

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS, AMBIENTE E SOCIEDADE

**AIDS NA MARINHA:
VIVENDO O FIM DE UMA CARREIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada como pré-requisito
para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde
pela Escola Nacional de Saúde Pública

Ângela Fernandes Soares do Couto Esher

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª Elizabeth Moreira dos Santos

Ao Gregory ("in memoriam")

Por me ensinar que o verdadeiro amor
não precisa necessariamente
ser entre seres humanos.

Ao meus pais,

que, com amor e confiança,
estiveram sempre presentes
neste difícil caminho.

AGRADECIMENTOS:

À Cristina Câmara, pessoa fundamental na minha trajetória profissional, por compartilhar seu saber, pelas críticas, pelo carinho e principalmente pela atenção e amizade.

À todos os entrevistados, por compartilharem as belas experiências e também os momentos bastante dolorosos, relatos que marcaram a minha vida e marcarão a vida de muitos que lerem esta dissertação.

À minha orientadora Elizabeth Moreira dos Santos, pelo incentivo, respeito e confiança, ingredientes fundamentais para a concretização deste difícil projeto.

Ao Jack (Joaquim Moritz), por todo amor e pelo apoio incondicional, principalmente nos momentos mais críticos da “reta final” deste trabalho.

À minha amiga Andréa Stein de Carvalho, por estar sempre ao meu lado, compartilhando os momentos de felicidade e ajudando nas horas mais difíceis.

À todos do Grupo Pela Vidda/RJ, em especial Hibernon Guerreiro, Ronaldo Espíndola, Maurício Guimarães, Dayse Agra, Ronaldo Mussauer, Alexandre do Valle e Ézio Távora, por toda força e incentivo, ao longo destes anos.

Ao meu amigo João, pelos longos papos sobre a Marinha do Brasil.

Aos meus colegas de mestrado, em especial Maurício, pelas dicas importantes.

Ao pessoal do Lab, em especial Marcelo, Luís, André, Anderson, pela paciência e colaboração.

Aos amigos Beatriz, Rafael e Silvia pelo interesse, carinho e principalmente pela força.

Ao José Antônio Araújo Alves, Adauto Schuab Vargas, Jorge da Silva, Márcia Regina Pinho Gomes, Capitão-de-Mar-e-Guerra Hideo de Oliveira Miyoshi, este último vice-diretor do Serviço de Documentação da Marinha, pessoas fundamentais para a realização da pesquisa histórica.

À Diretoria de Saúde da Marinha, em especial à Capitão-de-Corveta Médica Cláudia Maria Quintanilha Porto Rocha por atender aos meus pedidos com toda paciência e carinho.

À Tenente Ana Paula Carvalho Orichio, responsável por minha introdução na reunião das pessoas soropositivas do Hospital Naval Marcílio Dias.

À Capitão-de-Corveta Angela Navarro Salles, pela ajuda ao compartilhar seu trabalho junto aos militares soropositivos.

Ao Profº Dr. Mauro Schechter por sua atenção e indicação.

À Capes pelo apoio fundamental.

Resumo:

Esta dissertação tem como objetivo geral, compreender e discutir os efeitos do processo de afastamento e reforma pela infecção do HIV, nos militares da Marinha do Brasil.

A manutenção da saúde dos militares aparece como preocupação permanente dentro das Forças Armadas, já que estes têm como função principal a defesa da nação em casos de instabilidade interna ou conservação da segurança externa, assim sendo, episódios de doenças são avaliados por normas rígidas que necessitam de constantes atualizações. O doente ou o portador de um atributo biológico negativo em relação à essa referência deve ser afastado do convívio coletivo. No caso específico da síndrome da imunodeficiência adquirida, torna-se difícil precisar a base do processo de estigmatização, pois ela se sustenta quase sempre, numa relação de ambigüidade entre o atributo biológico e o moral.

A utilização das três dimensões (periculosidade, não-productividade e culpabilidade) para caracterizar o estigma foi fundamental para localizar e discutir as questões importantes e polêmicas que perpassam por todo o processo de testagem, afastamento e reforma. A participação dos próprios militares afastados ou reformados como informantes foi fundamental para o aprofundamento desta discussão.

Este trabalho revelou o quanto pode ser doloroso o fim de uma carreira pela presença de um vírus que pode levar muitos anos para modificar algo no estado de saúde de uma pessoa. A morte civil é anunciada a partir daí, ou seja, da proibição do exercício das atividades profissionais e da inviabilização do projeto de vida. Sob o argumento de preservação do vigor físico (e moral) da instituição, padrões rígidos são construídos com o objetivo de proteção da saúde de um determinado grupo, sem levar em conta o bem estar de todos os indivíduos.

O estudo apontou, a partir das representações sociais dos militares infectados pelo HIV pertencentes à Marinha, a urgente necessidade de alteração das normas estabelecidas, num esforço para manter estas pessoas inseridas no sistema. Este trabalho se encerra na certeza de que o efetivo debate destas questões tem reflexo direto na garantia da cidadania das pessoas que vivem com HIV e aids.

Abstract:

This essay aims to understand and discuss the effects of dismissal process and reform by HIV infection, among the military of The Brazilian Navy.

Health maintenance of the military corporation is subject of permanent concern inside the Brazilian Military Forces, since it holds as main function the nation defense in cases of internal instability or preserve external security. Therefore, diseases are evaluated by rigid norms that need to be constantly updated. The sick or the bearer of a negative biological attribute in relation to this reference should be kept away from the collective acquaintanceship. In the specific case of The Acquired Immunodeficiency Syndrome it becomes difficult to precise the bases of the stigmatization process, since it is almost always sustained by an ambiguous relation between the biological attribute and moral.

The update of the three dimensions (dangerousness, non-productiveness and culpability) to characterize the stigma was fundamental to localize and discuss important matters and polemics that go into the whole testing process, dismissal and reform. The dismissed and reformed military participation as informers was fundamental to deepen this discussion.

This work revealed how painful can be the end of a career by a virus presence and that it can take many years to modify the health state of an individual. Civil death is announced from that point on, which is, the prohibition of exercising the professional activities and the non viability of a life project. Under the argument of preserving the physical vigor (and moral) of the institution, rigid patterns are built with the objective of health protection of a certain group, not taking in account the welfare of all the individuals.

The study opted for the social representation of the HIV infected military men from the Brazilian Navy, the urgent necessity of changes in the established norms, in a strength to keep these individuals inserted into the system. This work ends sure that the effective discussion of these matters has direct reflex in the guaranteeing the citizenship of the people who live with HIV and Aids.

SUMÁRIO:

Resumo	ii
Abstract	iii
Introdução	8
Cap. I – O Problema: Aids, o País e os Militares	15
1- Objetivo Geral	20
2- Objetivos Específicos	20
3- Hipóteses e Questões da Pesquisa	20
Cap. II - Metodologia	22
1- Pressupostos Teóricos e Análise	22
2- Estratégias de Investigação	25
2.1- Descrição do Estudo	26
2.2- Abordagem e Seleção dos Sujeitos da Pesquisa	28
Cap. III - Militares: Coragem, Disciplina e Vigor Físico	32
1- Militares: Hierarquia e Carreira	32
2- Militares da Marinha do Brasil e as Doenças	40
3- Marinha, Doenças e Normatização	46
Cap. IV – Vivências	60
1- Representações Sociais e Aids: Os Homens de Marinha e a Morte	60
2- Homens de Marinha: Perigo Biológico ou Perigo Moral ?	71
3- Homens de Marinha: Produtivos ou Parasitas ?	80
4- Homens de Marinha: Existe Culpa ?	89
Cap. V – Conclusão: Homens de Marinha Abortados, Parasitas Previdenciários ou Cidadãos Incipientes?	94
Bibliografia	98
Anexo I – Roteiro da Entrevista	114
Anexo II – Testagem Compulsória – Primeiro Memorando Interno	116
Anexo III – Lei nº 7670	117
Anexo IV - Normas Atuais - Portaria nº 02537/FA-33	118

Introdução:

Roberto ingressou na Marinha quinze dias antes de completar dezoito anos, com o sonho de “fazer carreira” e foi afastado nove anos depois, no posto de soldado, após receber um exame de sorologia positiva para o HIV, em 1991. O exame fazia parte de uma “rotina” repetida a cada três anos. Roberto conta que foi convocado a repetir o teste anti-HIV, pois o primeiro havia sido “perdido” e recebeu o resultado sem nenhum apoio psicológico, mera comunicação médico-burocrática. Foi aí que resolveu “sumir” por um ano e meio, pois em uma semana tinha transformado-se em um “alijado do ambiente social”, “sem funções” (pois não pôde mais voltar ao quartel) e “que colocava em risco as outras pessoas”. Depois disso, ficou licenciado por quatro anos e recentemente foi reformado por incapacidade para o serviço ativo, não estando inválido. Atualmente milita no Grupo Pela Vidda/RJ e dá informações no disque-aids do grupo.

Hélio é um rapaz de 35 anos, afastado por dois anos após seu teste anti-HIV ter dado positivo em 1991 e depois reformado. Ele ingressou na corporação, também aos dezoito anos e quando teve seu teste positivo, preparava-se para fazer o concurso de oficiais. Diz que a Marinha acabou com sua carreira e acha que como trabalhava na função de telegrafista, poderia continuar fazendo um trabalho burocrático, sem oferecer qualquer risco de contaminação a outras pessoas. Ele hoje presta serviço como contador e não pode mais ter vínculos empregatícios, pois é reformado por incapacidade para o serviço ativo, estando inválido. É tesoureiro e também voluntário do Grupo Pela Vidda/RJ.

Um dos aspectos mais marcantes no cenário da luta contra aids¹ está na preocupação com a manutenção da cidadania das pessoas atingidas, já que esta epidemia (como muitas

¹ “Já se escreveu a palavra que dá nome à doença causada pelo HIV das mais diversas formas: ‘AIDS’, ‘Aids’, ‘aids’, ‘SIDA’, ‘Sida’, ‘sida’. A aids foi inicialmente chamada de síndrome, como habitual na Medicina, por se desconhecer sua etiologia e não haver meios específicos para diagnóstico, além de o quadro clínico ser mal definido na época, ou seja, no início da década de 80. Naquele tempo, havia justificativa de escrever “AIDS”, como abreviação de *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, ou Aids, maneira que alguns jornais escrevem siglas com 4 ou mais letras que podem ser pronunciáveis. Contudo em 1983, identificou-se seu agente etiológico e, a partir de 85, começaram a surgir inúmeras técnicas para diagnóstico laboratorial. O conhecimento científico acumulado já era suficiente para, no âmbito do saber médico, tratar a aids como uma doença (vide Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição/CID-10). A palavra ‘aids’ passou a ser, do ponto de vista gramatical, equivalente à ‘sífilis’, ‘coqueluche’, ‘conjuntivite’, nomes de doenças são substantivos comuns, grafados com inicial minúscula. (...) Baseado nessas considerações e no fato de que a palavra ‘aids’ vem sofrendo o mesmo processo de evolução linguística da palavra ‘laser’ (sigla de *light amplification by stimulated emission of radiation*), entre tantos outros anglicismos incorporados pela língua portuguesa no Brasil, não parece haver razão para grafá-la com maiúscula, a não ser quando corresponder a nomes próprios de entidades (como Coordenação Nacional de DST e Aids) ou siglas que incorporem a palavra (como CN-DST/AIDS)” (Castilho, 1997).

outras) traz consigo questões que a sociedade considera como tabus e assim sendo, muitas vezes não discute. A (re)inserção e manutenção do indivíduo soropositivo no mercado de trabalho, fundamental para a garantia da cidadania, têm sido, ao longo dos anos, ponto de constante discussão, pois esta envolve questões como estigma, discriminação e violação de direitos básicos.

O interesse por este tema surgiu a partir da participação da pesquisadora em atividades de pesquisa e convivência, nos últimos anos, no Grupo Pela Vidda/RJ. Este grupo é uma organização não-governamental que tem por objetivo a luta pela cidadania das pessoas que vivem com HIV/aids. Dentre os muitos trabalhos de prevenção e assistência desenvolvidos, destacam-se as atividades de convivência, onde frequentemente surgem discussões em torno do tema: infecção pelo HIV e a exclusão do mercado de trabalho.

