sofrimento... Medo do futuro, sabendo que vou sofrer... Sofrer... Sofrer fisicamente, não é?... Dores musculares que vai dar no futuro... (referindo-se à fonte a partir da qual tomou conhecimento do processo de atrofio muscular que assoma na fase de Sida declarada) Eu tenho um livro que trata da Sida... Foi um grande jornalista que conta o que é ser seropositivo...”

Possivelmente, o pavor que Andreia tem à fase terminal da doença prende-se com a experiência do internamento de quinze dias no H.J.U., em Abril de 2004. O contacto directo que teve com pacientes com Sida declarada daquela instituição hospitalar ao longo do internamento deixou esta mulher perturbada.

Já Paulo, o antigo cortador de materiais de cozinha, solucionou o exercício que lhe foi proposto com as palavras “*Pesadelo*”, embebida num tom claramente alegórico,

e “*Aflição*”. Ambas as palavras foram empregues por este indivíduo para traduzir duas situações, a primeira, o embaraço que o contágio pelo VIH originou em termos do seu projecto de trajecto (em particular, nas esferas laboral e económica), a segunda, o facto desta patologia não ter ainda uma cura definitiva. Eis a explanação de Paulo para o uso da palavra “*Pesadelo*”:

“(pensativo) Pesadelo... Porque não posso trabalhar agora em nenhuma firma, porque eles mandam-me fazer exames médicos e está tudo estragado... Por isso, é um pesadelo... E por outro lado, tenho isto (referindo-se ao VIH/Sida) e vai ser para toda a vida...”

Repare-se, de seguida, na sua justificação para a menção da palavra “*Aflição*”:

“Aflição... Aflição... Porquê? Porque podia ter o meu trabalhinho, podia ter o meu dinheirinho, podia ter a minha casinha... Não quer dizer que eu não tenha a minha casinha, mas, ando sempre a precisar das pessoas... Por acaso, tenho essa Dra. Paula e essa Dra. Sara, que é da Cáritas, que são duas assistentes sociais que são um espectáculo... Porque senão, não sei o que é que seria da minha vida...”

No que diz respeito à segunda situação que o antigo cortador de materiais de cozinha quis salientar, o facto da infecção pelo VIH não dispor ainda de uma cura definitiva, o alvitre de Castro e Lecour é conclusivo: “*Não há perspectivas, a curto ou médio prazo, de obtenção de um tratamento que erradique a infecção e, apesar de múltiplos esforços, não está nem estará disponível nos próximos anos uma vacina*” (Castro e Lecour, 2006, p.13). No entanto, os mesmos autores frisam que a infecção pelo VIH constitui, no momento actual, uma doença de índole crónica, isto caso os “*doentes cumpram com regularidade a terapêutica prescrita e sigam as normas que lhes são indicadas*” (Idem, p.12).

Sublinhe-se, ainda, que algumas infecções oportunistas que irrompem na fase de Sida declarada, entre elas a toxoplasmose, a pneumonia por *Pneumocystis Carinii* e a infecção por micobactéria, têm tratamento eficaz (Montagnier, 1994).

Por último, Liliana, a antiga empregada de limpeza e actual paciente do H.J.U., à semelhança de Andreia, enunciou as palavras “*Sufrimento*” e “*Medo*”. Esta mulher

serviu-se da palavra “*Sofrimento*” para elucidar o sentimento de mal-estar que o contágio pelo VIH infundiu na sua vida:

“Sofrimento, medo... Porque a Sida só me trouxe sofrimento... Nós não somos as mesmas pessoas... Já não sou a mesma que era, que eu era uma pessoa muito alegre... Agora, já não sou tanto...”

Com a utilização da palavra “*Medo*”, Liliana referia-se à apreensão face a um hipotético desenvolvimento da sua patologia para a fase de Sida declarada:

“Estamos sempre com medo de que aconteça alguma coisa... A gente tem sempre medo, não é?...”

Efectivamente, conforme se pôde observar na sua história de vida, a antiga empregada de limpeza declarou não temer a morte, mas, mostrou-se sobressaltada em relação à possibilidade de se tornar doente de Sida na posteridade e vir a sofrer com essa eventualidade.

Recapitulando, os resultados obtidos a partir do exercício de associação livre de palavras demonstram que as representações sociais dos indivíduos entrevistados sobre o VIH/Sida são predominantemente negativas, pelo que tendem a conceber a doença como uma entidade perniciosa e indesejável, tal como vem consignado no “*modelo da doença maléfica*” (Laplantine, 1992). Inclusive Fábio, o jovem brasileiro, que tem uma postura perante o contágio pelo VIH que se aproxima do conceito de “*doença como condição de uma transcendência de si mesmo*” (Idem), que respeita ao “*modelo da doença benéfica*” (Idem), fez uso da palavra “*Expição*” para retratar a sua experimentação da seropositividade, atribuindo-lhe uma significação negativa.

Com efeito, conquanto o VIH/Sida tenha avocado o estatuto de doença crónica, desde o ano de 1996, e os seropositivos em tratamento possam ter uma esperança média de vida igual à de uma pessoa “*saudável*” e manter-se activos em meio laboral, os indivíduos entrevistados, excluindo Fábio, percebem a sua doença como um “*mal absoluto*” (Idem), que foi abreviado em expressões como “*Maldição*”, “*Derrota*”, “*Expição*”, “*Morte*”, “*Medo*”, “*Sofrimento*”, “*Pesadelo*” e “*Aflição*”.

O facto desta doença não ter uma cura definitiva, assim como o facto de agregar características de “*estigma*” (Goffman, 1988; Bastos, 2002; Giddens, 2002), dada sua

natureza infecciosa, certamente que influencia o processo de categorização de “si” enquanto seropositivo dos indivíduos entrevistados.

Vejam-se que Eduardo e Fábio, por exemplo, empregaram os termos “*Maldição*” e “*Expição*” no exercício de associação livre de palavras, indo de encontro às ideias de punição e perversão que moldavam o estereótipo atribuído ao doente de Sida no princípio dos anos 80 do século XX (Bastos, 2002).

Andreia e Liliana, por seu lado, tornaram evidente que as suas experiências como portadoras do VIH, mesmo apresentando ambas, de momento, cargas virais negativas, pressupõem um sentimento de apreensão constante relativamente à transição da patologia da fase assintomática para a fase de Sida declarada. Tal facto pode indicar, por um lado, dificuldades de adaptação emocional à doença, ou, por outro, algum desacerto na compreensão da índole crónica da infecção pelo VIH.

Por fim, o **Quadro 3**, que se apresenta de seguida, oferece à vista algumas características gerais consideradas relevantes dos seis indivíduos seropositivos entrevistados.

Quadro 3: Características gerais dos indivíduos seropositivos entrevistados

Nome do Entrevistado	Data de nascimento	Ano de diagnóstico do VIH	Via de contágio
Eduardo	28/12/1978	2000	Sexual (*)
Fábio	19/07/1985	2006	Sexual (*)
Marta	08/09/1967	2000	Sexual (**)
Andreia	02/09/1975	2004	Sexual (**)
Paulo	13/06/1970	1993	Sanguínea ou Sexual (***)
Liliana	07/08/1962	1995	Sanguínea (****)

(*) relações homossexuais desprotegidas;

(**) relações heterossexuais desprotegidas;

(***) partilha de agulhas de seringas ou relações heterossexuais desprotegidas;

(****) partilha de agulhas de seringas.

Capítulo VIII – Conclusão

Desenvolver um trabalho de investigação centrado na problemática da seropositividade foi uma experiência cativante e, ao mesmo tempo, trabalhosa. A concretização da presente investigação requereu perseverança, diligência e rigor na execução de todos os procedimentos da pesquisa de terreno, assim como imparcialidade no momento em que fui chamado a interpretar os relatos de vida dos indivíduos seropositivos que tive a oportunidade de entrevistar. De facto, como argumenta Robert Atkinson, o investigador social que pretende analisar relatos de vida *“não forma juízos, antes estabelece conexões”* (Atkinson, 1998, p.69).

O maior obstáculo que se sobrepôs a esta investigação foi, sem dúvida, o atraso de quase três meses da Comissão de Ética do H.J.U. para dar o seu parecer sobre o pedido de autorização para a realização da pesquisa. Efectivamente, três meses de demora quando se está a levar a cabo um trabalho de investigação em que há um prazo de entrega a cumprir, é muito tempo perdido em vão.

Do lado da instituição Abraço/Delegação Norte, a tomada de decisão sobre o meu pedido de autorização para a execução de uma investigação foi extremamente rápida.

Os seis indivíduos seropositivos que foram entrevistados revelaram-se, de um modo geral, pessoas muito acessíveis e simpáticas, falando, sem rodeios, sobre a sua doença e o mal-estar que esta causou nas suas vidas. Segundo Daniel Bertaux (2005), a qualidade de uma entrevista biográfica depende não apenas da capacidade e nível de preparação do entrevistador, mas também da aptidão comunicativa do entrevistado. Com efeito, os seis indivíduos seropositivos que me concederam entrevistas biográficas foram bons interlocutores, facilitando o meu papel enquanto entrevistador.

Quanto aos adiamentos de marcações para a gravação de sessões biográficas que foram referidos no Capítulo III, trataram-se das contingências inerentes a qualquer pesquisa de terreno. Ressalve-se que um adiamento foi motivado por debilitação física (o caso de Marta), outro por motivos laborais (o caso de Eduardo) e outro pelo cumprimento de formalidades no Centro Distrital da Segurança Social do Porto (o caso de Andreia).

Relativamente às implicações que a notificação do contágio pelo VIH ocasionou na vida dos indivíduos entrevistados, em específico nas suas práticas culturais, os resultados obtidos nesta investigação apresentaram alguma diversidade.

Marta, Liliana e Paulo alegaram que a seropositividade causou uma alteração expressiva das suas práticas culturais, designadamente a diminuição drástica da frequência do “*espaço público*” (Lopes, 2000) e do “*espaço semi-público*” (Idem). No caso particular de Marta, é de notar que teve lugar uma intensificação das “*práticas domésticas receptivas*” (Idem), em especial a leitura. No caso de Paulo, a tendência para a redução da frequência do “*espaço público*” foi mais notória a partir do internamento no H.J.U., no ano de 2000, com uma pneumonia por *Pneumocystis carinii*, enquanto que no caso de Liliana foi mais evidente desde que iniciou o namoro com o seu actual companheiro, no ano de 2005.