Foi no grupo também que houve contato da pesquisadora com os dois primeiros informantes, pessoas fundamentais que acompanharam e forneceram informações importantes no período de construção da dissertação.

No Brasil, as relações de trabalho são reguladas por três regimes que especificam diferenciadamente as relações de trabalho e doença: a) o dos servidores públicos; b) o dos trabalhadores das empresas privadas e de economia mista; c) e o dos militares.

Essa autonomia concedida aos militares legitima a existência de procedimentos polêmicos que culminam no afastamento e na reforma dos militares soropositivos para o HIV. A lei nº 7.650 de 08 de setembro de 1988, que será discutida posteriormente, é a responsável pela regulação desta prática nas Forças Armadas.

Longe de esgotar esta discussão, pretendemos aqui, dar uma contribuição, analisando as representações sociais das pessoas que passaram por este processo de afastamento e reforma pela infecção pelo HIV, comum a todas as Forças Armadas. Neste estudo, trataremos em especial da Marinha.

As questões envolvendo a aids nas Forças Armadas tem preocupado vários países no mundo, destacando-se na literatura sobre o assunto os estudos Norte-Americanos.

Em 1986, a Marinha e o Corpo de Fuzileiros Navais americano iniciaram a testagem de rotina anual entre alistados na ativa e oficiais. Até 1988, aproximadamente 97% dos militares desta corporação haviam sido testados pelo menos uma vez ao ano, o que significou a realização de 1.956.631 testes entre 1.070.511 militares. O resultado final

de um estudo que acompanhou estes testes indicou uma incidência de 0.59 por mil pessoas-ano, entre 1986 e 1988 (Garland et al., 1989). Os autores, discutindo a aplicação destes resultados para a população geral como estimativas de soroconversão explicam que a prevalência de fatores de risco, tais como práticas homossexuais e uso de drogas intravenosas, é baixa na Marinha comparado com algumas populações urbanas. Como consequência, isto poderia induzir a uma estimativa da incidência dos Estados Unidos, abaixo do real, se o cálculo fosse baseado na estimativa da Marinha. Por outro lado, o grande número de jovens, solteiros e presumivelmente sexualmente ativos membros das corporações, poderia provocar um aumento da estimativa das taxas de soroconversão na população geral dos EUA, se os cálculos para a mesma estivessem baseados em estimativas da Marinha.

O estudo sobre o declínio da soroconversão e da soropositividade para o HIV na população alistada na Marinha americana no período de 1986 à 1989 (Garland et al., 1992), mostra que o declínio é similar ao reportado pelo Exército e foi coerente com o declínio nas taxas de soro-prevalência observada em recrutas durante 1985 à 1989. Segundo os autores, políticas de exclusão de soropositivos e testagem do pessoal da ativa pode ter reduzido a população de portadores de HIV (talvez soronegativos com comportamentos de alto risco), induzindo a uma redução na probabilidade de transmissão dentro da corporação. Eles reconhecem que a Marinha não pode ser considerada como representativa da população americana em muitos aspectos, incluindo idade e sexo, e especificamente pela proibição de comportamentos de alto risco. Ao falar de comportamentos de alto risco, estão fazendo referência à proibição da existência de usuários de drogas e pessoas com práticas homossexuais, nas Forças Armadas.

No que diz respeito as Forças Armadas brasileira, segundo relatório da Subcomissão de Prevenção e Controle da Aids nas Forças Armadas, a Marinha tem 527 casos notificados (46% do total), o Exército tem 483 (42% do total) e a Aeronáutica tem 127 (11% do total), num total de 1137 casos notificados de 1982 até 1997 (Escóssia, 1997). O atual vice-presidente da subcomissão, acredita que a concentração dos casos na Marinha não se deve à passagem dos militares por zonas portuárias, onde há uma alta ocorrência de casos de aids, e sim à obrigatoriedade do exame. *“Na Marinha, há exames obrigatórios periódicos, algo que não é feito no Exército, nem na Aeronáutica. Isto facilita a identificação dos casos. Quem investiga mais, acha mais”* (Escóssia, 1997:3).

Dados mais recente sobre a Marinha, indicam um número de 673 casos notificados de 1985 à março de 1998. Destes 451 são de militares da ativa, 85 militares da reserva, 135 dependentes e dois civis. A prevalência total é de 2.3/1000 (DSM, 1998).

Dos 673 casos descritos, podemos perceber a seguinte divisão por faixa etária: o menor percentual, 1.18% (08) é encontrado entre 0-16 anos; a maioria 63.74% (429) está entre 17-39 anos; 30.90% (208) estão entre 40-59 anos; e 4.16% (28) estão entre os maiores de 59 anos.

Segundo a classificação inicial do Center for Disease Control (CDC): somente 0.44% (3) estão em infecção aguda; 53.34% (359) são assintomáticos; 17.83% (120) tem linfadenopatia crônica; e 28.38% (191) são sintomáticos.

A distribuição de casos por categoria de exposição evidencia que 83.3% estão relacionados à exposição sexual, deles 38% bissexuais, 22.4% heterossexuais, 11.8% homossexuais, 11.1% parceiro; 4.25% relacionados à exposição sanguínea, sendo 2.2% transfusão, 1.9% usuários de drogas injetáveis, 0.15% hemofílicos; 0.3% relacionados à exposição perinatal; e 12.15% ignorados. A forma como estão apresentados os dados não nos permite explorar o significado da condição "parceiro". Não há registro se esta condição está referida a múltipla parceria, parceiro infectado ou de risco comportamental.

Neste estudo, dos 673 casos, centralizaremos nossa análise em 451 militares da ativa, representando uma prevalência de 7.6/1000, no contingente total de militares da Marinha na ativa, pois são estes que perdem suas funções, em decorrência da legislação.

Comparando-se estes valores com dados de outros sub-grupos populacionais brasileiros, pode-se observar que segundo estudos citados no Relatório do Center for International Research (1993), as maiores taxas de prevalência, isto é, acima de 16%, foram encontradas principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo, entre usuários de drogas injetáveis, população carcerária, travestis e parceiras de pessoas soropositivas. Homo/bissexuais do sexo masculino estão na faixa intermediária de soropositividade, entre 4 e 15% (Dados/Radis, 1996).

Estudos de soroprevalência do HIV mais recentes, realizados pelo Ministério da Saúde, em população sentinela indicam uma prevalência média variando entre 3.4 % a 5.3% pacientes politraumatizados em serviços de emergência entre 1995 e 1997; entre 0.3 % a 3.1 % entre grávidas em 1995; entre 0.3 % a 13.3 % em clientes de clínicas para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis em 1995; e entre 1.9 % a 2.6 % por mil

doadores em 1996. A soroprevalência entre usuários de drogas injetáveis em 1996, em algumas cidades brasileiras, variou entre 29% a 71 % (Ministry of Health, 1998).

Apesar de toda organização dos dados referentes a saúde na Marinha, sabe-se muito pouco à respeito dos efeitos do HIV na vida desses militares afastados ou reformados. O único estudo² encontrado, foi realizado por uma psicóloga, militar, através de um questionário anônimo e confidencial, aplicado a 61 pacientes escolhidos aleatoriamente em consulta de rotina na clínica de DIP do Hospital Naval Marcílio Dias e nos aponta alguns dados bastante interessantes sobre o assunto (Salles, 1996).

Dos 61 pesquisados, 87% estão na faixa etária entre 20 e 40 anos e 12.2% entre 41 e 54 anos de idade. Os graduados ou equivalentes a Cabos estavam representados em 48.9%; os Soldados, Marinheiros e Sargentos em 21.9%; e Oficiais e Sub-oficiais em 2.4%. A maioria dos questionários foi respondido por indivíduos do sexo masculino, ou seja, 92.7%. As respostas oriundas do sexo feminino representaram 7.3%, do universo pesquisado.

Quanto à “*reação emocional pessoal*”, 41.4% sentiram muita angústia e tristeza ao saberem do resultado positivo para o HIV. Cerca de vinte e quatro por cento (24.4%) aceitaram desde o início, pois já suspeitavam que isso poderia acontecer; 17% ainda não acreditam ou têm dúvidas sobre sua contaminação; 12.2% sentem-se angustiados e deprimidos e não conseguem aceitar ou então, de início não acreditam, mas hoje aceitam; 9.7% se desesperaram e pensaram até na possibilidade de suicídio.

As reações que surgem após o recebimento do resultado positivo para o HIV, na Marinha, estão intimamente ligadas a não identificação dos militares com a questão e a conseqüente baixa percepção de risco, que são agravadas pela ausência de aconselhamento pré e pós teste, na rotina existente na instituição.

Sobre mudanças de hábitos após o conhecimento do estado sorológico, 56.1% passaram a dar mais valor à vida e à saúde; 46.3% relataram abstenção ou grande diminuição da prática sexual; 43.9% deixaram de trabalhar; 21.9% relataram uma tendência ao isolamento a partir do afastamento das pessoas; 8.7% assinalaram respostas ligadas à religiosidade.

Ainda permanece constante, o relato de pessoas vivendo com HIV/aids que têm sido compelidas, por diversos setores da sociedade, a abandonarem suas atividades

² Este estudo inclui militares e dependentes.

quotidianas, como por exemplo, o pleno exercício da sexualidade ou da profissão sob o risco de contaminar outras pessoas.

Sobre as perspectivas futuras, 70.7% acreditam e têm esperança na descoberta de uma cura para aids; 39% acreditam numa possível melhora da vida; 26.8% preferem pensar no presente e não no futuro; 4.9% têm medo da doença e só pensam negativamente. Quanto à assistência hospitalar oferecida pela Marinha, 56.6% afirmam ser a melhor possível; 12.2% acreditam ser semelhante ao atendimento oferecido por outras instituições; 7.3% relataram que suas necessidades não são satisfeitas. Segundo Salles (1996), houve uma crítica à parte burocrática e sugestão para acelerar o desligamento³, “*eliminando a LTS (Licença de Tratamento de Saúde), já que a doença não tem cura*”.

O trabalho mostra também que 21.9% dos clientes esperam como forma de ajuda às pessoas soropositivas carinho e solidariedade e menos preconceito; 9.7% indicaram a fé e a crença em Deus como forma de ajuda; 7.3% acreditam que a Marinha do Brasil não deve afastar a pessoa do serviço ativo e mencionaram a necessidade da manutenção do sigilo sobre as pessoas infectadas, como forma de evitar a discriminação e palestras como alerta sobre os riscos e para minimizar o preconceito. Um outro ponto interessante é que 43% dos indivíduos da amostra apontaram relações homossexuais como via de contaminação, enquanto 31.7% alegou não saber como contraiu o HIV. Para a autora, isto indica uma “*dificuldade em assumir seu comportamento de risco em relação à aids*” (Salles, 1996:75).

A diversidade das questões descritas neste trabalho, coloca a necessidade de estudos que as desenvolvam de forma mais aprofundada. Assim, essa dissertação, visa discutir e analisar as consequências do processo de testagem do HIV, feito de forma compulsória, em situações de relações de poder desiguais, colocando em risco a estabilidade econômica, social e emocional dos indivíduos soropositivos.

Este trabalho consta de cinco capítulos. No primeiro, descrevemos o panorama atual da epidemia de aids no Brasil, enfatizando questões relacionadas ao impacto econômico da epidemia e ao nível de informação da população, importantes para esse estudo.

O segundo capítulo apresenta a metodologia, incluindo a descrição, as estratégias de investigação, os pressupostos teóricos e a análise utilizados neste estudo.

³ Este desligamento é referido pelos entrevistados como "baixa".

O terceiro capítulo tem o objetivo de ambientar o leitor no universo das Forças Armadas, especificamente da Marinha do Brasil. São discutidas as representações sociais dos sujeitos sobre a carreira militar, ressaltando-se a ambigüidade de suas falas e a visão institucional hegemônica na sociedade. Discuti-se como as doenças vêm atingindo a Marinha ao longo deste século e finalmente, é traçado um histórico das normas que regem os procedimentos de avaliação da incapacidade dos portadores de doenças especificadas em lei. O ponto fundamental desta parte está na sistematização destas normas referentes ao HIV/aids até então pouco conhecidas.

No quarto capítulo discutimos Representações Sociais e Aids e as três dimensões (Periculosidade, Não-productividade e Culpabilidade) escolhidas para caracterizar o estigma presente na vivência com o HIV e no conseqüente processo de afastamento e reforma.

No último capítulo, sintetizamos as discussões presentes ao longo do estudo, indicando algumas alternativas fundamentais para o aproveitamento da força de trabalho das pessoas vivendo com HIV/aids na Marinha do Brasil, diminuindo conseqüentemente os preconceitos existentes.

Capítulo I - O Problema : Aids, o País e os Militares

No início de 1998, estimativas realizadas pela Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS) e World Health Organization (WHO) indicavam que mais de 30 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV e que 11.7 milhões de pessoas no mundo já haviam morrido em decorrência da aids (UNAIDS/WHO, 1998).

Ainda segundo UNAIDS/WHO (1998), estima-se que somente no ano de 1997, tenham havido 16.000 novas infecções pelo HIV por dia, resultando no ano, um total de 5.8 milhões de novas infecções (5.2 milhões de adultos e 590.000 crianças).

No Brasil, dos 145.327 casos de aids notificados⁴ ao Ministério da Saúde, 82% referem-se ao grupo etário de 20 a 44 anos de idade, segmento populacional economicamente ativo mais importante (M.S., 1998).

O impacto da epidemia de aids para a economia de um país é algo muito extenso que este projeto não pretende analisar. No entanto, devemos estar atentos para os efeitos da epidemia na produtividade dos indivíduos infectados, na instituição aqui estudada.

No Brasil, a população masculina da faixa etária de 20 a 40 anos, tem taxas de atividades produtiva que chegam próximas a 90% e no caso da população feminina chegam a 50% em alguns grupos etários, evidenciando, assim, uma grande capacidade produtiva (Medici, 1996).

“A esperança de vida ativa no Brasil, isto é, a média de anos de trabalho que a pessoa tem, está em torno de 35 a 45 anos; ou seja, podemos dizer que a idade média de ingresso no mercado de trabalho é em torno de 15 anos e, portanto, se considerarmos que a população brasileira na idade ativa (15 a 60 anos) chega a 76.000.000, podemos dizer que o PIB que as pessoas geram, ou o produto per capita que as pessoas gerariam - isto é um dado teórico, porque nem todas as pessoas nessa faixa etária estão trabalhando, elas tem potencial de trabalhar - seria na faixa US\$ 5.920.00 dólares por ano. Se a epidemia de AIDS atingisse o 0,6% dessa população em idade ativa, nós teríamos uma perda de 2.7 bilhões de dólares para a economia brasileira, a partir do momento em que a doença se manifestasse. Além desse dado ser impactante, por causa da sua dimensão, podemos dizer que é um modelo estático; um modelo dinâmico traria resultados bem mais drásticos” (Medici, 1996: 38-39).

⁴ Período de 1980 até 28 de novembro de 1998.

“A cada morte pela AIDS, perde-se uma média de 15 a 20 anos em experiência, habilidades e investimentos em educação e treinamento, junto com três quartos dos ganhos de uma vida inteira. O aumento estimado de mortes pela AIDS tem enormes implicações para a economia dos países, em termos de produção de bens de consumo interno e bens para exportação” (Foster, 1992: 2).

Uma saída para tentar minimizar os efeitos da epidemia de aids e, conseqüentemente, sua repercussão sobre a produtividade da população, tem sido o fornecimento da terapia combinada de anti-retrovirais realizada por alguns países, inclusive o Brasil. Os números que envolvem os custos desse fornecimento para o Sistema Único de Saúde (SUS), segundo estimativas parecem assustadores para o sistema público de saúde de um país como o Brasil. Para o ano de 1997, estimaram-se gastos de aproximadamente US\$ 963 milhões em *“atenção ótima aos pacientes com aids”* e para a extensão do tratamento integral, com fornecimento gratuito dos medicamentos (como está prevista em lei⁵) a todas as pessoas soropositivas para o HIV no país, estima-se custos entre US\$ 2,29 a US\$ 2,90 bilhões/ano (Nunes, 1997).

É fundamental ressaltar que o retorno destes investimentos é uma melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, com uma significativa redução da ocorrência de infecções oportunistas, diminuindo conseqüentemente, gastos com o tratamento destas infecções, internações, atendimentos em hospital-dia e serviços de emergência.

Tendo em vista que, a maioria das pessoas que recebem a terapia anti-retroviral está em idade economicamente ativa, os efeitos das melhorias na condição física e emocional diminuirá a necessidade de benefícios da Seguridade Social, como por exemplo, auxílio-doença e aposentadoria.

Além do aspecto econômico, as diversas caracterizações em torno da aids - contagiosa, incurável, mortal - fizeram com que a doença fosse associada à diversos estigmas e preconceitos presentes na sociedade, especialmente sobre a morte, a contaminação e a sexualidade. Desses estigmas, alguns já haviam sido socialmente vividos em outras doenças como na *“lepra”*, tuberculose, sífilis, câncer (Bastos et al, 1994). O efeito de todas essas questões em torno da doença, refletem imediatamente na vida das pessoas soropositivas (doentes ou não), que tem sua morte civil estabelecida por atitudes

⁵ A Lei Federal nº 9313, de 13 de novembro de 1996 assegura a todos os portadores de HIV e doentes com

preconceituosas, reforçadas em determinados momentos por políticas públicas. O termo morte civil, discutido por Daniel (1989), diz respeito a negação dos direitos civis das pessoas portadoras do HIV, imposta a partir de modelos que construíram a aids como uma espécie de sinônimo da morte. Assim, um exame com sorologia positiva para o HIV pode para muitos, transformar-se num “atestado de óbito” antecipado.

Outro aspecto facilitador da construção da discriminação é o nível de informação de alguns grupos populacionais. Segundo a pesquisa “DST e AIDS no Local de Trabalho - Um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas nas empresas trabalhadas pelo SESI” que entrevistou 4893 trabalhadores pertencentes a um total de 14 estados, realizada em 1996, há ainda a persistência em crenças errôneas quanto à transmissão da aids, com proporções significativas de trabalhadores afirmando que doação de sangue, picada de inseto e uso de vaso sanitário são vias de transmissão. Em proporções menores, mas ainda bastante citados estão o uso compartilhado de copos, pratos e roupas, piscinas e cadeiras recém-utilizadas. Cerca de 27.5% dos entrevistados acha que o trabalhador soropositivo deve ser afastado do convívio dos demais; 56.2% acha que ele deve ser aposentado e 18% afirma que ele não deve usar banheiro e refeitório comuns (Ministério da Saúde, 1997a).

Informações semelhantes podem ser percebidas em dois estudos envolvendo a população militar. O primeiro, realizado com 388 conscritos do 20º Regimento de Cavalaria Blindada (20º RCB) - 9º Região Militar - Comando Militar do Oeste - Ministério do Exército, em fevereiro de 1992, mostra que 97.94% acham que “dá pra evitar a aids” com as seguintes formas de prevenção: usando camisinha 89.7% (n = 348), seringa descartável 77.6% (n = 301), não beijar na boca 73.4% (n = 285), não doar sangue 31.2% (n = 121), cuidado com o mosquito 26.5% (n = 103), não beber no mesmo copo 17.8 % (n = 69) e não receber sangue 16.5% (n = 64) (Souza, 1994).

É importante ressaltar a permanência no imaginário popular de informações relacionadas à prática de doar sangue e picadas de mosquito como relacionadas ao risco para a infecção do HIV. A primeira pode ser compreendida a partir das associações feitas com outras práticas que envolvem risco real, como usar agulhas ou receber sangue contaminados. A segunda, sobre o mosquito surge, na maioria das vezes, numa associação com outras doenças, como dengue e malária, que tem o mosquito como vetor.

O segundo estudo que envolveu população militar, foi realizado pelo Programa Nacional de DST/Aids⁶ do Ministério da Saúde, em 1997, com o objetivo principal de “*estimar o grau de conhecimento sobre os meios de transmissão de HIV/Aids e a frequência do uso do preservativos entre os jovens brasileiros*”, através de uma investigação com a população de conscritos do exército brasileiro. Nos 9.844 questionários analisados⁷, as informações equivocadas foram percebidas através dos percentuais de respostas “*assim pega*” e “*assim não pega*” fornecidas à perguntas referentes aos meios de transmissão, onde por exemplo, apenas 43,5 % responderam “*assim não pega*” para a questão “*sendo picado por inseto*”. A pesquisa também considerou baixo o percentual de respostas “*assim não pega*” para questões como “*sentando no vaso sanitário*”, “*usando piscina pública*” e “*doando sangue para outras pessoas*”. Os jovens participantes da pesquisa indicaram palestras com profissionais de saúde como o meio preferencial para receber informações (M.S., 1997b).

É interessante comentar que, ainda segundo esta pesquisa do Ministério da Saúde, dos 85% que afirmaram já ter tido relações sexuais, apenas de 37% a 42% (do menor ao maior nível de escolaridade) responderam que usaram o preservativo “*em todas as vezes*” que fizeram sexo. Outro dado que deve ser ressaltado é o alto percentual, mais de 90% de respostas afirmativas, para a pergunta “*você acha que qualquer jovem pode pegar aids?*”(M.S., 1997b).

A aids, além de produzir estigmas, gera medo, estimulando grande parte da população a apoiar medidas coercitivas e restritivas que talvez não teriam sido socialmente toleradas em relação a outras doenças ou grupos populacionais. As pesquisas de opinião pública mostram muitas vezes um apoio relativamente alto à discriminação contra as pessoas infectadas pelo HIV. Estas, por sua vez, ficam com muito medo da estigmatização ainda maior se buscarem ajuda. O silêncio possibilita a continuidade incontestada das violações aos direitos humanos (Mann et al., 1993).

Os militares entrevistados estavam na ativa até descobrirem sua sorologia positiva para o HIV. Para entender, como os processos relacionados à infecção atingem o projeto de vida dos militares da Marinha, será necessário compreender como está construída a instituição segundo suas representações, percorrer a legislação e analisar as dimensões

⁶ Atual Coordenação Nacional de DST e AIDS.

⁷ Para o estudo foram selecionados aproximadamente 10.000 jovens de 18 anos, mas após a exclusão dos

escolhidas para caracterizar o estigma. É neste panorama que surge nossa primeira questão: O afastamento e a reforma imposta aos militares soropositivos, pelas normas vigentes da Marinha, destrói o projeto de vida destes profissionais ?

É consenso que os esforços para garantir os direitos humanos e a dignidade dos indivíduos são extremamente importantes para a proteção da saúde pública na pandemia de HIV/Aids (Mann et al., 1993). *“As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”*(Minayo, 1994:17-18).

A certeza de que para o efetivo enfrentamento da epidemia e uma melhora significativa na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, só será possível se forem garantidos seus direitos básicos de cidadãos, é fundamental para justificarmos esta proposta. A partir daí, entendendo a exclusão da carreira como uma forma de cercear direitos básicos desses militares, construímos nossa segunda questão: É possível, que sendo afastados e reformados, estes militares reconstruam um novo projeto de vida ?

Respondendo as duas questões apresentadas, acreditamos que poderemos contribuir para o desenvolvimento de propostas alternativas mais adequadas, na tentativa de continuar garantindo a plena cidadania dos indivíduos soropositivos.

1- Objetivo Geral:

Compreender e discutir os efeitos do processo de afastamento e reforma pela infecção do HIV, nos militares da Marinha do Brasil.

2- Objetivos Específicos:

Descrever de forma detalhada o discurso das pessoas infectadas pelo HIV sobre os efeitos do afastamento e reforma, na Marinha.

Analisar as representações das pessoas infectadas pelo HIV sobre o processo de afastamento da vida profissional, na Marinha.

Contribuir para a construção de novas formas de aconselhamento a partir da reflexão sobre a fala das pessoas soropositivas.