Marta e Paulo citaram, ainda, algumas mudanças despoletadas pelo contágio pelo VIH em termos das suas rotinas diárias. Marta deu relevo ao maior zelo em determinadas tarefas domésticas, como o uso de luvas na cozinha e a troca da tábua de cozinha sempre que se corta. Por seu turno, Paulo salientou o cuidado permanente com o resguardo dos seus produtos de higiene pessoal (com destaque para as lâminas de barbear, a escova e a pasta dentífrica) no quarto que ocupava em casa da mãe, entre os anos de 1996 e de 2000, no intento de assegurar que estariam fora do alcance dos irmãos e dos sobrinhos.

Já Eduardo, Fábio e Andreia defenderam a ideia de que o contágio pelo VIH suscitou mudanças ligeiras nas suas práticas culturais. Considerando o caso de Eduardo, este ajudante familiar enfatizou que a única alteração que registou a este nível foi a perda de capacidade para hábitos noctívagos, depois de ter sofrido a anemia, em meados de 2005. Essencialmente, esta alteração mencionada por Eduardo é tradutora da ruptura que imprimiu no seu estilo de vida a partir de Fevereiro de 2006, abdicando em definitivo, do “*trabalho sexual*” (Oliveira, 2004). No encalço de Eduardo, Fábio, o jovem brasileiro, frisou que a única mudança que se verificou nas suas práticas culturais após a notificação da seropositividade foi o abrandamento das “*práticas expressivas semi-públicas*” (Lopes, 2000) de índole nocturna, em específico, bares e discotecas. Andreia, por último, ressaltou pequenas mudanças como os cuidados alimentares acrescidos, asseverando que continuou a privilegiar a vida doméstica depois da tomada de conhecimento da infecção pelo VIH, em detrimento das práticas culturais de cariz “*público*” e “*semi-público*” (Idem).

No que toca às implicações geradas pela notificação da seropositividade em termos das sociabilidades dos indivíduos que participaram nesta investigação, os seus relatos revelaram, de novo, uma certa ambivalência.

Num pólo, Marta, Paulo e Liliana abonaram que o contágio pelo VIH enfraqueceu os seus laços sociais. Marta foi a única entrevistada que afirmou que a seropositividade perturbou as suas sociabilidades desde o primeiro momento. Com efeito, esta mulher, logo que tomou conhecimento da sua infecção, no ano de 2000, decidiu afastar-se do grupo de amigos, fazendo sempre segredo da seropositividade. A actual utente da Abraço/Delegação Norte optou por distanciar-se do seu grupo de amigos impelida pela necessidade de ter mais tranquilidade. Marta declarou que, hoje em dia, só tem uma amiga, a irmã do seu companheiro.

Nos casos de Paulo e Liliana, a debilitação dos laços sociais ocorreu já muito tempo depois da notificação do contágio pelo VIH. Na fase inicial de “*experimentação da seropositividade*” (Caldeira, 1995), tanto Paulo, como Liliana, resolveram fazer sigilo da contaminação pelo VIH junto dos respectivos grupos de amigos.

Com Paulo, o acontecimento que desencadeou o distanciamento face ao seu grupo de amigos, por vontade própria, foi o internamento no H.J.U. com uma pneumonia por *Pneumocystis carinii*, no ano de 2000. Apesar de ter perdido o contacto, progressivamente, com os seus camaradas do Bairro do Vilar, este indivíduo fez duas novas amizades no C.T.C. do H.J.U..

Quanto a Liliana, a ruptura com o seu grupo de amigos, também por determinação pessoal, ganhou formas de real a partir do ano de 2005, altura em que se juntou ao seu actual companheiro. No momento presente, esta mulher considera ter somente uma amiga, uma antiga paciente do H.J.U..

Como se pôde constatar, para Paulo e Liliana, a importância do C.T.C. do H.J.U., enquanto espaço de sociabilidade, é patente.

No seguimento, Eduardo, Fábio e Andreia ajuizaram que a seropositividade não provocou mudanças ao nível das suas sociabilidades.

No caso de Eduardo, o móbil para o corte nas relações com os seus amigos de Palmaz, freguesia onde nasceu e cresceu, foi a orientação sexual. De facto, a partir do momento em que tomaram conhecimento da sua homossexualidade, os amigos de infância e da adolescência afastaram-se de si. Presentemente, o círculo de amigos de Eduardo é muito reduzido, por opção própria. Este ajudante familiar só divulgou o seu contágio pelo VIH a dois amigos homossexuais da cidade de Lisboa (estes dois amigos reagiram bem à notícia). As amizades mais sólidas que Eduardo tem na actualidade são com uma proprietária de um café portuense (esta pessoa não tem conhecimento da sua seropositividade) e com uma funcionária do Espaço Pessoa.

Por sua vez, Fábio revelou o seu contágio pelo VIH a dois amigos brasileiros que vivem na cidade do Porto, a um amigo seropositivo residente no Rio de Janeiro, e num período mais recente, a cerca de seis pessoas que conheceu no Centro Espírita que frequenta na cidade do Porto. De um modo genérico, estas pessoas evidenciaram uma reacção positiva à sua confiança. Principalmente os dois amigos brasileiros que vivem na cidade do Porto (trata-se do indivíduo brasileiro que o levou ao CAD do Porto e a melhor amiga deste) têm-se revelado incansáveis na prestação de apoio a Fábio para lidar com a seropositividade a partir do momento que tomou conhecimento do contágio pelo VIH.

Tendo em deferência o caso de Andreia, o grupo de amigas desta mulher é formado somente por duas pessoas, uma colega de trabalho do NorteShopping e uma ex-colega de trabalho no Centro Comercial Via Catarina. Andreia divulgou a seropositividade às duas amigas, que aceitaram bem a sua doença desde o primeiro instante.

No domínio das implicações nas relações familiares, a ilação geral deste estudo é a de que a revelação da seropositividade, pelo próprio indivíduo portador do VIH ou por outrem, causa um abalo na dinâmica intra-familiar num primeiro momento, a que se justapõe, num momento posterior, o sentimento de aceitação da doença. Esta conclusão coaduna-se com a tese de Flakerud e Miller (Flakerud e Miller, 1999, cit. in Marrucho, 2001) que enfatiza que as reacções emocionais que os indivíduos seropositivos experimentam são vividas, em proporção idêntica, pelas famílias.

Andreia foi a única entrevistada que tomou a iniciativa de divulgar, ela própria, a seropositividade aos familiares em primeiro grau. Todavia, a irmã a quem transmitiu a notícia do contágio pelo VIH em primeiro lugar resolveu difundir a novidade às outras duas irmãs e ao irmão mais velho, sem a sua autorização prévia, facto que a deixou descontente. No período que se seguiu à revelação do contágio pelo VIH, as três irmãs de Andreia, baseadas em pré-noções, sustentaram o argumento de que esta deveria lavar a loiça com lixívia e separar a sua roupa da roupa da mãe e da filha. Após os primeiros diálogos das três irmãs desta empregada de limpeza com o seu médico assistente no H.G.S.A., as relações intra-familiares serenaram. Sublinhe-se, ainda, que Andreia não tem a intenção de revelar a sua seropositividade à mãe e proibiu as irmãs de o fazerem. Com efeito, esta mulher considerou que a sua mãe tem um nível cultural muito baixo para entender a natureza e implicações do VIH/Sida, para além de querer evitar o seu sofrimento.

No caso de Liliana, a sua irmã mais velha tomou conhecimento da contaminação pelo VIH através de uma profissional de saúde do Hospital Santos Silva. Esta profissional de saúde assistiu Liliana no parto do filho, em Agosto de 1995, e era cunhada da sua irmã mais velha. Conquanto a diligência da antiga empregada de limpeza no sentido da dita profissional de saúde fazer sigilo da questão da seropositividade junto da irmã mais velha, aquela deliberou contrariar o seu pedido. A irmã informou os outros irmãos do contágio de Liliana, sem o consentimento da última, ainda durante o mês de Agosto de 1995. A princípio, a notícia do contágio pelo VIH despertou um sentimento de tristeza nos irmãos de Liliana. Com o tempo, aceitaram a doença da irmã e deram-lhe apoio relativamente ao contágio pelo VIH. O pai de Liliana só tomou conhecimento da sua seropositividade em 2003. A notícia foi-lhe transmitida pelas irmãs da antiga empregada de limpeza. De igual modo, a reacção inicial do pai foi negativa, embora, subsequentemente, se tivesse conformado com a doença da filha.

No que toca ao caso de Eduardo, os seus pais ficaram a saber do contágio pelo VIH em razão da anemia que sofreu em meados de 2005. Durante o internamento, os profissionais de saúde que o assistiram constrangeram-no a facultar o contacto telefónico dos pais. Tanto para a mãe como para o pai, a notícia da seropositividade foi um grande choque. No entanto, a mãe conformou-se com a doença do filho passado algum tempo. O pai nunca aceitou a seropositividade de Eduardo. A atitude evidenciada pelo pai deste ajudante familiar está em consonância com os sentimentos de frustração ou culpa deslindados por Marrucho (2001), enquanto reacções habituais dos familiares face ao indivíduo seropositivo. As irmãs de Eduardo manifestaram uma reacção idêntica à da mãe, ou seja, choque no momento de recepção da notícia e aceitação da doença do irmão posteriormente.

Paulo, o actual paciente do H.J.U., foi inábil para tomar a iniciativa de revelar, ele próprio, a seropositividade aos seus familiares, sem saber ao certo, como fez questão de sublinhar, se foi por um motivo de pudor ou se foi por um motivo de orgulho. Nesta congruência, solicitou a sua médica de família para comunicar a notícia do contágio pelo VIH à sua mãe. No momento em que recebeu a novidade, a mãe de Paulo ficou abatida. Seguidamente, aceitou a doença do filho. Paulo teve, ainda, que pedir à mãe para divulgar a questão da seropositividade aos familiares mais próximos. Estes últimos reagiram negativamente à notícia, de início, à semelhança da mãe, mas acabaram por tolerar o seu contágio. Mesmo assim, o actual paciente do H.J.U. salientou que os seus familiares mais próximos denotam, ainda hoje em dia, o receio infundado de

transmissão do VIH pela saliva, através do uso de talheres, quando estão na sua presença.