Contribuir para novas estratégias na construção de políticas específicas e redes de apoio social para pessoas infectadas pelo HIV na Marinha.

3- Hipóteses e Questões da Pesquisa:

Os objetivos específicos, listados acima, baseam-se em três pressupostos. O primeiro de que a reforma destrói o projeto de vida dos indivíduos, se entendermos que a carreira militar não é percebida apenas como um emprego. Ela organiza toda a vida do indivíduo, do comportamento pessoal à qualificação profissional. A forma como é dado o fim deste projeto de vida, nosso segundo pressuposto, está diretamente relacionada com o resultado positivo do teste anti-HIV e suas consequências dentro da estrutura militar, no caso da Marinha.

O último ponto, estará centrado no suporte econômico e terapêutico dado pela instituição, que não parece suficiente na reconstrução de novos projetos de vida dessas pessoas.

Considerando esses pressupostos reinteramos que este trabalho busca responder as seguintes questões: O afastamento e a reforma imposta aos militares soropositivos, pelas normas vigentes da Marinha, destrói o projeto de vida destes profissionais ? O suporte

ecômico e terapêutico dado pela instituição cria condições necessárias para o desenvolvimento de um novo projeto de vida ?

Capítulo II - Metodologia

1- Pressupostos Teóricos e Análise

A estrutura teórica que orientou a análise deste estudo refere-se ao conceito de Representações Sociais, fundamental para a compreensão das construções que fazem parte da realidade comum de nossos entrevistados.

Nossa abordagem baseia-se na formulação de Moscovici sobre a Teoria das Representações Sociais. O autor constrói sua teoria tendo como referência o conceito de representações coletivas desenvolvido por Durkheim na sociologia e Lévi-Bruhl na antropologia. Esta teoria tem como pontos centrais a atividade do sujeito e a realidade do mundo.

Segundo Durkheim (1970), a vida coletiva e mental dos indivíduos são feitas de representações. Uma vez constituídas, as representações tornam-se realidades parcialmente autônomas, com vida própria, isto é, mesmo mantendo íntimas relações com seus respectivos substratos, as representações individuais e coletivas são, até certo ponto, independentes.

Tendo origem nas relações que se estabelecem entre o conjunto dos indivíduos associados, as representações coletivas são independentes e exteriores às consciências individuais, isto é, existem no conjunto e são exteriores ao particular, como fatos sociais.

Assim como a vida representativa não está repartida de maneira definida entre os diversos elementos nervosos, pois ela é formada pela reunião e colaboração de vários desses elementos, o mesmo acontece com a vida coletiva, que existe no todo formado pela reunião de indivíduos (Durkheim, 1970).

O agrupamento das partes que formam o todo não se dá de forma repentina, há uma série de fatores intermediários para que aconteça e a partir disso, surgem novos fenômenos que não derivam diretamente dos elementos associados. Sentimentos privados são unificados e transformados e, nesta associação, a síntese é obra do todo. A resultante ultrapassa o indivíduo e o todo ultrapassa a parte. Assim, torna-se claro, que representação coletiva não pode ser reduzida a um conjunto de representações individuais.

Mesmo fundamentando-se na conceituação de Durkheim para construir sua teoria, Moscovici também o critica, chamando atenção para “*o perigo implícito de esquecer que a*

força do que é coletivo (Durkheim sugeriu o termo representações coletivas), encontra a sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais, que o desafiam e se necessário o transformam” (Guarenschi & Jovchelovitch, 1995:19).

Diferente das sociedades modernas, estudadas por Moscovici, que tem como características serem dinâmicas, no modelo de sociedade de Durkheim as mudanças ocorriam lentamente (Guarenschi, 1995).

Segundo Farr (1995), Moscovici considera mais adequado num contexto moderno, o estudo das representações sociais tendo em vista a complexidade destas sociedades. O conceito de representações coletivas, utilizado por Durkheim era mais apropriado para fenômenos que apresentavam uma certa estabilidade.

“As sociedades modernas são caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. Há, nos dias de hoje, poucas representações que são verdadeiramente coletivas” (Farr, 1995:44-45).

Assim, a Teoria das Representações Sociais, de Moscovici distingue-se por sua mobilidade, permeabilidade e flexibilidade.

“As representações sociais, portanto, são a expressão de permanências culturais como são o locus da multiplicidade, da diversidade e da contradição” (Spink, 1993:305).

A representação social modela o que é dado do exterior, a partir da relação dos indivíduos e grupos com objetos, atos e situações estabelecidas por inúmeras interações sociais. A reprodução feita pela representação demanda modificação das estruturas, dos elementos, enfim, uma reconstrução daquilo que é dado no contexto de valores, regras e noções. É importante entender que não há um corte dado entre universo exterior e universo do grupo, ou do indivíduo e que o objeto está inserido num contexto dinâmico, parcialmente concebido pelo coletivo ou indivíduo como prolongamento de seu comportamento (Moscovici, 1978).

“Ela (a representação social) consegue inculcar um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes” (Moscovici, 1978:49).

Entendidas nas Ciências Sociais como categorias que revelam, explicam ou questionam a realidade, as representações sociais são consideradas matérias primas para a

análise do social. Mas, é fundamental lembrarmos que cada grupo social tem sua representação particular de acordo com a posição na sociedade e interesses específicos (Minayo, 1995).

“As representações sociais não são necessariamente conscientes. Podem até ser elaboradas por ideólogos e filósofos de uma época, mas perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz a partir das estruturas e das próprias categorias de pensamento do coletivo ou dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam como elaboradas teoricamente por algum filósofo, elas são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso mesmo, nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo” (Minayo, 1995:109).

As representações sociais aparecem como construções contextualizadas de sujeitos sociais à respeito de objetos socialmente valorizados, podem ser identificadas através dos saberes populares e do senso comum. É uma forma de conhecimento particular que elabora comportamentos e comunicações entre os indivíduos no contexto social.

Sendo uma das formas de apreensão do mundo concreto, ela motiva e facilita a transposição de conceitos e teorias para o plano do saber imediato e permutável, promovendo comportamentos ou visões socialmente adaptados ao conhecimento real. Nela percebe-se uma reflexão coletiva, direta e diversificada.

“Por um lado, a representação toma o lugar da ciência e, por outro, a constitui (ou a reconstitui) a partir das relações sociais envolvidas; de um lado, portanto, através da representação, uma ciência recebe uma duplicação, sombra colocada sobre o corpo da sociedade, e, de outro lado, ela se desdobra - na medida em que está fora do ciclo e no ciclo das transações e dos interesses correntes da sociedade” (Moscovici, 1978:78).

A análise das representações sociais nos permite encontrar não só os elementos estáveis e contraditórios do discurso social, como também a riqueza do simbólico presente no senso comum que traz à tona o sentimento, a emoção, o entendimento e o sentido que os sujeitos sociais dão à sua realidade.

A utilização do conceito de Representações Sociais nos possibilita a compreensão, não só do significado do HIV no projeto de vida dos militares, como também nossa entrada

no desconhecido universo da Marinha, revelando desde o orgulho de vestir uma farda, até o duro sistema hierárquico.

Assim, percebendo a necessidade de compreensão do contexto na qual são produzidas as representações sociais sobre a infecção pelo HIV e o fim da carreira dos entrevistados, procuramos recuperar a forma como estas pessoas se apropriam das representações sociais predominantes sobre a doença e suas consequências para a carreira militar e a partir daí, constróem as suas.

2- Estratégias de Investigação

O estudo divide-se em duas fases: A primeira foi desenvolvida através da coleta e análise de dados secundários (legislação, Registros Médicos, Diário Oficial, documentação histórica), que forneceram informações contextuais, importantes para a descrição das situações sociais. Buscou focar essencialmente a legislação pertinente ao afastamento do indivíduo por doenças incapacitantes na Marinha. Possíveis alterações na legislação e suas consequências, também foram registradas. Esta fase foi fundamental para a compreensão do processo “oficial-burocrático” pelo qual passa o indivíduo.

A segunda fase do trabalho compreendeu entrevistas semi-estruturadas com indivíduos que foram afastados ou reformados por serem soropositivos. A existência de um grupo de pessoas soropositivas que se reúne todas as quintas-feiras no Hospital Naval Marcílio Dias, foi a informação fundamental para a localização dos entrevistados. Ela foi dada pelos dois informantes privilegiados. Neste contexto, entende-se como informantes privilegiados aqueles que possuíam atributos que a pesquisa desejava conhecer. A diversificação dos atributos foi importante para que pudéssemos perceber semelhanças e diferenças.

As entrevistas seguiram um roteiro (em anexo) que envolvia os seguintes pontos: a) razões para escolha da carreira militar e as mudanças decorrentes dessa inserção; b) descoberta do estado de soropositividade; c) reações dos companheiros; d) o processo de afastamento e reforma; e) reconstrução do projeto de vida; e f) sugestões e comentário a respeito da normatização do processo de afastamento e reforma.

Como foi anteriormente mencionado, os primeiros contatos com os dois informantes privilegiados foram feitos no Grupo Pela Vidda/RJ. O acesso, a

disponibilidade para contribuir com a pesquisa em vários momentos, a reforma dada em épocas diferentes e a atitude frente ao processo de afastamento foram atributos importantes que tornaram essas duas pessoas informantes privilegiados.

Para participar deste grupo foi necessário um encaminhamento (informal) da Diretoria de Saúde da Marinha a uma enfermeira do setor de doenças infecto-parasitárias (DIP) do Hospital Naval Marcílio Dias. Esta profissional, participante do grupo, foi bastante solícita em acompanhar e apresentar a pesquisadora aos demais. Na primeira reunião, o aparecimento da discussão sobre afastamento e reforma, que surgiu logo no início, foi oportuno para a exposição da proposta da dissertação. O assunto que pareceu ter surgido tão rápido por uma feliz coincidência, é debatido constantemente. Todos falam abertamente de sua “mágoa”, “tristeza” e por que não dizer revolta em relação à legislação das Forças Armadas. Após a reunião, muitos quiseram dar entrevistas.

Vale destacar que um dos informantes estava na primeira reunião, o que de certa forma deu respaldo a apresentação da pesquisadora. Ele é um militar da Marinha reformado e tem uma forte atuação quando comparece às reuniões, pois sempre leva materiais informativos do Grupo Pela Vidda e introduz discussões sobre sua experiência com o HIV e/ou com o ativismo.

Como no grupo não havia militares do sexo feminino, buscou-se outras formas de abordagem. A única entrevistada foi contactada através de um infectologista que, após conversa informal, informou a pesquisadora ter uma paciente com os pré-requisitos da pesquisa, em seu consultório particular.

As entrevistas duraram em média uma hora e meia e a escolha dos locais para realizá-las foi de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, podendo ser em suas casas ou de parentes, assim, como no Hospital Naval Marcílio Dias ou no Grupo Pela Vidda/RJ. A transcrição das fitas procurou ser fiel à gravação, apenas eliminando repetições e introduzindo pontuação, respeitando a fala e pausas dos entrevistados. Os nomes utilizados nas entrevistas são todos fictícios.

2.1 - Descrição do Estudo

A presente pesquisa tem por objeto de estudo, o recorte situacional do afastamento e reforma dos militares infectados pelo HIV na Marinha. A investigação, um estudo de

caso, centra-se na análise das representações sociais sobre o estigma originado pela soropositividade e seu consequente reflexo na carreira militar.

“O termo ‘estudo de caso’ vem de uma tradição de pesquisa médica e psicológica, onde se refere a uma análise detalhada em um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada; o método supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno adequadamente a partir da exploração intensa de um único caso. Adaptado da tradição médica, o estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades de análise das Ciências Sociais” (Becker, 1994:117).

Optou-se pela pesquisa qualitativa, buscando trabalhar com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1994).