Na continuação, é de frisar que nos casos de Andreia, Eduardo e Paulo, no momento presente, os laços familiares são pouco coesos. Atendendo aos relatos de Andreia, as suas relações familiares, com excepção da mãe, já eram frágeis antes da notificação da seropositividade. Eduardo, por seu turno, qualificou a relação actual com a família como “*oscilante*”, embora reconheça a preocupação da mãe com a sua doença. Paulo alegou que conquanto se sinta acarinhado pelos irmãos, o contacto com estes é muito esporádico. Além disso, no juízo de Paulo, os seus irmãos não lhe têm prestado apoio adequado relativamente à seropositividade desde que tomaram conhecimento da situação.

Cabe, em último lugar, atentar nos casos de Marta e Fábio, os dois entrevistados cujas respectivas famílias não têm conhecimento da contaminação pelo VIH. Marta argumentou que ocultou a sua doença dos familiares no sentido de os poupar do sofrimento. As relações familiares desta utente da Abraço/Delegação Norte permanecem harmoniosas até aos dias de hoje. Tal como Marta, Fábio fez segredo da seropositividade junto dos seus familiares com a intenção de os eximir a um choque emocional. É conveniente destacar que o jovem brasileiro, desde que tomou conhecimento da contaminação pelo VIH, no mês de Dezembro de 2006, na cidade do Porto, ainda não esteve numa situação de face-a-face com os familiares, visto que estes residem no Rio de Janeiro.

Na esfera das implicações nas relações afectivas, os relatos dos entrevistados evidenciaram, mais uma vez, variedade. Ora, Paulo, Eduardo, Andreia e Marta arguíram que a seropositividade, até ao momento presente, não foi um elemento perturbador das suas relações afectivas.

Paulo, após ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH, no ano de 1993, teve sempre a preocupação de revelar antecipadamente a questão da seropositividade às mulheres com quem assumiu compromissos amorosos, garantindo que esse facto nunca afectou tais relações. Contudo, este paciente do H.J.U. considerou que caso venha a separar-se da sua actual companheira (também é seropositiva e paciente do H.J.U.) no futuro, a seropositividade representa uma grave obstrução à consecução de novo compromisso afectivo.

No caso de Eduardo, este ajudante familiar fez segredo da seropositividade durante o segundo namoro (Eduardo tomou conhecimento do contágio pelo VIH em

Agosto de 2000, depois de ter terminado o primeiro namoro), receoso, por um lado, da reacção do companheiro em relação à sua doença, e, igualmente, porque não depositava confiança no futuro da união. Neste sentido, o segundo namoro de Eduardo não foi abalado pelo contágio pelo VIH. No que concerne ao seu terceiro namoro (trata-se do seu namoro actual), o ajudante familiar revelou a seropositividade ao companheiro, e vice-versa, já com a relação iniciada. O par permanece junto até à actualidade.

Prosseguindo, no caso de Andreia, o seu actual namorado foi a fonte da contaminação pelo VIH. Se bem que tenha evitado dialogar com o namorado durante mais de três meses após a notificação da seropositividade, a empregada de limpeza reatou o relacionamento amoroso. Este casal mantém uma relação estável, hoje em dia.

Quanto a Marta, iniciou a relação com o seu actual companheiro três anos antes de ter tomado conhecimento da seropositividade (recordando, a fonte da sua contaminação foi o ex-namorado heroinómano). Quando transmitiu a notícia da seropositividade ao actual companheiro, este teve uma reacção complacente, pelo que não levantou qualquer impedimento à continuação da relação. Apesar de tudo, esta mulher declarou que se tivesse tomado conhecimento da contaminação pelo VIH antes de conhecer o seu actual companheiro, nunca mais teria assumido um relacionamento amoroso.

Para terminar, Fábio e Liliana asseveraram que a dimensão afectiva das suas vidas foi especialmente perturbada pela seropositividade. Fábio frisou que após a notificação do contágio pelo VIH se sentiu mais retraído para se envolver afectivamente. Na realidade, o jovem brasileiro está consciente de que, mesmo estando na fase assintomática do contágio pode transmitir o VIH através de uma relação sexual desprotegida e, não obstante, teme uma reacção negativa por parte de um indivíduo com quem possa vir a envolver-se quando se vir constrangido a revelar-lhe a seropositividade. Desde o fim do namoro de um mês com o indivíduo português, que coincidiu, sensivelmente, com a data da notificação do contágio pelo VIH (Dezembro de 2006), Fábio não substanciou qualquer relacionamento afectivo.

De uma forma análoga a Fábio, Liliana também salientou que se sentiu mais acanhada para se envolver afectivamente após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, no ano de 1995. No seu caso pessoal, só voltou a namorar dez anos depois da notificação da contaminação com um paciente do C.T.C. do H.J.U.. Na medida em que Liliana e o seu namorado tinham conhecimento prévio da doença de que ambos padecem, esta mulher teve mais facilidade em assumir o compromisso afectivo.

No que diz respeito às implicações nas relações laborais, inferiu-se que, regra geral, os entrevistados optaram por fazer segredo da seropositividade no contexto laboral, para preservarem a qualidade das relações profissionais.

Repare-se, no entanto, que Andreia informou a sua chefe de trabalho do contágio pelo VIH e fez o mesmo com a colega que é também sua amiga pessoal. Tanto a chefe de trabalho, como a colega, reagiram de forma compassiva à revelação desta empregada de limpeza.

A chefe de trabalho actual de Eduardo também tem conhecimento da sua infecção, tendo deduzido essa situação a partir das dispensas que o último lhe pediu para se deslocar ao H.J.U. (Eduardo nunca tomou a iniciativa de inteirar a actual chefe de trabalho sobre a questão da seropositividade, nem lhe confirmou a sua doença). Até ao momento presente, esta mulher não lhe obstruiu o exercício da profissão. Frise-se, igualmente, que este ajudante familiar revelou a sua seropositividade ao antigo patrão da empresa de pastelarias da cidade de Lisboa. Tal como a sua chefe de trabalho actual, o antigo patrão da empresa de pastelarias nunca o discriminou em razão da seropositividade, permitindo que Eduardo exercesse a sua profissão. Em relação aos actuais e aos ex-colegas de trabalho, o indivíduo natural de Palmaz fez sigilo do contágio pelo VIH.

No caso de Marta, é fundamental referir que, depois da notificação do contágio pelo VIH, abriu uma loja de computadores com o companheiro, que tinha conhecimento prévio da sua seropositividade.

No caso de Paulo, o efeito nocivo do contágio pelo VIH na esfera laboral tornou-se mais evidente após ter sofrido a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, no ano de 2000. Seguindo o conselho da sua médica assistente no H.J.U., Paulo aposentou-se, dado que estava na iminência de outra recaída motivada pela seropositividade. Este indivíduo teve sempre em aberto a possibilidade de regressar à empresa Faísca (entidade onde desempenhou a sua última ocupação laboral como cortador de materiais de cozinha) e integrar o quadro de recursos humanos, mas, suspeitando que seria alvo de discriminação por força do contágio pelo VIH, nunca apostou no retorno.

Passando para o domínio das implicações na vida sexual, a conclusão geral desta investigação é a de que os entrevistados, na sua maioria, tenderam a manter o ritmo de actividade sexual que evidenciavam antes da notificação do contágio pelo VIH.

Fábio e Liliana, até ao momento em que se juntou ao seu actual namorado, foram as únicas excepções. Em concreto, o jovem brasileiro afirmou que o seu ritmo de

actividade sexual decaiu de uma cópula semanal para uma cópula mensal ou bimestral depois da notificação da seropositividade.

No caso de Liliana, após a notificação do contágio pelo VIH, viu o seu ritmo de quatro relações sexuais semanais diminuir de forma abrupta, pelo que passou a substanciar trocas sexuais muito esporadicamente. Desde que se juntou ao seu actual companheiro, em 2005, dez anos depois de ter tomado conhecimento do contágio pelo VIH, Liliana recobrou o ritmo de quatro relações sexuais semanais.

Entre os entrevistados que mantiveram o ritmo de actividade sexual evidenciado antes da notificação da seropositividade, os homens (Paulo, que tem uma orientação heterossexual, e Eduardo, que tem uma orientação homossexual) propendem a concretizar mais cópulas por semana do que as mulheres (Marta, Andreia e Liliana). De facto, tanto Paulo, como Eduardo, levam a efeito um mínimo de sete relações sexuais semanais, sendo que o último, ocasionalmente, até chega a ultrapassar esse número. No pólo das mulheres, Andreia apresentou o ritmo de actividade sexual mais baixo, com três relações por semana. Já Marta e Liliana, substanciam quatro relações sexuais semanais.

Paulo (que tem uma companheira seropositiva e paciente do H.J.U.), Liliana (que tem um companheiro seropositivo e também paciente do H.J.U.) e Andreia (que tem um companheiro seropositivo), no âmbito dos seus relacionamentos amorosos, abdicam do uso do preservativo nas trocas sexuais com os respectivos parceiros, privilegiando a pílula feminina como método anticoncepcional. Paulo argumentou que o preservativo é um artefacto que lhe obsta o prazer sexual. Liliana, por sua vez, sustentou a ideia de que já estava acostumada com o uso da pílula feminina. No que toca a Andreia, declarou que descura do uso do preservativo porque entende que a situação de seropositividade é irreversível.

Atendendo ao caso de Eduardo, este ajudante familiar utiliza preservativo nas relações sexuais com o seu companheiro, excluindo a prática da felação no decorrer dos preliminares, um comportamento de risco moderado (Glasel in Jr. et al., 1991). No caso de Marta, após a notificação do contágio pelo VIH, esta mulher e o seu companheiro, que não é seropositivo, passaram a utilizar o preservativo nas trocas sexuais. Desde Novembro de 2000 que o companheiro de Marta realiza testes de despiste do VIH semestralmente, apresentando sempre resultados negativos até ao momento presente. Fábio, por último, utilizou o preservativo (inclusive na prática da felação, tanto insertiva, como receptiva) em todas as trocas sexuais que levou a efeito após a

notificação do contágio pelo VIH, conquanto não tivesse informado previamente qualquer parceiro sobre a seropositividade.

Tendo em consideração as implicações na vida religiosa, os resultados que se obtiveram a partir dos discursos dos seis entrevistados pautaram-se, novamente, pela diversidade.

De um lado, Fábio, Marta e Liliana asseveraram que depois da notificação do contágio pelo VIH se apegaram mais à religião.

Fábio reza diariamente em casa cerca de 10 minutos e marca presença todas as Sextas-Feiras num Centro Espírita da cidade do Porto. Além disso, associou-se a outra corrente de Espiritismo que pratica a cada quinze dias. Apesar de tudo, o jovem brasileiro refutou a hipótese de ter adoptado um modo de vida “*ascético*” (Weber, 1944).

Marta, depois de ter tomado conhecimento da seropositividade, no ano de 2000, iniciou o ritual de colocar velas acesas diariamente em casa, para, citando-a, “*não deixar apagar a chama da vida*”. Conquanto reze todos os dias a Nossa Senhora de Fátima, a actual utente da Abraço/Delegação Norte só frequenta a Igreja de quando em quando. Em similitude com Fábio, Marta objectou a ideia de adopção de um modo de vida “*ascético*” (Idem).

No caso de Liliana, esta mulher considerou que houve uma ligeira intensificação da sua vida espiritual após a notificação da seropositividade. A actual paciente do H.J.U. declarou ter muita fé em Deus, pelo que solicita a sua ajuda diariamente. Todavia, esta mulher não participa nas cerimónias da liturgia católica. Obviamente, Liliana não seguiu um modo de vida pautado pela atitude “*ascética*” (Idem).

Já Paulo, referiu que a seropositividade não imprimiu qualquer alteração na sua vida religiosa. O actual paciente do H.J.U. limitou-se, com efeito, a conservar o hábito de rezar antes de se deitar que patenteava desde a infância. Paulo manifestou ainda a vontade de começar a frequentar a Igreja no futuro, em conjunto com a sua companheira.

No que concerne a Andreia e a Eduardo, mantiveram um nível de prática religiosa baixo após a tomada de conhecimento da contaminação pelo VIH e enfatizaram que a fé não constitui um factor de relevo para lidarem com a doença.

Estabelecendo um breve confronto entre os resultados obtidos nesta investigação, cuja média de idade dos seis elementos que formam a amostra é de 35 anos, e os resultados do estudo desenvolvido por Janice E. Nichols et al. (2002), grupo

de investigadores norte-americanos que entrevistou cento e setenta e dois indivíduos seropositivos com 45 e mais anos de idade (e tendo sempre presente a discrepância entre as dimensões das amostras dos dois estudos), a grande diferença situou-se no domínio das implicações do contágio pelo VIH na vida sexual. Se no estudo de Janice E. Nichols et al. a maior parte dos entrevistados reduziu consideravelmente ou cessou a sua actividade sexual após a notificação do contágio pelo VIH, nesta investigação, o grosso dos entrevistados manteve o ritmo de actividade sexual. Eventualmente, esta disparidade de resultados poderá ser explicada não apenas pela dimensão das duas amostras, mas também pelo factor etário (no caso da amostra do estudo de Janice E. Nichols et al., que apresenta uma média de idade mais alta, a produção de testosterona, nos homens, e de estrogéneos, nas mulheres, será menor) e, inclusive, pelo estado civil (enquanto que cinco elementos da amostra do presente estudo vivem em coabitação, na amostra do estudo de Janice E. Nichols et al., cento e três vivem sós).

Por outro lado, no estudo do grupo de investigadores norte-americanos, a maioria dos entrevistados mencionou que a seropositividade afectou profundamente as suas relações interpessoais e a sua participação na vida social e cívica, ao passo que, neste estudo, metade ou mais de metade dos entrevistados refutou tal impacto em termos das suas sociabilidades, vida afectiva e práticas culturais.

Outra diferença significativa entre a presente investigação e o estudo de Janice E. Nichols et al. verificou-se na dimensão do sentido do “*self*”. A maioria dos entrevistados do grupo de investigadores norte-americanos enfatizou que a seropositividade suscitou uma perda da auto-estima e um sentimento de diminuição social. Inversamente, nesta investigação apenas Paulo e Andreia apresentaram relatos idênticos aos dos entrevistados de Janice E. Nichols et al.. De facto, Paulo qualificou a seropositividade como uma experiência sobremaneira amarga, em estrita articulação com os conceitos de “*doença-abjecção*” e “*doença-humilhação*” (Laplantine, 1992), enquanto que Andreia deixou claro que o contágio pelo VIH despoletou uma perda da vaidade pessoal.

Centrando a atenção, de seguida, no modo como os seis entrevistados deste estudo administraram a sua vida após a notificação do contágio pelo VIH, é pertinente começar por observar que Eduardo, Paulo e Marta, nas suas trajectórias biográficas, em diferentes períodos cronológicos ou durante o mesmo período, adoptaram, cumulativamente, mais do que uma “*estratégia*” (Certeau, 1990) para lidar com a seropositividade, facto que Paulo Caldeira (1995) já havia constatado.

No caso de Eduardo, no período compreendido entre meados de 2001 e o mês de Fevereiro de 2006, a sua estratégia geral de vida pautou-se pelo “*comportamento desviante*” (Goffman, 1988), em concreto o exercício do “*trabalho sexual*” (Oliveira, 2004) e o desleixo em relação à terapêutica contra o VIH/Sida (hipótese teórica 2). De Fevereiro de 2006 até à actualidade, o modo de vida seguido por este ajudante familiar conciliou, em simultâneo, três estratégias de actuação, a adopção de um “*estilo de vida*” (Lalonde, 1974; Bourdieu, 1979; Giddens, 1994) saudável e o cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida (hipótese teórica 1 – esta, no entanto, só parcialmente –), o “*investimento em novos saberes*” (Caldeira, 1995) – hipótese teórica 3 – e a inclusão efectiva em instituições de apoio a doentes de VIH/Sida e participação activa em campanhas de informação e prevenção afectas à mesma doença (hipótese teórica 5).

Por seu turno, Paulo, entre os anos de 1993 e 2000, também adoptou uma estratégia caracterizada pelo “*comportamento desviante*” (Goffman, 1988), no seu caso, um estilo de vida “*junkie*” e a prática de assaltos, e o desmazelo face à terapêutica anti-retroviral. Desde o internamento no H.J.U., no ano de 2000, até ao momento presente, este indivíduo abraçou um “*estilo de vida*” saudável e cumpriu, ainda que com a lacuna da abdicação do uso do preservativo nas trocas sexuais com a companheira, a terapêutica contra o VIH/Sida (hipótese teórica 1 – também só parcialmente –).

Marta, logo que tomou conhecimento do contágio pelo VIH no ano de 2000, deu fomento a uma estratégia assente num “*estilo de vida saudável*” e no cumprimento rigoroso da terapêutica anti-retroviral (hipótese teórica 1), sendo que a partir de Janeiro de 2008 “*investiu em novos saberes*” (hipótese teórica 3), inclusivamente.

Na prossecução, a hipótese teórica 1 (“*Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia baseada na adopção de um “estilo de vida saudável” e no cumprimento correcto e inexorável da terapêutica contra o VIH/Sida*”) foi confirmada, na íntegra, num caso – Marta –, e parcialmente em cinco casos – Paulo, Eduardo, Andreia, Liliana e Fábio –.

No caso de Fábio, é de salientar que só não confirmou a hipótese teórica 1 na íntegra porque ainda não iniciou a terapêutica anti-retroviral, visto que se contaminou em meados do ano de 2006 e denota uma carga vírica muito baixa. Note-se que o jovem brasileiro recebeu o elogio da médica assistente no H.J.U. pelo seu comportamento enquanto paciente e atitude em relação ao contágio pelo VIH e, sem embargo, faz uso

do preservativo nas trocas sexuais ocasionais que concretiza, inclusive na prática da felação, tanto insertiva, como receptiva.

No que respeita a Paulo, Eduardo, Andreia e Liliana, confirmaram parcialmente a hipótese teórica 1 porque, como se viu, no âmbito dos seus relacionamentos afectivos, se esquivam (Eduardo apenas na prática da felação) ao uso do preservativo nas trocas sexuais.

Sobretudo nos casos de Paulo e Eduardo, o ímpeto da “*líbido do eu ou narcísica*” (Freud, 2001) assume-se como um potencial factor de subversão dos seus regimes terapêuticos, apesar de, até ao momento, manterem, ambos, cargas víricas negativas (é fundamental referir que estes indivíduos podem aceder gratuitamente a preservativos quer no C.T.C. do H.J.U., quer na Abraço/Delegação Norte). De facto, Paulo declarou piamente que o preservativo é um artefacto que lhe inibe o prazer sexual, ideia que Eduardo também partilhou. Quanto a Andreia (mantém, igualmente, uma carga vírica negativa), abonou que o preservativo é um método anticoncepcional mais desconfortável do que a pílula feminina. Em quarto lugar, Liliana (de igual forma, apresenta uma carga vírica negativa) foi constrangida pelos dois primeiros namorados a abdicar do uso do preservativo nas relações sexuais – esta dinâmica foi aflorada por Huber e Schneider (1992) –, familiarizando-se, desde essa época, com a pílula feminina.

Para terminar, é lícito questionar como é que Fábio, na eventualidade de viver em coabitação com um indivíduo seropositivo, e Marta, na eventualidade do seu parceiro ser seropositivo, procederiam (utilização ou abdicação) em relação ao preservativo.