Os dados, na pesquisa qualitativa, ao serem coletados e analisados exigem do pesquisador flexibilidade e criatividade. A representatividade destes dados *“está relacionada à sua capacidade de possibilitar a compreensão do significado e a ‘descrição densa’ dos fenômenos estudados em seus contextos e não à sua expressividade numérica”*(Goldenberg, 1997:50). Esta abordagem nos permite responder questões muito particulares, enfocando um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Buscou-se assim, responder as questões iniciais e ampliar o conhecimento sobre o tema, articulando-o com seu contexto. Foi necessário um esforço teórico para ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma análise dos documentos, textos, biografias, legislações e entrevistas, de forma mais distanciada.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser entendida como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin, 1977:42). Do ponto de vista analítico instrumental este conceito foi fundamental para a compreensão dos dados fornecidos nas entrevistas.

Ele permitiu explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão deste conteúdo, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares. O objetivo desta

abordagem foi o de efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens do estudo.

A referência utilizada para estruturar os núcleos temáticos identificados nas entrevistas foi o trabalho de Takahashi (1997), *“The Social-Spatial Stigmatization of Homelessness and HIV/AIDS: Toward an Explanation of The Nimby Syndrome”*. O autor utiliza os conceitos de não-productividade (relacionada com funcionabilidade); periculosidade; e culpabilidade pessoal para caracterizar o estigma de pessoas desabrigadas e soropositivas. Estas três dimensões foram importantes para analisar as representações dos entrevistados sobre a vivência com HIV e o processo de reforma na Marinha. É importante ressaltar estes conceitos não tem uma relação direta com categorias das ciências jurídicas.

Na análise, foi necessária a atenção para compreender o sentido da comunicação, como um receptor normal e também, escutá-la numa outra direção, atingindo através de significados ou significantes, outros “significados”, que estão relacionados à questões políticas, psicológicas, sociológicas (Bardin, 1977).

Deve-se ressaltar que a discussão dos núcleos temáticos será ampliada com a introdução de alguns estudos sócio-históricos (Moraes & Carrara, 1985; Carrara, 1996; Richards, 1993) visando iluminar as múltiplas possibilidades de "ancoragem" (Spink, 1993), das quais os sujeitos se utilizam para se apropriar das representações sociais predominantes.

2.2 - Abordagem e Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

O grupo

Este grupo de pessoas soropositivas que se reúne todas às quintas-feiras no Hospital Naval Marcílio Dias, em uma sala junto a DIP, que fica num prédio a parte. Foi criado em abril de 1997, com o objetivo de *“fornecer apoio psicológico e social aos pacientes HIV+, promover mais solidariedade e troca de informações entre os pacientes, diminuir o isolamento, os preconceitos, os mitos dos próprios pacientes a respeito da AIDS”* (Salles, 1997).

A coordenação é feita por uma psicóloga e uma assistente social e a participação de médicos e outros profissionais de saúde é feita de acordo com a demanda do grupo.

Eventualmente, um Capelão da instituição também participa. O grupo é aberto, com reuniões semanais e foi criado com término previsto para seis meses, pois segundo sua coordenadora, foi inicialmente idealizado como um grupo de "psicoterapia" (com temas específicos escolhidos para discussões), mas em decorrência da necessidade, isto foi alterado e o grupo passou a ter uma função de ajuda-mútua com discussões sem tema pré-fixado e sem tempo previsto para o término.

Os "*temas mais significativos para o grupo*" são: como soube e como reagiu ao saber que era soropositivo (tema abordado na primeira vez), como lida com a morte, idéia de suicídio, avanços no tratamento e medicamentos (adesão e efeitos colaterais), o dilema de revelar sua soropositividade para parentes, parceiros sexuais e amigos, mudanças no comportamento sexual, homossexualidade, a falta do trabalho, sexo como forma de contaminação, abandono e rejeição (Salles, 1997).

A reunião é permeada por um clima de solidariedade e procura facilitar a aceitação da doença, minimizar os efeitos do isolamento e da rejeição, além de funcionar como um "*pronto atendimento*" (Salles, 1997).

O "*aparecimento de elementos psicóticos e psicopatas, que provocam conflitos*" (logo encaminhados ao atendimento individual), a resistência em procurar a reunião com medo de ser identificado por quem passa pela sala e as questões polêmicas (orientação sexual, infidelidade, drogas) são vistas como as maiores dificuldades encontradas pelo grupo. Segundo a psicóloga, coordenadora do grupo, a presença de familiares, companheiros ou amigos dos clientes é responsável por uma diminuição do fluxo de participantes.

A participação da pesquisadora nas reuniões foi durante o período de seleção dos entrevistados e das entrevistas. Após este período, mesmo estando afastada das reuniões, o contato foi mantido através de telefonemas para a coordenadora do grupo ou para os entrevistados.

Os entrevistados

Os entrevistados deveriam ter apenas dois pré-requisitos: ser militares da Força em estudo e soropositivos. Foram realizadas dez entrevistas, com nove pessoas pertencentes ao sexo masculino e uma ao feminino.

“O número de pessoas é menos importante do que a teimosia em enxergar a questão sob várias perspectivas”(Goldenberg, 1997:50).

Podemos afirmar que estivemos atentos para a possibilidade de problemas de “representatividade” dos dados e da validade das informações coletadas. As diferentes inserções destes militares na Força, o período da descoberta da soropositividade e do conseqüente processo de afastamento permitiram uma rica coleta de dados e uma ampla visibilidade do fenômeno estudado.

A idade mínima encontrada foi vinte e cinco anos e a máxima foi quarenta e oito anos. Havia três cabos, um oficial, um soldado, um marinheiro, um oficial auxiliar e um terceiro sargento. A escolaridade dos três cabos é segundo grau (dois completos e um incompleto), assim como a do soldado e a do marinheiro; o oficial, oficial-auxiliar e o terceiro sargento tem curso superior completo. Cinco estão reformados e cinco em Licença de Tratamento de Saúde. A renda encontrada varia de quinhentos e vinte à dois mil e quinhentos reais.

Dos dez entrevistados, apenas três exercem atividade remunerada, um no mercado formal, com carteira assinada e os outros dois no informal, prestando serviços. Três são voluntários do Grupo pela Vidda/RJ, três não desenvolvem nenhum tipo de atividade, um é “voluntário” no Marcílio Dias e a moça é voluntária de uma creche, ligada a uma instituição espírita.

Ao utilizarmos entrevistas como uma estratégia de investigação, foi necessário contextualizar as relações pessoais e compreender as condições sociais de produção dos discursos, tanto do entrevistado como da entrevistadora. A fala e a observação nos possibilitam descrever e situar os fatos únicos e os cotidianos, construindo assim, cadeias de significação.

Segue abaixo um quadro com o perfil dos entrevistados:

Entrevistado	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação Atual	Renda	Inserção na Marinha	LTS ou Reforma
Eduardo	M	31	2º grau	Técnico em equipamentos biomédicos	Aproximadamente R\$1.200,00 (seiscentos e pouco da Marinha + R\$ 600,00 emprego atual)	Cabo (técnico em eletrônica)	Reformado por invalidez definitiva em 1998 (ficou em LTS por 2 anos e meio)
Júlio	M	“à beira dos 40”	Superior	Nenhuma	R\$ 2.500,00	Oficial (engenheiro)	Reformado por invalidez há mais de 5 anos (ficou em LTS por um ano e meio)
Renato	M	“entre 24 e 26 anos”	2º grau	Voluntário do GPV/RJ	R\$ 700,00	Cabo (enfermeiro)	LTS (há quase um ano)
José	M	26	2º grau (incompleto)	Agente de saúde	Aproximadamente R\$1.100,00 (R\$ 700,00 da Marinha + R\$ 300,00 emprego atual)	Cabo (eletricista)	LTS (um ano e meio)
Roberto	M	32	2º grau	Voluntário do GPV/RJ	R\$ 600,00	Soldado	Reformado por incapacidade definitiva para o serviço ativo em 1996 (ficou em LTS por 3 anos)
Alexandre	M	48	Superior	Nenhuma	R\$ 2.200,00	Capitão-tenente	Reformado por incapacidade definitiva para o serviço ativo em 1997 (ficou em LTS por 3 anos e alguns meses)
Hélio	M	36	Superior	Voluntário do GPV/RJ* (tesoureiro) e Contador em dois escritórios	R\$ 2.500,00 (R\$ 2.000,00 da Marinha + R\$ 500,00 do emprego atual)	Terceiro-sargento	Reformado por invalidez em 1992 (ficou em LTS por um ano e meio)
Robson	M	26	2º grau	Voluntário no serviço social do HNMD**	Entre R\$ 520,00 e R\$ 550,00	Marinheiro	LTS (há nove meses mais ou menos)
André	M	25	2º grau	Nenhuma	Entre R\$ 450,00 e 600,00	Soldado	LTS início de 98
Leila	F	29	Superior	Voluntária do Lar de Frei Luís	Entre R\$ 1.000,00 e 1.200,00	Terceiro-sargento	LTS desde 96

* Grupo Pela Vidua/RJ

** Hospital Naval Marcílio Dias

Capítulo III - Militares: Coragem, Disciplina e Vigor Físico

1 - Militares: Hierarquia e Carreira

O objetivo deste capítulo é apresentar ao leitor as características fundamentais do militar e de sua carreira. A pesquisa de documentos - memorandos internos, palestras em navios-escola, circulares - militares, os artigos de revistas especializadas, jornais e as entrevistas, nos possibilitaram descrever aspectos que serão bastante importantes para o entendimento das questões relativas ao HIV e ao militar pertencente à Marinha do Brasil.

Inicialmente, é interessante buscar a etimologia da palavra "career" (carreira), utilizada por Williams (1988) para uma melhor contextualização. Segundo ele, o termo não é apenas usado para descrever o progresso de um indivíduo na vida, ou, por derivação desta, na sua profissão ou vocação, mas também, pelo sentido original de "trajeto e/ou galope". No Século XVI, o termo surge com o sentido próprio de percurso, galope e por extensão qualquer atividade rápida e ininterrupta. No século XVII e XVIII, aplica-se à atividades irrestritas e contínuas, porém no século XIX, a palavra carreira adquiriu o conceito de progresso profissional. No século XX, tornou-se sinônimo de trabalho, exercício e emprego com uma conotação implícita de ascensão. Atualmente, entende-se como carreira, o trabalho contínuo realizado em determinada atividade sem que haja necessariamente progresso profissional, o que é diferenciado de trabalho, pois o primeiro é realizado em regime de continuidade de um ofício, e o segundo pode não ter a continuidade de uma atividade anterior (William, 1988).

O nascimento da Marinha do Brasil é caracterizado historicamente por uma batalha no Rio de Janeiro, em 1567, sob o comando de Mem de Sá e auxiliada por índios de Martim de Afonso Araribóia (trazidos desde o Espírito Santo pelo Padre José de Anchieta) com objetivo de defender o território ameaçado por invasores franceses. Esta batalha foi toda desenvolvida no mar, ou a partir dele e pela primeira vez uniu portugueses e indígenas em um combate (Marinha do Brasil, 1999).

Segundo a lei 6.880, de 9 de Dezembro de 1980, que estabelece o Estatuto dos Militares, a carreira militar tem como característica o desenvolvimento de atividades ininterruptas e inteiramente dedicadas às finalidades essenciais das Forças Armadas, isto é, *“defender a Pátria e garantir os poderes constituídos, a lei e a ordem”*(Brasil, 1980:5). As

Forças Armadas Brasileiras são constituídas pela Marinha do Brasil, pelo Exército e pela Aeronáutica.

O Art.3 desta lei, indica que *“os membros das Forças Armadas, em razão de sua destinação constitucional, formam uma categoria especial de servidores da Pátria e são denominados militares”*(Brasil, 1980:5).

De acordo, com as normas do Estado Maior das Forças Armadas (EMFA), o indivíduo que segue a carreira militar terá que obedecer a severas regras disciplinares e a rigorosos princípios hierárquicos, que regularão toda sua vida profissional e pessoal. Com crenças, valores e símbolos peculiares, os militares compartilham de preceitos que representam a base da profissão. Dentre os principais valores estão o patriotismo que evoca fidelidade à Pátria e sacrifício da própria vida, *“civismo e o culto das tradições históricas”*, amor à profissão e entusiasmo com o exercício desta, além de *“aprimoramento técnico-profissional”*(Brasil, 1980:13). Segundo Luz (1989), este é o cenário que permeia a formação militar:

“Todos temos nossa formação moral, ética, profissional. Nesse quadro, os valores maiores dos cidadãos militares, hierarquia e disciplina, nos mantém coesos, silenciosos, dedicados ao Serviço e a nossos Chefes, que consideramos estejam conduzindo as Forças Armadas no melhor rumo possível em face da conjuntura dos tempos difíceis que estamos vivendo. Estamos em silêncio, mas pensamos” (Luz, 1989: 103).