Em termos das prescrições adoptadas pelos seis indivíduos seropositivos entrevistados para darem impulso a um “*estilo de vida*” (Lalonde, 1974; Bourdieu, 1979; Giddens, 1994) saudável após a notificação do contágio pelo VIH (Paulo e Eduardo, no entanto, só num segundo momento), destacam-se os cuidados alimentares (Fábio alegou que começou a fazer todas as refeições do dia; Andreia, Marta e Paulo – este só em parte – salientaram o seguimento de uma dieta assente em grelhados e cozidos; Liliana enfatizou que evita refeições com molhos e procura comer sempre sopas), a prática de exercício físico (Marta e Andreia citaram as caminhadas a pé; Paulo fez menção à realização de flexões e abdominais no espaço doméstico; Fábio e Marta evidenciaram, ainda, o desejo de se inscreverem em ginásios futuramente), a redução do consumo de álcool (Fábio, após a tomada de conhecimento da seropositividade passou a beber cerveja ou vinho de forma moderada, cerca de uma vez por mês; Paulo, depois de

ter sofrido a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, no ano de 2000, passou a consumir um máximo de quatro cervejas sem álcool ocasionalmente; Eduardo, após ter sofrido a anemia, em meados de 2005, reduziu o consumo de álcool para um máximo de dois whiskies com Coca-Cola nas habituais saídas nocturnas quinzenais), a cessação ou redução do consumo de estupefacientes (Paulo, a partir do ano de 2000, cessou, em definitivo, o consumo de drogas, ao passo que Liliana só conseguiu pôr fim à sua experiência como toxicodependente no ano de 2005; Fábio, depois da notificação da seropositividade diminuiu consideravelmente o consumo de “*maconha*”, passando a fumar esta substância uma vez por semestre), a cessação ou redução do consumo de tabaco (no caso de Marta, apesar de ter conseguido estar três anos sem fumar depois da notificação do contágio pelo VIH, com a morte do pai, em 2003, retomou o velho hábito, passando a fumar um maço e meio por dia; na actualidade, seguindo a indicação da sua médica assistente no Hospital Santos Silva, diminuiu a quantidade de tabaco fumada para um maço por dia; em relação a Paulo, este indivíduo não fuma tabaco actualmente), a utilização do preservativo nas trocas sexuais (nos casos de Marta, Fábio e Eduardo – este último, contudo, abdica do preservativo na prática da felação –), a renúncia ao “*trabalho sexual*” (no caso de Eduardo) e um tratamento, ainda não concretizado, contra a Hepatite C (no caso de Liliana).

Relativamente à hipótese teórica 2 (“*Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram um estratégia de vida pautada pelo comportamento desviante e pelo desleixo face à terapêutica contra o VIH/Sida*”), como se disse atrás, foi confirmada nos casos de Paulo, no período cronológico situado entre os anos de 1993 e de 2000, e Eduardo, no período cronológico compreendido entre o ano de 2001 e Fevereiro de 2006.

Paulo adoptou um “*estilo de vida junkie*” desde a sua adolescência e iniciou-se na prática de assaltos em conjunto com os seus amigos do Bairro do Vilar. A partir do momento em que começou a consumir heroína e cocaína pela via intra-venosa, sensivelmente no ano de 1989, o actual paciente do H.J.U. optou por realizar assaltos sozinho, privilegiando os veículos ligeiros. Foi em razão de um assalto a um veículo ligeiro que cumpriu uma pena de três anos de cadeia em Custódias. No ano de 2000, dado o seu estado de degradação somática, em concreto o sistema venoso, e sentindo a iminência da morte, com a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, Paulo abdicou do consumo de drogas e da prática de assaltos, e, simultaneamente, iniciou o tratamento anti-retroviral.

No que concerne a Eduardo, este indivíduo desistiu do tratamento anti-retroviral no ano de 2001 (foi notificado do contágio pelo VIH em Agosto de 2000), na medida em que o seu regime terapêutico era muito complexo. Sem embargo, este ajudante familiar iniciou-se como prostituto no ano de 2004, na sequência da aventura fracassada em Espanha. No ano de 2005, já na cidade de Lisboa, introduziu-se no mundo do transformismo. Após o internamento de cinco meses derivado da contracção de uma anemia, no ano de 2005, e sentindo, também, a iminência da morte, Eduardo optou por adoptar um “*estilo de vida*” sobremodo diferente e retomar o tratamento anti-retroviral.

Em bom rigor, a estratégia de vida pautada pelo “*comportamento desviante*” e pelo desleixo face à terapêutica contra o VIH/Sida, tanto no caso de Paulo, como no caso de Eduardo, sobreveio na fase inicial de experimentação da seropositividade, uma regularidade que Paulo Caldeira (1995) detectou no seu estudo. Porém, deve ser frisado que, no caso de Paulo, esta estratégia de vida foi mantida por um período de sete anos, e no caso de Eduardo, por um período de cinco anos.

A hipótese teórica 3 (“*Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia de vida centrada, essencialmente, no “investimento em novos saberes”*”) foi validada por Eduardo, no período cronológico compreendido entre Dezembro de 2006 e a actualidade, e por Marta, no período cronológico situado entre Janeiro de 2008 e a actualidade.

Eduardo, através da Abraço/Delegação Norte, frequentou um curso profissional de geriatria entre Dezembro de 2006 e Agosto de 2007, que lhe deu equivalência ao 9º Ano de escolaridade. No fim do ano de 2007, este indivíduo matriculou-se num curso profissional na área da acção social, no 10º Ano, em regime nocturno, na Escola António Sérgio, em Vila Nova de Gaia. Eduardo sustentou que a sua aposta na formação é parte integrante da sua estratégia de vida e constitui uma fonte de bem-estar pessoal, embora não lhe permita abstrair-se do problema do VIH.

Por sua vez, Marta, no mês de Janeiro de 2008, começou a frequentar um curso profissional de geriatria, em regime nocturno, no Centro Aprender e Saber, em Vila Nova de Gaia. Para a actual utente da Abraço/Delegação Norte, o investimento no curso de geriatria representa um exame à sua destreza e, em simultâneo, uma estratégia de vida para lidar com a seropositividade (Marta sublinhou que através do curso profissional consegue alhear-se da sua doença).

Quanto à hipótese teórica 4 (“*Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia de vida*”)

assente num modo de actuação moral ascético intra ou extra mundano”), foi infirmada e revelou desadequação face à realidade dos seis indivíduos seropositivos que relataram as suas histórias de vida, em específico o postulado de afastamento das coisas mundanas para concentração absoluta nas obras de salvação (Weber, 1944). Mesmo assim, Fábio, Marta e Liliana alegaram que se apegaram mais à religião após a notificação do contágio pelo VIH. Este facto atesta a importância da religião enquanto fonte de amparo e alento para enfrentar a adversidade, e elemento de regularização da expressão das emoções.

A hipótese teórica 5 (*“Após a tomada de conhecimento do contágio pelo VIH, indivíduos seropositivos da cidade do Porto seguiram uma estratégia de vida centrada na inclusão em instituições de apoio a doentes de VIH/Sida e participação activa em campanhas de informação e prevenção da mesma patologia”*) foi confirmada por Eduardo. Decerto, Eduardo, para além de ter adoptado um estilo de vida saudável, retomado o tratamento anti-retroviral e investido em novos saberes, definiu como estratégia de vida a longo prazo a inclusão na instituição Abraço/Delegação Norte como trabalhador remunerado. Sem embargo, este indivíduo tem-se associado a algumas campanhas de informação e prevenção do VIH/Sida promovidas pela mencionada ONG. Eduardo citou o apoio que recebeu de instituições como a Abraço, a Cais e o Espaço Pessoa, no período de grande privação económica que viveu depois de ter sofrido a anemia, como o factor que o sensibilizou a iniciar o curso na área da Acção Social de modo a poder prestar ajuda a outras pessoas carenciadas. Depois de concluir o curso na área da Acção Social, este indivíduo diligenciará para lograr colocação profissional na instituição Abraço. Frise-se, por último, que com excepção de Paulo, todos os entrevistados participaram em actividades de recreação, reivindicação ou informação e prevenção do VIH/Sida organizadas pela Abraço/Delegação Norte.

Dirigindo a atenção para as representações sociais dos seis indivíduos que me concederam entrevistas biográficas sobre a qualidade da resposta dos serviços e equipamentos públicos de apoio a doentes de VIH/Sida, constatou-se que, até ao momento presente, todos eles estão satisfeitos (Paulo declarou estar *“satisfeitíssimo”*) com o atendimento que têm tido nas organizações hospitalares (o H.J.U., nos casos de Paulo, Eduardo, Fábio e Liliana; o H.G.S.A., no caso de Andreia; o Hospital Santos Silva, no caso de Marta) em que são assistidos.

Contudo, ainda que se sintam satisfeitos em termos de atendimento, todos os entrevistados apontaram falhas a estas instituições de saúde.

O H.J.U. foi alvo de crítica em virtude do bloqueio das salas afectas às actividades lúdicas durante grande parte do tempo em que os pacientes do C.T.C. estão presentes no espaço (lacuna citada por Paulo e Liliana), da degradação e arcaísmo das instalações (lacuna citada por Eduardo), da falta de privacidade nas salas de espera para as consultas de acompanhamento (lacuna citada por Fábio), das falhas transitórias ao nível dos recursos humanos aptos a garantirem o apoio psicológico (segunda lacuna citada por Fábio), da fixação de cartazes destinados a incentivar a realização de testes para detecção de VIH nas paredes dos interiores do bloco de atendimento externo (terceira lacuna citada por Fábio), das demoras verificadas para a concretização do atendimento nos dias de consulta (última lacuna citada por Fábio) e do comportamento cru das empregadas de limpeza do C.T.C. para com os pacientes seropositivos (lacuna citada por Liliana).

O H.G.S.A. mereceu um reparo de Andreia devido ao facto da instituição ter revelado inabilidade para garantir o sigilo da sua identidade a partir do momento em que a sua condição de dadora de sangue mudou para a de paciente seropositiva. De facto, sempre que tem que aguardar na sala de espera da Unidade de Infecçiology do H.G.S.A. para ser atendida pelo médico assistente nas consultas trimestrais, esta empregada de limpeza vive na iminência de um cruzamento com os funcionários que conheceu ao longo dos cinco anos em que doou sangue na instituição.

No que se refere ao Hospital Santos Silva, os profissionais de saúde da Unidade de Doenças Infecciosas foram criticados por Marta porque não põem os pacientes seropositivos ao corrente de todas as inovações ao nível da terapêutica contra o VIH/Sida.

Levando em conta as representações sociais dos seis entrevistados sobre os seus médicos assistentes, verificou-se que todos eles afirmaram ter uma relação cordial com os profissionais de saúde que os acompanham por causa do problema do VIH (Paulo chegou, inclusive, a considerar a sua médica assistente como uma “*mãe*”). De mais a mais, os seis indivíduos que formaram a amostra deste estudo declararam ter plena confiança nos seus médicos assistentes e sentirem-se confortáveis nas consultas que aqueles lhes prestam.

Repare-se, ainda, que, com excepção de Fábio, o jovem brasileiro, todos os entrevistados asseveraram que a qualidade da relação com os seus médicos assistentes constitui um factor determinante para o aumento dos índices de motivação em relação ao tratamento anti-retroviral.

Cingindo-me às representações sociais destes indivíduos sobre a qualidade da resposta de serviços e equipamentos privados sem fins lucrativos de apoio a doentes de VIH/Sida, pôde-se observar que, até à data, aqueles que são (Eduardo, Fábio, Andreia e Marta) ou foram (Liliana) utentes da Abraço/Delegação Norte estão satisfeitos com o atendimento que têm tido nesta instituição da parte dos técnicos do serviço de apoio psico-social e declararam ter relações harmoniosas com estes profissionais. Não obstante, Marta, Andreia, Eduardo e Liliana consideraram que o apoio que receberam da supracitada ONG permitiu a melhoria da sua qualidade de vida (Marta especificou mencionando que o facto de se ter tornado utente da instituição a auxiliou a ultrapassar a crise emocional que viveu em razão da situação de desemprego de longa-duração; Andreia referiu, igualmente, que o apoio proporcionado pela instituição lhe trouxe maior equilíbrio emocional).

Todavia, apesar dos cinco indivíduos que são ou foram utentes da Abraço/Delegação Norte terem manifestado uma ideia geral positiva sobre a instituição e os seus técnicos, enunciaram algumas notas críticas em relação à sua actuação. Começando por Eduardo, este indivíduo abonou que os serviços e equipamentos disponibilizados pela Abraço, em geral, deveriam ser mais abrangentes. Fábio alertou para a vertente da convivência entre os utentes da instituição que, no seu juízo, deveria ser promovida mais intensamente. Já Marta, exprimiu o seu desagrado com a supressão do grupo de auto-ajuda, por um lado, e com a situação de distanciamento e o vazio de comunicação que existe entre os técnicos do serviço de apoio psico-social da Abraço/Delegação Norte e os utentes. Prosseguindo, no entender de Andreia, seria benéfico que a instituição usufrísse de um apoio financeiro mais amplo, principalmente da parte do poder estatal, de modo a potenciar as suas acções de intervenção social. Em último lugar, Liliana defendeu a ideia de que seria desejável que a Abraço/Delegação Norte incrementasse a vertente do apoio directo ao pessoal utente, em particular o apoio financeiro.

Outra conclusão geral da presente investigação, decorrente do exercício de associação livre de palavras que foi levado a efeito durante a gravação das sessões biográficas, é a de que os seis indivíduos que relataram as suas histórias de vida apresentam representações sociais predominantemente negativas sobre o VIH/Sida, pese embora a índole crónica da doença e a eficácia do tratamento anti-retroviral. Na verdade, com excepção de Fábio, todos os entrevistados ponderaram a sua doença como um “*mal absoluto*”, uma entidade perniciosa e indesejável, puro reflexo do “*modelo de*

doença maléfica” definido por François Laplantine (1992). Tal como foi avançado no Capítulo VII, o facto do VIH/Sida não ter uma cura definitiva e de, além disso, tratar-se de uma doença que reúne características de estigma (Goffman, 1988; Bastos, 2002; Giddens, 2002) em virtude da sua natureza infecciosa, são factores que, com certeza, exercem uma influência decisiva na forma como os seis indivíduos que constituíram a amostra deste estudo percebem a seropositividade.

Impõe-se, ainda, enformar uma derradeira reflexão sobre as limitações desta investigação. Conforme foi frisado no Capítulo III, a amostra deste estudo não incluiu qualquer indivíduo seropositivo contaminado através da recepção de transfusões de sangue ou pela via peri-natal (assumindo que o contágio de Paulo de se deu pela via sanguínea, este estudo também não incluiu qualquer indivíduo do sexo masculino contaminado através de relações heterossexuais desprotegidas), facto que constitui uma lacuna. Sem embargo, teria sido prolífico englobar um número maior de indivíduos seropositivos de ambos os sexos contaminados pelas vias sexual (e em especial, indivíduos do sexo masculino contaminados por meio de relações heterossexuais desprotegidas) e por meio da partilha de agulhas de seringas na amostra da presente investigação, a fim de se lograrem “*informações empíricas*” (Quivy e Campenhoudt, 2003) mais diversificadas sobre o fenómeno que foi objecto de estudo.

Nesta congruência, seria profícuo levar a cabo, no futuro, uma investigação mais aprofundada e abrangente, em concreto uma “*triangulação inter-métodos*” (Cea D’Ancona, 1999) ou um “*modelo de pesquisa combinada*” (Creswell, 1994), que compreendesse indivíduos de ambos os sexos contaminados pelas vias sexual (transmissão heterossexual e homossexual), sanguínea (recepção de transfusões de sangue, partilha de agulhas ou outros objectos cortantes) e peri-natal, e que pudesse contar com a colaboração de mais equipamentos públicos especializados na assistência a pessoas seropositivas para além do H.J.U. (em específico, o Hospital Geral de Santo António e o Hospital de São João), e mais serviços e equipamentos privados sem fins lucrativos para além da Abraço/Delegação Norte. Deste modo, estariam reunidas condições para o desenvolvimento de um estudo de casos comparativo. Segundo informações de uma técnica do Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/Sida da cidade do Porto, a maior parte dos diagnósticos de casos de VIH/Sida que se registam na referida instituição é fruto de um contacto heterossexual desprotegido que decorreu de uma “*one-night stand*” em que o par se conheceu na discoteca. A mesma técnica garantiu, ainda, que o número de casos de VIH/Sida diagnosticados entre

idosos do sexo masculino que substanciaram relações sexuais desprotegidas com prostitutas tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, em Portugal. Seria de todo o interesse aceder aos relatos de indivíduos de ambos os sexos contaminados através de contactos heterossexuais desprotegidos procedentes de uma “*one-night stand*” e de idosos do sexo masculino que se contaminaram por meio de relações desprotegidas com prostitutas, no intuito de compreender as implicações que a seropositividade causou nas suas vidas, representações sociais e visão do mundo, por um lado, e perceber se as “*estratégias*” (Certeau, 1990) adoptadas para lidarem com a doença diferiram, ou não, das “*estratégias*” adoptadas pelos seis indivíduos que participaram neste estudo, por outro.

Finalmente, o principal intuito desta pesquisa foi dar um contributo no sentido de inverter o cenário de insuficiência em termos de conhecimento sociológico acerca da temática do VIH/Sida que prevalece no meio académico português.

Pretende-se, igualmente, que a presente investigação possa servir de veículo para despertar a atenção de mais sociólogos e outros investigadores sociais em redor das vivências de seropositividade, de modo a que se produzam novos conhecimentos teóricos sobre esta temática no futuro.

Bibliografia

ALMEIDA, João Ferreira de; PINTO, José Madureira (1995) - A Investigação nas Ciências Sociais. 5ª Ed. Lisboa: editorial Presença. 170p. ISBN 972-23-1231-6.

ATKINSON, Robert (1998) - The Life Story Interview. Thousand Oaks: SAGE Publications. 97p. ISBN 0-7619-02427-1.

BARDIN, Laurence (1977) - L'analyse de contenu. Paris: Presses Universitaires de France. 233p. ISBN 2-13-039626-7.

BASTOS, Cristiana (2002) - Ciência, poder, acção: as repostas à Sida. Lisboa: ICS. 258p. ISBN 972-671-088-X

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (2003) - Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático. 2ª Ed. Petrópolis. 516p. ISBN 85-326-2727-7.

BELL, Judith (2008) - Como realizar um projecto de investigação. Um guia para a pesquisa em Ciências Sociais e da Educação. 4ª Ed. Lisboa: Gradiva. ISBN 978-972-662-524-7.

BERNARD, Claude (1959) - Introdução à Medicina Experimental. Lisboa: Guimarães Editores. 347p.

BERTAUX, Daniel (2005) - “L’ Enquête et Ses Méthodes”. Le Récit de Vie. 2^e Édition. Paris: Armand Colin. 127p. ISBN 2-200-34128-8.

BOLANDER, Verolyn (1998) - Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Volume I. Lisboa: Lusodidacta. 972p. ISBN 972-96610-6-5.

BOURDIEU, Pierre (1979) - La Distinction. Critique Sociale du Jugement. Paris: Les Éditions de Minuit. 670p. ISBN 2-7073-0275-9.

BROCKINGTON, Fraser (1958) - World Health. Baltimore: Penguin Books. 405p.

BURGESS, Robert G. (2001) - A Pesquisa de Terreno: Uma Introdução. Oeiras: Celta Editora. 262p. ISBN 972-8027-43-5.

CABRAL, Manuel Villaverde *et al.* (2002) - Saúde e Doença em Portugal. Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. 298p. ISBN 972-671-084-7.

CAMERON, Miriam E. (1993) - Living With A.I.D.S.: Experiencing Ethical Problems. Newbury Park: SAGE Publications. 251p. ISBN 0-8039-4778-X.

CAPUCHA, Luís (2005) - Desafios da Pobreza. Oeiras: Celta Editora. 365p. ISBN 972-774-215-7.

CARAPINHEIRO, Graça (1993) - Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares. Porto: Edições Afrontamento. 297p. ISBN 972-36-0306-3.

CARAPINHEIRO, Graça, org. (2006) - Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas. 1ª Edição. Coimbra: Pé de Página Editores. 240p. ISBN 978-989-614-052-6.

CEA D'ANCONA, Maria Ángel (1999) - Metodologia cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Editorial Síntesis. 415p. ISBN 84-7738-420-7.

CERTEAU, Michel de (1990) - L'invention du quotidien. I – Arts de faire. Paris: Éditions Gallimard. 339p.

COHEN, Mark Nathan (1989) - Health and the Rise of Civilization. New Haven: Yale University Press. 285p. ISBN 0-300-05023-2.