Segundo Alexandre, que esteve na carreira militar por aproximadamente trinta anos, a disciplina exigida transforma a realidade até então existente, na vida civil.

“É houve mudança, porque quando eu era garoto, eu não tinha essa disciplina, eu nunca tinha trabalhado até então, tá ? Não tinha trabalhado fixo, era estudante, estudava, brincava na rua com os garotos e quando entrei pra Marinha tive que passar por essa disciplina rígida, que é o quartel, né ? E isso mudou totalmente a minha maneira, de encarar a vida porque, eu tinha uma vida praticamente solta, passei a ter uma vida disciplinada, segundo aquelas normas rígidas, que naquela época era sessenta e nove, ainda tava em plena revolução, aquele militarismo brabo, então mudou totalmente minha vida, nesse sentido. Passei a não ter praticamente liberdade, liberdade vigiada, condicionada, mas gostava daquilo” (Alexandre).

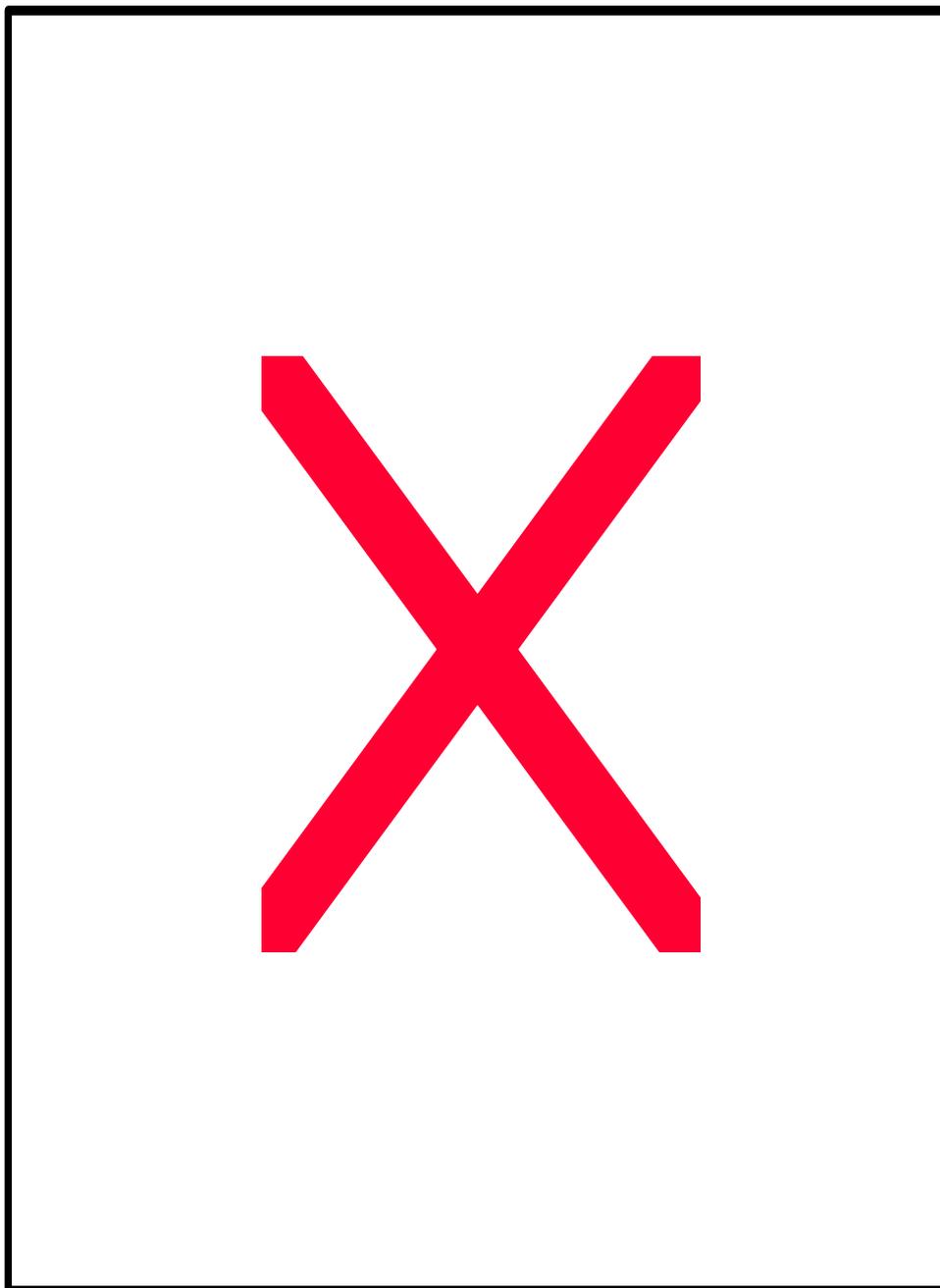
A doutrina que perpassa toda esta carreira aparece como fundamental para a formação do "espírito de grupo" e do amor pela instituição, profundamente arraigado na fala dos entrevistados.

"E nesse período que existia esse espírito de corpo, que era o indivíduo gostar daquilo que tava fazendo, que se criava no soldado, amor à pátria, o amor à instituição, o amor ao corpo de fuzileiros, enfim que a Marinha fosse a, o melhor das forças. Então, o pessoal desse período, que absorveu esse endoutrinamento, absorvemos bem, nós criamos um, um amor muito grande à Marinha e a instituição e ao país, isso, isso...serviu pra durante toda minha vida de Marinha, esse espírito nunca terminou (falou num tom melancólico)" (Alexandre).

"Então, fazia uma coisa que me dava prazer, tá ? Nunca faltei um serviço, eu nunca tive um, um livro de contravenção, que é quando a gente tá errado, vai pra um livro, eu nunca tive isso, sempre fiz o que tinha que fazer, cumpria, tá ? Nunca fui de discutir com ninguém, porque na Marinha é o tal, a gente, manda fazer, a gente tem que fazer, não tem que ficar discutindo idéia, se o superior manda, a gente faz, eu nunca tive problema com isso. Se manda fazer, me manda que eu faço. Eu não tenho grilo com isso, que eu gostava daquilo ali. Sempre tive na Marinha mesmo, por amor. Amava demais aquilo ali, hoje em dia, não amo tanto, não. Mas, amava muito aquilo ali, sabe ? Aquilo ali era meu sonho, eu queria ir pra, tava fazendo concurso pra oficial, que eu tinha terminado a faculdade, pra poder seguir a carreira e continuar, né ? Ela não quis, eu acredito hoje em dia quem saiu perdendo foi ela (Riu)" (Hélio).

De acordo com o Art.14, da lei citada acima, hierarquia e disciplina formam a base institucional das Forças Armadas e devem ser mantida em todas as circunstâncias da vida entre os militares da ativa, da reserva remunerada e dos reformados. Autoridade e responsabilidade aumentam com o grau hierárquico. Hierarquia militar pode ser definida como "a ordenação da autoridade, em níveis diferentes, dentro da estrutura das Forças Armadas. A ordenação se faz por postos ou graduações; dentro de um mesmo posto ou graduação se faz pela antiguidade no posto ou a graduação. O respeito à hierarquia é consubstanciado no espírito de acatamento em seqüência de autoridade"(Brasil, 1980:8). A disciplina consiste na "rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo militar e coordenam seu funcionamento regular e harmônico, traduzindo-se pelo perfeito cumprimento do

dever por parte de todos e de cada um dos componentes desses organismos”(Brasil, 1980:9). Compreender esses dois princípios é de suma importância para perceber como os indivíduos se inserem neste sistema. O quadro que descreve a hierarquia e as explicações seguintes possibilitarão um entendimento claro sobre esta questão.



No quadro acima, percebe-se uma divisão em “*círculos hierárquicos*” que, segundo o Art.15, “*são âmbitos de convivência entre os militares da mesma categoria e têm a finalidade de desenvolver o espírito de camaradagem, em ambiente de estima e confiança, sem prejuízo do respeito mútuo*”(Brasil, 1980:9). O grau hierárquico do oficial é denominado Posto e é conferido por ato do Presidente da república ou do Ministro de Força Singular e confirmado em Carta Patente, enquanto o da Praça é denominado Graduação e é conferido pela autoridade militar competente.

Segundo o Art.17, “*a precedência entre militares da ativa do mesmo grau hierárquico, ou correspondente, é assegurada pela antigüidade no posto ou graduação, salvo nos casos de precedência funcional estabelecida em lei*” (Brasil, 1980:10). A antigüidade é um dado muito importante no entendimento da hierarquia militar e é contada a partir da assinatura do ato da respectiva promoção, nomeação, declaração ou incorporação. As obrigações que fazem parte do “*cargo militar devem ser compatíveis com o correspondente grau hierárquico e definidas em legislação ou regulamentação específica*” (Brasil, 1980:11).

Com base nas entrevistas, é possível afirmar que a inserção na Marinha do Brasil é na maioria das vezes motivada por um sonho, influência da família, possibilidade de trabalho estável ou simplesmente falta de opção, como podemos verificar a seguir.

“*Segundo os meus pais, eu sempre fui apaixonado pela Marinha, quando eu era pequeno, se eu via um marinheiro na rua, eu chamava de colega, entendeu ? Então, isso era uma coisa que eu sempre quis, quando eu fiz quatorze anos, eu fui trabalhar, porque tinha que trabalhar, aí fui trabalhar numa fábrica, mas assim que eu fiz dezoito anos, eu me alistei na Marinha, que era meu sonho mesmo, tá ali dentro, sempre gostei, ninguém nunca me mandou, eu fui porque eu quis mesmo, tá ? Me alistei, servi, resolvi ficar dentro da Marinha, onde saí porque ela botou pra fora. Eu sempre amei aquilo ali*” (Hélio).

É importante dizer, que ao relatar o período que antecedeu a entrada na Marinha do Brasil, aqueles entrevistados que não tinham planos de seguir uma carreira militar, não fizeram referência à qualquer tipo de projeto de vida profissional ou pessoal.

Segundo Castro (1993), na década de 80, o número de cadetes filhos de militares matriculados na AMAN (Academia Militar das Agulhas Negras) ultrapassou o de filhos de civis, resultado de uma tendência de longa duração. Apesar dos poucos dados disponíveis,

segundo o autor, a porcentagem de filhos de militares na Marinha e na Aeronáutica é bem menor que no Exército.

“Porque meu pai era militar, também. E, é a carreira que dá estabilidade, né? E é uma coisa que eu gosto, eu sou, eu gosto muito da minha Pátria, né? E eu acho que hoje em dia você, gostar, é valorizar a sua Pátria, é você servindo a ela. Não sei se, eu servia, a Marinha, da maneira que, se houvesse uma guerra, eu iria tentar fazer a paz, né? Claro que isso é contra os meus princípios, eu acho que paz, nem sempre é com guerra. Mas, é porque eu amo o Brasil, eu gosto muito do meu país, por isso que eu queria ser militar, também”(André).

O imaginário construído à respeito do poder das Forças Armadas como responsável por manter a ordem e defender a Pátria permanece ainda hoje, transformando a carreira num projeto familiar e influenciando muitos jovens que sonham com estabilidade e ascensão social.

“Olha, entrar pra Marinha, foi uma coisa engraçada, diferente, eu não tinha, desejos, não tinha vontade de fazer prova, nem passava pela minha cabeça a possibilidade. Tinha uma idéia vaga, disso, quer dizer, tenho contatos com pessoal militar e tal porque tenho primos né? No Exército, na Marinha, mas nunca conheci nenhuma mulher da Marinha, nunca, nunca lidei com isso e aconteceu porque foi armação, né? Da minha mãe com o meu primo, querendo que eu arrumasse logo um emprego, eu tinha acabado o segundo grau, acabei em 85 e em 86, eu tava fazendo a faculdade de letras, na Veiga de Almeida e minha mãe achou, deve ter pensado que era hora de eu começar a trabalhar, né?” (Leila).