CRESWELL, John W. (1994) - Research design: Qualitative & Quantitative Approaches. Thousand Oaks: SAGE Publications. 228p. ISBN 0-8039-5255-4.

DAUDEL, Raymond; MONTAGNIER, Luc (1994) - A Sida. Lisboa: Instituto Piaget. 127p. ISBN 972-8245-36-X.

DENZIN, Norman K. (1989) - Interpretative Biography. Newbury Park: SAGE Publications. 95p. ISBN 0-8039-3359-2.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (1994) - Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: SAGE Publications. 643p. ISBN 0-8039-4679-1.

DESCARTES, René (1990) - Les Passions de l'âme. Paris: Librairie Générale Française. 221p. ISBN 2-253-05455-0.

DESCARTES, René (1996) - Oeuvres de Descartes. XI. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin. 734p. ISBN 2-7116-1267-8.

DOWNIE, R. S. et al. (1996) - Health Promotion. Models and Values. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press. 218p. ISBN 0-19-262592-6.

ELIAS, Norbert (2001) - A Solidão dos Moribundos, seguido de Envelhecer e Morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 107p. ISBN 85-71110-616-9.

FERNANDES, António Teixeira, coord. (2002) - A Inserção Social: Marginalidades Difusas. Porto: Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente e CCRN. 246p. ISBN 972-734-243-4.

FERNANDES, Luís; ENGELHARDT, Jutta (2007) - Viver com a Dose Diária em Portugal. Análise sobre o acesso e adesão dos utilizadores de droga que vivem com VIH em tratamento anti-retroviral. Lisboa: Abraço. 75p. ISBN 978-972-96002-1-0.

FERRAROTI, Franco (1990) - Histoire et Histoires de Vie. Le Méthode Biographique dans les Sciences Sociales. Paris: Méridiens Klincksieck. 195p. ISBN 2-86563-280-6.

FOUCAULT, Michel (1990) - Naissance de la Clinique. 2^e Édition. Paris: Quadrige/PUF. 214p. ISBN 2-13-043590-4.

FREEMAN, Howard E. et al. (1963) - Handbook of Medical Sociology. London: Prentice-Hall International. 602p.

FREUD, Sigmund (2001) - Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. Lisboa: Edição “Livros do Brasil”. 193p. ISBN 972-38-1021-2.

FREYRE, Gilberto (1967) - Sociologia da Medicina. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 253p.

GALENO (1993) - On The Natural Faculties. Great Books of the Western World. Vol.9. London: ENCYCLOPÆDIA BRITANNICA. 449p. ISBN 0-85229-531-6.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2001) - O Inquérito: Teoria e Prática. 4^a Ed. Oeiras: Celta Editora. 336p. ISBN 972-774-120-7.

GIDDENS, Anthony (1994) - Modernidade e Identidade Pessoal. 1^a Ed. Oeiras: Celta Editora. 209p. ISBN 972-8027-11-7.

GIDDENS, Anthony (2002) - Sociologia. 3^a Ed. Lisboa: FCG: 760p. ISBN 972-31-0887-9.

GOFFMAN, Erving (1968) - Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris: Les Éditions de Minuit. 449p. ISBN 2-7073-0083-7.

GOFFMAN, Erving (1988) - Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4^a Ed. Rio de Janeiro: LTC Editora. 158p. ISBN 85-216-1255-9.

GRMEK, Mirko (1994) - História da Sida. Lisboa: Relógio D'Água. 385p. ISBN 972-708-209-2.

GUERRA, Marina Prista (1998) - Sida: Implicações Psicológicas. Lisboa: Fim de Século Edições. 170p. ISBN 972-754-120-8.

GUIBERT, Hervé (1993) - Ao Amigo que não me Salvou a Vida. Lisboa: Livros do Brasil. 292p. ISBN 972-38-1373-4.

HIPÓCRATES (1990) - Tratados Hipocráticos. Vol. I. Madrid: Editorial Gredos. 426p. ISBN 84-249-0893-7.

HUBER, Joan; SCHNEIDER, Beth E. (1992) - The Social Context of AIDS. Newbury Park: SAGE Publications. 192p. ISBN 0-8039-43-29-6.

JR., Vincent T. DeVita et al. (1991) - SIDA. Etiologia, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter. 485p. ISBN 85-85228-36-9.

KVALE, Steinar (1996) - InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: SAGE Publications. 326p. ISBN 0-8039-5819-6.

LACERDA, António Pais de (1998) - Sida – Resposta ao público. Lisboa: Hugin Editores. 172p. ISBN 972-8310-51-X.

LA METTRIE, Julien-Offray de (1966) - L'Homme Machine. Utrecht: Jean-Jacques Pauvert Éditeur. 170p.

LAPLANTINE, François (2002) - Anthropologie de la maladie. Paris: Éditions Payot. 411p. ISBN 2-228-88607-6.

LE GOFF, Jacques (1985) - As doenças têm história. Lisboa: Terramar. 361p. ISBN 972-710-042-2.

LÉVY, Jean-Paul (1991) - Le Pouvoir de Guérir. Une histoire de l'idée de maladie. Paris: Éditions Odile Jacob. 318p. ISBN 2-7381-0115-1.

LIBMAN, Howard et al. (1995) - Infecção pelo HIV. Um Manual Clínico. Rio de Janeiro: MEDSI Editora. 520p. ISBN 85-7199-105-7.

LINDEMANN, Mary (2002) - Medicina e Sociedade no Início da Europa Moderna – Novas Abordagens da História Europeia. Lisboa: Editora Replicação. 260p. ISBN 972-570-282-4.

LOPES, Alexandra (2000) - O Terceiro Sector nos Sistemas de Bem-estar. Uma perspectiva comparativa das ONG's ligadas ao complexo VIH/Sida. Dissertação apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para Provas de Mestrado em Sociologia. Coimbra: Universidade de Coimbra.

LOPES, João Teixeira (2000) - A cidade e a cultura. Um estudo sobre práticas culturais urbanas. Porto: Edições Afrontamento. 390p. ISBN 972-36-0529-5.

MAGALHÃES, Dulce (2005) - Dimensão simbólica de uma prática social: consumo de vinho em quotidianos portuenses. Dissertação apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto para Provas de Doutoramento em Sociologia. Porto: Universidade do Porto. 926p.

MALHERBE, J.-F.; ZORRILA, S. (1988) - Le citoyen, le médecin et le Sida. L'exigence de vérité. Paris: CIACO Éditeur. 233p. ISBN 2-87085-173-1.

MARRUCHO, António (2001) - Impacto da doença na família da pessoa com infecção VIH/Sida. Dissertação apresentada à Universidade Aberta para Provas de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta. 317p.

MCKEOWN, Thomas (1990) - As Origens da Doença Humana. Lisboa: Editorial Caminho. 309p. ISBN 972-21-0504-3.

MEERLOO, Joost A. M. (1964) - Illness and Cure. Studies on the philosophy of Medicine and Mental Ealth. New York: Grune & Stratton. 282p.

MONTAGNIER, Luc (1994) - Vírus e Homens. O combate contra a Sida. Lisboa: Instituto Piaget. 279p. ISBN 972-8245-51-3.

NICHOLS, Janice E. (2002) - Aging with HIV. Psychological, Social and Health Issues. San Diego: Academic Press. 386p. ISBN 0-12-518051-9.

OLIVEIRA, Alexandra (2004) - As vendedoras de ilusões. Estudo sobre prostituição, alterne e striptease. Lisboa: Editorial Notícias. 230p. ISBN 972-46-1519-7.

PAIS, José Machado (2001) - Ganchos, Tachos e Biscates. 1ª Ed. Porto: Ambar. 437p. ISBN 972-43-0477-9.

PARDAL, Maria (1996) - As Mulheres e o Vírus da Sida. 3ª Ed. Lisboa: CIDM. 23p. ISBN 972-597-134-5.

PARSONS, Talcott (1951) - The Social System. London: Routledge & Kegan Paul. 575p. ISBN: 0-7100-1931-9.

PARSONS, Talcott; BALES, Robert F. (1955) - Family, Socialization and Interaction Process. New York: The Free Press. 422p.

POIRIER, Jean et al. (1999) - Histórias de Vida: Teoria e Prática. 2ª Ed. Oeiras: Celta Editora. 181p. ISBN 972-774-022-7.

POLLAK, Michael et al. (1992) - AIDS: A Problem for Sociological Research. London: SAGE Publications. 124p. ISBN 0-8039-8840-0.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (2003) - Manual de Investigação em Ciências Sociais. 3.ª Ed. Lisboa: Gradiva. 282p. ISBN 972-662-275-1.

RIBEIRO, José Luís Pais (1993) - Características Psicológicas Associadas à saúde em Estudantes, Jovens, da Cidade do Porto. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação para Provas de Doutoramento em Psicologia. Porto: Universidade do Porto. 569p.

RIBEIRO, José Luís Pais (2005) - O importante é a saúde. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme. 171p. ISBN 972-99744-0-3.

RIERA, Juan (1985) - Historia, Medicina e Sociedad. Madrid: Ediciones Pirámide. 439p. ISBN 84-368-0294-2.

THIAUDIÈRE, Claude (2002) - Sociologie du Sida. Paris: Éditions La Découverte. 120p. ISBN 2-7071-3875-4.

VALA, Jorge; MONTEIRO, M^a Benedita, coord. (2002) - Psicologia Social. 5^a Ed. Lisboa: FCG. 627p. ISBN 972-31-0845-3.

WEBER, Max (1944) - Economia y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva. 1^a Ed. México: Fondo de Cultura Económica. 1237p. ISBN 968-16-0285-4.

WEBER, Max (1965) - Essais sur la théorie de la science. Paris: Librairie Plon. 539p.

YIN, Robert K. (1994) - Case Study Research: Design and Methods. Second Edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. Thousand Oaks: SAGE Publications. 171p. ISBN 0-8039-5662-2.

Artigos de publicação em série

BOURDIEU, Pierre - “L’illusion biographique”, in Actes de la Recherche en Sciences Sociales. N° 62-63 (1986) pp. 69-72.

CALDEIRA, Paulo - “Identidades dos portadores do vírus da Sida – Reconstrução das identidades sociais e formas de inserção social dos portadores do VIH”, in Sociologia – Problemas e Práticas. N° 17 (1995) pp. 75-95.

CARAPINHEIRO, Graça - “A Saúde no Contexto da Sociologia”, in Sociologia – Problemas e Práticas. N° 1 (1986) pp. 9-22.

GEADA, Maria Fátima - “Doenças Cónicas de Exclusão: O Sida”, in ANAIIS – Série Sociologia. Volume II (1999) pp. 169-175.

PINTO, José Madureira - “Questões de metodologia sociológica (I)”, in Cadernos de Ciências Sociais. N°1 (1984) Porto: Edições Afrontamento. pp. 5-42.

Outros documentos consultados

CASTRO, Rui Sarmiento e; Lecour, H. (2006) - 25 Anos de Sida – História de uma Pandemia. 15p.

Documentos electrónicos consultados

ALBUQUERQUE, Carlos; OLIVEIRA, Cristina - “Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança”, in Millenium – Revista do ISPV. Nº 25 (2002) [Em linha]. [Consult. 2 Fevereiro 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm>.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA (2007) - O VIH/Sida em Portugal. [Em linha]. [Consult. 16 Março 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://saude.sapo.pt/artigos/dossiers/doencas_sexualmente_transmissiveis.html>.

INE (2003) - Estatísticas da Saúde. Dia Mundial da Sida. [Em linha]. [Consult. 16 Março 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.apecs.pt/script/download.php?tipo=Documentos&fich=estatsida2002ine.pdf>>.

INE (2006) - Estatísticas da Saúde – 2006. [Em linha]. [Consult. 30 Outubro 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ine.pt>>.

LALONDE, Marc (1974) - A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. Ottawa: Minister of National Health and Welfare. ISBN: 0-662-50019-9. [Em linha]. [Consult. 4 Abril 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1946) - Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque. [Em linha]. [Consult. 16 Março 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986) - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Genebra. [Em linha]. [Consult. 16 Março 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>.

PIZZI, Richard A. - “Apostles of cleanliness”, in Modern Drug Discovery. Vol. 5. No. 5 (2002) pp. 51-55. [Em linha]. [Consult. 16 Março 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://pubs.acs.org/subscribe/journals/mdd/v05/i05/html/05ttl.html>>.

PRUSINER, Stanley B. - Historical Essay: Discovering the Cause of AIDS”, in Science. Vol. 298. No. 5599 (2002) pp. 1726-1729. [Em linha]. [Consult. 16 Março 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.sciencemag.org/cgi/content/full/sci;298/5599/1726b>>.

REBOLLO, Regina Andrés - “O legado Hipocrático e a sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno”, in Scientae Studia. Vol. 4. Nº 1 (2006) pp. 45-82. [Em

linha]. [Consult. 13 Fevereiro 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scientaestudia.org.br/revista/PDF/04_01_02.pdf>.

REIS, Ana Campos; ANDRÉ, Mário Rui (2003) - O Direito à inclusão das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. [Em linha]. [Consult. 30 Outubro 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scml.pt/media/revista/rev_12/sidadania.pdf>.

UNAIDS (2008) - 2008 Global AIDS Report: Substantial increases in HIV prevention efforts producing results. Viet Nam: UNAIDS. [Em linha]. [Consult. 13 Fevereiro 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.unaids.org.vn/sitee/index.php>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1988) - Priority research for health for all. European Health For All Series. No. 3. Copenhagen: WHO. 164p. ISBN 92-890-1054-1. [Em linha]. [Consult. 28 Março 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=WHOLIS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9289010541&indexSearch=ID>>.

Outros sites consultados

ABRAÇO (2008) [Em linha]. [Consult. 30 Outubro 2008]. Disponível na WWW: <URL: www.abraco.org.pt>.

HJU (2008) [Em linha]. [Consult. 30 Outubro 2008]. Disponível na WWW: <URL: www.hjurbano.min-saude.pt>.

Agradecimentos	3
Resumo	5
Introdução	7
Capítulo I – Saúde e a doença: uma reflexão em torno dos conceitos	13
1. Prática médica e conceitos de saúde e doença: uma breve revisão histórica	13
A prática médica primitiva	13
A concepção de doença nas sociedades primitivas	14
Hipócrates e a ruptura com a prática médica primitiva	14
O contributo de Cláudio Galeno para a medicina do período clássico	15
As rupturas na Medicina entre o final da Idade Média e o século XVIII	17
.A cisão teológica na Alta Idade Média	17
.O surgimento da pesquisa experimental no século XVI	17
.A iatromecânica e a afirmação da ideia do “homem máquina” no século XVII	18
.O despontar dos pressupostos de prevenção e higiene no século XVIII	20
A instituição da Medicina como ciência no final do século XVIII	21
O método anatomo-clínico	23
Claude Bernard e o surgimento da medicina experimental	24
O Movimento Sanitário do século XIX	26
A fundação da O.M.S.	27
A Revolução da Saúde dos anos 70 do século XX: a “Segunda Revolução da Saúde”	28
.O conceito de “promoção da saúde”	29
.O conceito de “estilo de vida”	31
A Revolução da Saúde dos anos 90 do século XX: a “Terceira Revolução da Saúde”	33
Apreciações finais sobre os conceitos de saúde e de doença	33
2. A abordagem sociológica da saúde	39
A emergência da Sociologia da Medicina nos anos 50 e 60 do século XX	39
Os alicerces teóricos da Sociologia da Medicina	39
O legado da Sociologia da Medicina	40
A transição da Sociologia da Medicina para a Sociologia da Saúde	41
Os alicerces teóricos da Sociologia da Saúde	41
Alguns trabalhos sociológicos atinentes às questões da saúde e da doença	41

Capítulo II – Sobre a Sida.....	51
1. O surgimento da doença Sida	53
A tese da origem animal do VIH.....	53
As suposições sobre as primeiras mortes causadas por Sida nos anos 50 do século XX.....	53
A publicação do primeiro artigo versando sobre a doença Sida no <i>MMWR</i>	54
A introdução da expressão Sida	54
A descoberta do LAV por Luc Montagnier	55
A contenda entre Luc Montagnier e Robert Gallo.....	55
As vagas de evolução da epidemia da Sida	56
A introdução da terapêutica anti-retroviral altamente eficaz (HAART).....	57
O processo de estigmatização dos doentes de VIH/Sida.....	58
2. O fenómeno da Sida em Portugal.....	60
A notificação dos primeiros casos de Sida em Portugal	60
A criação do Grupo de Trabalho da Sida	60
O escândalo dos hemofílicos contaminados com o VIH.....	61
A incidência da epidemia em Portugal	61
3. Serviços e equipamentos de apoio a doentes de VIH/Sida na cidade do Porto	63
O Hospital de Joaquim Urbano (H.J.U.)	63
O Hospital Geral de Santo António (H.G.S.A.).....	64
O Hospital de São João	64
A Abraço/Delegação Norte.....	64
4. Alguns estudos académicos referentes à temática da Sida	65
As investigações de Paulo Caldeira e Janice E. Nichols et al.	65
Trabalhos académicos de índole internacional	71
Trabalhos académicos nacionais	77
 Capítulo III – Estratégia Metodológica	 83
1. Uma “ <i>triangulação intra-métodos</i> ” predominantemente qualitativa	83
2. Algumas notas sobre a pesquisa de terreno e as dificuldades metodológicas.....	89
3. Um exame crítico sobre as técnicas de investigação utilizadas.....	94
3.1. As entrevistas biográficas	94
3.2. A análise de conteúdo.....	98

Capítulo IV – Relatos de homossexuais masculinos seropositivos contaminados pela via sexual	102
1. O testemunho de Eduardo: “Foi aí que eu optei por arranjar um emprego e começar com a terapia... (...) Mas, a gente utiliza preservativo, mas não em tudo... Como a gente diz, no pré-aquecimento, não utilizamos...”	102
2. As narrações de Fábio: “E, aí, eu acho que até prolonga mais a vida do seropositivo... (...) A gente valoriza mais a vida... Não é?... (...) Eu me preocupo mais com o futuro, eu já penso em não fazer muito coisa agora, para eu ter uma vida saudável no futuro...”	120
Capítulo V – O VIH em mulheres infectadas pela via sexual: os relatos de de vida de Marta e Andreia	138
1. O caso de Marta: “Hum, mas eu tento sempre seguir o meu lema... Eu hei-de vencer este vírus... Ele não vai dar cabo de min... Eu é que hei-de dar cabo dele... (...) Mas, continuo a fazer a minha vida como fazia anteriormente... Apenas, com outras regras, não é?...”	138
2. O caso de Andreia: “Tentei levar uma boa qualidade de vida... Antes, a minha casa não era em condições... Hoje, tenho uma boa casa, mas que é muito puxada... (...) Eu passeio muito... O médico mandou-me passear... (...) Gosto muito do meu médico... O que ele me diz, é certo... Embora eu não lhe diga, eu faço sem “camisinha”...”	158
Capítulo VI – A experimentação da seropositividade entre ex-toxicodependentes: as trajectórias de Paulo e Liliana	176
1. A exposição de Paulo: “Eu, primeiro, olhe, fiquei tão revoltado... Olhe, nem estava preocupado em me tratar... Mas, desde que entrei aqui (entenda-se no Hospital de Joaquim Urbano), tudo mudou... (...) Apesar de, como eu acabei de dizer, o preservativo tira-me muito o prazer... (...) Não me adapto ao preservativo...”	176
2. O percurso de Liliana: “Quer dizer, consumia de vez em quando (referindo-se ao facto de ter mantido o hábito de consumo ocasional de cocaína em paralelo com o tratamento anti-retroviral, durante dez anos)... Mas, era só cocaína... (...) Agora, não, graças a Deus... (...) Eu agora estou junta com um rapaz, que ele está ali (referindo-se à sala de espera do C.T.C. do H.J.U.)... Ele também tem (entenda-se é seropositivo), mas a gente não usa preservativo...”	197
Capítulo VII – Representações sociais do VIH/Sida: percepções, sentimentos e imagens-símbolos dos indivíduos seropositivos entrevistados.....	211
Capítulo VIII – Conclusão	218
Bibliografia.....	238