A rígida formação exigida na instituição cria, muitas vezes, a expectativa de solução de conflitos individuais ou familiares, como por exemplo, em torno da orientação sexual.

“Bom, entrar pra Marinha foi sempre um sonho do meu pai e passou a ser um sonho meu, eu não conhecia a Marinha, eu morava em São Luís e eu não conhecia a Marinha. Eu tinha um irmão que fez prova pra oficial e passou, tava tudo certo, quando ele ia embora, por causa de uma namorada abandonou tudo. Então, depois de um tempo, até mesmo por ser homossexual, eu achava assim: ‘Ah, ser homossexual é porque eu tô aqui, teve uma iniciação sexual errada, de repente eu vou pra outra cidade, tudo muda’. E a oportunidade de fazer prova pra Marinha, ir pra outro estado, estudar e depois ir pra

outro, me fazia pensar que de alguma forma a vida ia mudar, né? E eu peguei, fiz prova, fui, gostei muito da Marinha, não foi nada do que eu imaginava em relação ao comportamento sexual e foi assim que eu entrei, né ?”(José).

Neste novo ambiente, cenário de diversas mudanças, principalmente na vida dos mais jovens, a mudança no estilo de vida é inevitável. A possibilidade de independência financeira, a saída da casa dos pais, o encontro com novas pessoas e novos lugares e ao mesmo tempo, as novas responsabilidades decorrentes do ideal de luta e amor pela Pátria são fatores que criam laços sociais e uma verdadeira integração entre aqueles que servem à Marinha do Brasil.

“Foi quando eu comecei a gostar, eu tinha 16 anos. Eu comecei a gostar muito da Marinha, me tornei assim, aquele militar que gostava de cumprir tudo certinho, não gostava de faltar ao horário, gostava de ter boas notas, porque isso era uma mania que eu tinha desde pequeno e eu me adaptei bem com a Marinha, ela tinha tudo a ver comigo, eu sempre gostei muito de viagens e isso faz parte do nosso roteiro. Então, eu criei toda uma vida em torno da Marinha do Brasil. Eu comecei a me dedicar a Marinha do Brasil como meu novo estilo de vida e o melhor que eu poderia ter tido. Pra mim a Marinha do Brasil era o meu sonho” (José).

A farda aparece como um dos elementos fundamentais na identidade comum criada entre os membros da instituição. A proibição do uso pode ser um dos pontos mais marcantes e dolorosos na ruptura da carreira.

“Eu gosto, eu amo aquilo ali. Nunca tive problema, eu gosto de marchar, cumprir aquela rotina, é sério, eu amava aquilo ali, sim. Nunca tive problema, fazia aquilo ali por amor mesmo, juro. Adorava aquela vida, minha farda, gostava. Hoje em dia, ela serve de fantasia... Tenho todas elas, nunca me desfiz de nenhuma. Tô pensando agora em jogar fora”(Hélio).

Desejada por muitas pessoas e suas famílias, a carreira militar gera a expectativa de estabilidade, de poder e porque não dizer *status*, em troca exige compromisso, coragem, fidelidade e renúncia à direitos importantes. A realização profissional só se concretiza com a ascensão e para isso, muitas vezes é necessário abdicar de alguns direitos individuais.

“Mas, mudou muita coisa, eu era visto com outros olhos, pelas pessoas. Militar, fuzileiro naval, ‘fala Naval’ e querendo ou não, o peito inflava, né ? Inchava. Maior orgulho, Fuzileiro. Sempre quando eu ia falar com alguém: ‘ah, que que você é ?’. ‘Ah, eu

sou Fuzileiro. ‘Ah, que que é Fuzileiro?’ ‘Tropa de elite da Marinha’ (falou com tom de orgulho). *Aí, o pessoal ficava, ‘pô, tropa de elite’. Mas, em matéria assim, o que mudou minha vida, mudou muita coisa*” (André).

Ao ingressar nas Forças Armadas, o militar não poderá exercer qualquer outra atividade profissional. Deve estar disponível ao longo das 24 horas do dia, sem direito a qualquer remuneração ou compensação extra. Alguns direitos sociais garantidos, em caráter universal, à todos os trabalhadores, não são assegurados aos militares, como por exemplo: a) remuneração do trabalho noturno superior ao do diurno; b) jornada de trabalho diário limitada a 8 horas; c) obrigatoriedade de repouso semanal remunerado; e d) remuneração de hora extra, em decorrência de uma jornada superior a 8 horas diárias (EMFA, 1995).

Sua condição jurídica, segundo artigo 7º, da lei 6880, é definida pelos dispositivos da Constituição que lhes forem aplicáveis, pelo Estatuto e pela legislação, que lhes outorgam direitos e lhes impõem deveres e obrigações (Brasil, 1980). A forma como estas obrigações são impostas geram muitas vezes, a indignação, que são silenciadas pelo medo de punição e pelo respeito ao sistema .

“Então, essas coisas iam me revoltando. É um contato que você não tem jeito, você tem aquele impacto e você tem que absorver aquilo. Você vai ter que baixar a cabeça. Você vai ter que dizer sim senhor, não senhor. E isso foi a parte frustrante da Marinha e quando você começa a ver que os seus direitos são concessões, são apenas concessões, direito de licença, você tem hora pra chegar, não tem hora pra sair, então essas coisas foram me desgastando muito com a Marinha, então o meu primeiro ano, meus primeiros dois anos foi muito, foram muito, muito, muito... ásperos” (Eduardo).

As exigências da profissão do militar refletem nas condições que garantem a infraestrutura da vida de seus familiares. A formação do patrimônio familiar é dificultada, assim como, a educação dos filhos prejudicada pela possibilidade de mudanças para outras regiões do país (EMFA, 1995).

Finalmente, como foi demonstrado, para seguir a carreira militar há a necessidade de uma rigorosa e diferenciada formação, além de uma dedicação exclusiva, o que dificulta o reingresso do indivíduo no mercado de trabalho, quando este é considerado inativo.

2 - Militares da Marinha do Brasil e as Doenças

As doenças sempre foram motivos de grande preocupação para as Forças Armadas, não só pela ameaça ao vigor físico do indivíduo, fundamental para o sucesso das estratégias de defesa da nação nos casos de instabilidade interna ou manutenção da segurança externa, como também, por sua possível repercussão na coletividade. O perigo do contágio e a diminuição da capacidade produtiva do indivíduo estão presentes em grande parte dos documentos que tratam da saúde e assistência médico-social na Marinha.

O vigor físico é um atributo importante na carreira militar. O militar deve estar sempre preparado, não só para eventuais conflitos, mas também, no tempo de paz e para isso *“exigem-lhe elevado nível de saúde física e mental”* (EMFA, 1995:12). A possibilidade iminente de um dano físico ou da morte é um risco constante da profissão, a ser considerado.

“Todo homem tem o dever de proteger a sua saúde. Para o Militar este cuidado é maior ainda, para que possa a qualquer momento cumprir suas obrigações para com a Patria, a quem prometeu servir de corpo e alma”(Medina, s/d:1).

Princípios fundados na eugenia permanecem, ainda nos dias de hoje, como fundamentais entre os militares. Os ideais eugênicos que pensavam a nação como um corpo homogêneo e saudável, composta de uma população de *“raça pura e forte”* (Schwarcz, 1993), ainda ressoam na estrutura das Forças Armadas, principalmente nos atributos exigidos entre os que seguem a carreira.

Nesse esforço para obtenção de uma raça pura e forte, “perfeita” no aspecto físico e intelectual, uma noção ampliada de “doença”, que inclui indigentes, mendigos, criminosos e pessoas que vivem do jogo, do vício e da libertinagem, dividirá o país entre *“capazes e incapazes, entre perfectíveis e degenerados”*(Schwarcz, 1993:234). Esta concepção servirá de respaldo para médicos eugenistas proporem e executarem métodos de controle da população com o objetivo de *“prever a futura geração do país e de eliminar a descendência não desejável”* (Schwarcz, 1993:236). Assim, é por meio da ciência que projetos autoritários e violentos vão encontrar sua justificativa.

Ao analisarmos os documentos médicos da Marinha, percebemos a grande mobilização que as doenças infecciosas produziram. Considerada um dos flagelos da

Marinha de Guerra, o beri-beri foi uma doença importante nas discussões médico-militares do final do século XIX e início do século XX, pois atingia intensamente as tripulações dos navios.

Até o início deste século, o beri-beri era considerado uma doença infecciosa, passível de contagiosidade. A afirmação, baseava-se em estudos médicos do final do século XIX, que utilizavam a observação do quadro sintomático das diversas formas clínicas da doença, as possíveis influências etiológicas e a maneira como ela se desenvolvia para suas conclusões. Apesar de todas as incertezas em torno do possível agente etiológico do beri-beri, estava claro que a alimentação quantitativamente ou qualitativamente insuficiente, favorecia o aparecimento da doença. Acreditava-se que a cura desse “*mal contagioso*” só era possível com a mudança de ambiente. Os doentes eram levados aos sanatórios, onde recebiam super-alimentação, descanso e terapias alternativas, como por exemplo, hidroterapia (França, 1961).

Somente na década de 50, o beri-beri é conceituado como uma avitaminose, isto é, uma moléstia decorrente de uma insuficiência de vitamina B1 no organismo. A idéia de uma teoria alimentar como responsável pela doença toma força, quando em meados de 1940, após estudos, nenhum agente etiológico, bacteriano ou viral é encontrado.

Hoje, fica claro que o tratamento que tinha como base a mudança de ambiente, na verdade era bem sucedido porque promovia uma mudança substancial na alimentação (França, 1961).

A tuberculose foi a doença que, nas Forças Armadas, substituiu em gravidade o beri-beri (França, 1961). A preocupação era constante, principalmente por atingir pessoas em idade economicamente ativa, produzindo transtornos para os quadros da Marinha.

“Constitui indiscutivelmente a Tuberculose um dos grandes flagelos da humanidade. É a chamada universalmente Peste Branca porque os seus malefícios ao genero humano sómente lembram em parecença e terrores à outra Peste, denominada de Negra. Pestes Brancas e Negra, em seus malefícios e desastres, correm paralelas”(Medina,1940:5)⁸.

“Nunca devemos perder de memoria que a Tuberculose é a Peste Branca, que é uma epidemia, a ultima grande epidemia sobrevivente no mundo civilisado. Que é uma

⁸A grafia original foi mantida em todas as citações.

moléstia que atinge a humanidade na sua própria maneira de viver - a sociedade. Que é moléstia individual, mas principalmente coletiva - a Peste Branca”(Medina, 1940:8).

A tuberculose por ser altamente contagiosa, atingiu ao longo dos anos, vários contingentes da Marinha, causando perdas e gastos significativos.

“Conforme inferimos de nossa exposição, a Tuberculose constitui um grande flagelo. Constitui mesmo para todos nós, pelas razões contaminatórias, nós que fazemos na Marinha uma vida de coletividade, uma reedição de lendária história da espada de Damocles. Vemos a cada passo caírem no meio da jornada amigos e companheiros nossos. Amigos e companheiros nossos de club, de navio, de Praça d’Armas, marinheiros de nossos navios e marinheiros particularmente a nós afetos pelo trato das nossas divisões e incumbências de bordo. Temos visto muitos ficarem em meio do caminho! É uma exclamação dolorosa!”(Medina, 1940:8)

A inexistência de remédios e os tratamentos pouco eficazes contra a doença, na década de 30, reforçavam a importância da profilaxia na sociedade em geral e principalmente entre os militares.

“A prophylaxia da tuberculose é para os governos da maior importância do ponto de vista econômico, pela soma de riqueza que pode ser ganha em vidas humanas com sua execução.

E os governos, conscientes verdadeiramente do seu dever, não devem encarar este problema somente generalizando-o e sim também particularizando-o na preservação das classes militares.

O militar, elemento que promana do povo e para o povo se sacrifica, na paz e na guerra, é columna mestra da sociedade, na qual se apoia o futuro da nacionalidade, os seus destinos, a sua evolução, sua riqueza, sua honra, sua soberania.

Cogitar do bem estar, da conservação e preservação da saúde da tropa de mar e terra, é predicado de alta sabedoria, de grande visão, de uma política inteligente e altamente patriótica”(Alencar, 1935:66).

Considerando a idade média das pessoas afetadas pela doença, a Marinha tinha como parte do tratamento, a *“conservação da aptidão ao trabalho”*(Alencar, 1935:29) para o retorno do doente à sociedade, após o período de isolamento.

“É triste dizer, em face da dolorosa realidade que enfermidade tão mortífera e acambrunhante ataca de preferência os novos, durante a fase de maior eficiência e

actividade da vida humana, dos 20 aos 40 annos de idade! É, pois, um elemento propulsor de degeneração do organismo e da raça”(Alencar, 1935:64).

Os estudos que mostraram que a tuberculose não era uma doença hereditária representaram um importante passo para o conhecimento da mesma.

“Não constitue em absoluto molestia hereditaria. Antigamente reconhecida como tal, hoje não mais é assim considerada graças aos estudos de fama mundial de um insigne brasileiro. Refiro-me a Cardoso Fontes, uma das nossas glorias e provector Diretor do Instituto Oswaldo Cruz (Manguinhos)”(Medina, 1940:5).

A idéia de manutenção do equilíbrio no organismo era vista como ponto fundamental para evitar a manifestação da doença no indivíduo. *“Organismo e germe vivem em um verdadeiro equilibrio. Basta o rompimento desse equilibrio para que a molestia se manifeste. E daí se inicia todo o cortejo, toda ‘via crucis’ de um tuberculoso”* (Medina, 1940:5).

Repouso, boa forma, ar puro, praticar exercícios ao ar livre, boa alimentação, faziam parte das orientações dadas pelos médicos como forma de evitar o desequilíbrio que propiciava o aparecimento da doença.

A tuberculose esteve associada à basicamente duas representações. Na primeira, marcante no final do século XVIII, era definida como *“doença romântica”* identificada como uma doença de poetas e intelectuais; na segunda, concebida no final do século XIX e consolidada no decorrer do século XX, era tida como *“mal social”*. Assim como, a epilepsia, a loucura, o alcoolismo e as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose fazia parte das doenças que, segundo os eugenistas, deveriam ser descobertas nos exames pré-nupciais, a fim de evitar casamentos que pudessem gerar uma maior *“degeneração da raça”*.

A readaptação ao trabalho era uma preocupação central para a Marinha, desde a entrada do indivíduo com tuberculose no sanatório. Nesse sentido, eram utilizadas técnicas para que o indivíduo não perdesse sua capacidade produtiva, mantivesse a saúde estável e não oferecesse riscos de contágio aos colegas de trabalho.

“A experiencia nos aconselha manter tanto quanto possivel o doente em sua profissão. Sómente quando esta é penosa, é que se deve cogitar em sua substituição por uma outra mais suave.

Entretanto, importa confessar, uma mudança de profissão num adulto, é uma revolução econômica e psicológica, é talvez a perda de uma riqueza já adquirida”(Alencar, 1935:30-31).

As doenças sexualmente transmissíveis, sempre permeadas de valores morais, também aparecem como motivo de grande preocupação nos documentos médicos da Marinha. De acordo com Medina (1940), as “*moléstias venéreas*”, ou como eram popularmente conhecidas, “*doenças do mundo*”, além de causar o sofrimento e o risco de morte do indivíduo, colocavam da mesma forma em perigo a saúde da coletividade.

Em março de 1921, foi estabelecido um programa de profilaxia antivenérea para as Forças Armadas, a partir de representantes do Departamento Nacional de Saúde Pública e dos Ministérios da Guerra, da Justiça e da Marinha. As recomendações, nesta época, não incitavam à castidade ou a um comportamento mais moralizado, nem priorizavam o afastamento dos homens dos “*focos de infecção*”, mas divulgavam e promoviam ações profiláticas individuais ou como era conhecida a “*desinfecção pós coito*”. Previa-se a instituição de “*gabinetes de desinfecção*” para fornecimento de pomadas e soluções apropriadas para desinfecção dos membros da corporação, após as relações sexuais. Vale lembrar que a desinfecção deveria ser feita após relações sexuais com uma “*mulher suspeita*” (Carrara, 1996).

A profilaxia individual era considerada como tecnicamente indiscutível e seu fracasso no exército, por exemplo, foi explicado em 1929 como resultado, de um lado “*pela falta de interesse e apoio material e moral dos comandantes e oficiais; de outro pela falta de instrução dos soldados*”(Silva apud Carrara, 1996: 238).

As palestras ministradas, na década de 40, nos navios-escola, no entanto, ainda enfatizavam a necessidade de medidas profiláticas como forma de evitar estas moléstias. As orientações que estavam baseadas, fundamentalmente, em ações de responsabilidade individual, priorizavam as medidas higiênicas e o uso do preservativo Gauducheau⁹ (pomada utilizada como profilático pan-venéreo) e o controle dos excessos sexuais.

“(…) Já não vemos o triste espetáculo de ao chegar o navio ao porto, dirigirem-se os licenciados em massa aos prostibulos e bordeis. Já não vemos, felizmente, a marujada tomada do desejo vicioso de conhecer as mulheres de todos os portos, em extravagancia

⁹ “Na Marinha, o nosso Laboratório Farmaceutico Naval paga a pomada de Gauducheau, preparado superior ao Metchnickoff. A pomada de Gauducheau é um profilático pan-venereo. Recomendamos o Gauducheau plenamente confiantes em suas grandes virtudes profiláticas” (Medina, s/d).

sexual e habito lamentavel. O marujo atualmente dedica-se aos esportes, aos estudos, ao trabalho, às suas incubencias e sexualmente conhece a profilaxia competente e necessária, encontrando a bordo os meios preciosos à uma higiene e levando consigo o preservativo Gauducheau eficiente e acautelador”(Medina, 1940:16-17).

Segundo Medina (1940), o cancro venéreo ou mole, por exemplo, estava diretamente associado à pouca higiene e poderia ser plenamente evitado com um “*asseio regular dos órgão genitais*”, seu tratamento era “*fácil e radical*”, já que era uma doença de ação local - “*destruidora e mutilante*”. Diferente da sífilis, ela não tinha efeitos gerais sobre o organismo.

“É doença das prostitutas baratas e imundas. É doença da gente pouco amiga das mais comessinhas regras higiênicas. Gente suja. (...) Atendem bem nisso, pois que todo portador de cancro mole constitue-se um inimigo da mais banal limpeza e ainda mais trata-se de um indivíduo que procura alguém com os mesmos requisitos de negativa higiene”(Medina, 1940:15).

É interessante notar como a doença envolve uma série de conseqüências que passam a qualificar a pessoa num campo moral, conduzindo-a a uma situação de diferença ou marginalidade.

A sífilis era vista como uma moléstia horrível, que caso não fosse bem tratada poderia fazer do “*doente um paralitico e muitas vezes um louco*” (Medina, s/d:1). Além de extremamente contagiosa e da transmissão por via sexual, a sífilis preocupava pela ameaça que representava às gerações futuras, pois sua transmissão poderia ser de forma congênita. Segundo Carrara (1996), foi esta característica hereditária (efeitos da herança mórbida) que singularizou a sífilis perante todas as outras doenças infecciosas transmitidas sexualmente na época.

“É importante lembrar que, se o excesso sexual deixava de ser causa imediata das doenças venéreas, ele continuaria por outras razões a ser um importante fator morbífico. Sua importância enquanto fator de degeneração, por exemplo, será amplamente explorada e divulgada pelos médicos até meados do século XX”(Carrara, 1996:33).

A expectativa de preservação e melhoria da raça foi, segundo Carrara (1996), a grande justificativa da luta antivenérea realizada no Brasil do início do século XX até a década de 40. As orientações dos seguidores desta luta também priorizavam a questão do

autocontrole, principalmente do comportamento masculino como fundamental para a diminuição na transmissão das doenças.

“Os homens deveriam aprender a controlar seus impulsos e a moldá-los às novas expectativas; ser mais moralizados e abstinentes, segundo alguns, ser apenas suficientemente continentais, segundo outros, para, resistindo ao arrebatamento das paixões, exercitarem-se sexualmente apenas em condições medicamente definidas como seguras”(Carrara, 1996:292).

Enfim, somente com as medidas profiláticas em relação às doenças, principalmente, as sexualmente transmissíveis, a corporação poderia garantir uma guarnição saudável, composta por *“homens fortes para defender nossa bandeira”* e construir *“uma Marinha para defender a Pátria”*(Medina, 1940:17).

Nas Forças Armadas e fundamentalmente na Marinha do Brasil, as noções de elite, vigor físico e higidez, permanecem como fundamentais para que haja êxito nas ações ligadas à segurança e defesa do País. Assim, é neste cenário que a noção ampliada de “doença” ainda remanescente do pensamento eugenista ganha espaço, pois prejudica o exercício pleno do papel do indivíduo na Força, provoca gastos, diminui a produtividade e cria especulações e/ou preocupações em torno da saúde da coletividade.

No início da década de 80, deste século, o surgimento da epidemia de aids foi considerado uma nova ameaça, contribuindo para o temor da degeneração de um ideal de *“raça pura e forte”* que lute por sua Pátria. Grandes contingentes, de patentes diversas, foram e ainda hoje têm sido atingidos e muitos deles perdidos, ocasionando gastos com novos recrutamentos e programas de treinamentos.

A necessidade de cuidado constante com a saúde dos contingentes exige do Estado-Maior das Forças Armadas (EMFA) atualizações periódicas nas Normas que vão reger os procedimentos desta área no Exército, na Marinha e na Aeronáutica. A seguir explicitaremos as Normas que envolvem o afastamento por doenças incapacitantes, inclusive a aids, na Marinha do Brasil e respaldam a legislação específica.

3 - Marinha, Doenças e Normatização

Como já foi discutido anteriormente, as doenças são fontes de grandes preocupações para as Forças Armadas, sendo assim, torna-se necessário descrever como

estão estruturados os procedimentos que avaliam questões relacionadas a saúde e a capacidade produtiva do militar na Marinha do Brasil.

A legislação que normatiza os procedimentos para avaliação da incapacidade dos portadores de doenças especificadas em lei a serem observadas pelas Juntas de Saúde são resolvidas pelo chefe do Estado-Maior das Forças Armadas (EMFA), no entanto, cada Força tem suas próprias Instruções Reguladoras (IR).

Fazer um histórico das normas que regem os procedimentos de saúde na Marinha é uma tarefa árdua, principalmente para aqueles que não são militares, mas é de suma importância para entendermos o processo de reforma. Além de pesquisar a legislação e portarias publicadas no diário oficial, foi necessária a busca constante de memorandos e circulares internas para que pudéssemos acompanhar as alterações ocorridas.

Na Marinha do Brasil, a Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM) é a responsável por normatizar e adaptar as orientações sobre doenças determinadas pelo EMFA, através de documentos dirigidos à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM). A DSM supervisiona o cumprimento das Normas pelo Subsistema Médico Pericial da Marinha (SMPM). O SMPM, composto em sua estrutura básica pelas Juntas de Saúde (JS) e Médicos Peritos Isolados (MPI) é responsável pelo controle do estado de saúde do pessoal em serviço ativo, inativo e em processo de seleção para o ingresso na Força. É importante entender que a Junta de Saúde será a responsável pela avaliação, Licença para Tratamento de Saúde e reforma dada aos militares soropositivos.

Os principais documentos que regulamentam os procedimentos relacionados a saúde e doença nas Forças Armadas e especificamente na Marinha são: Normas, Portarias e memorandos internos. No período da pesquisa, duas instruções reguladoras foram utilizadas: a Doumarinst nº 20-01, de 1992 e sua substituta a DGPM-406, de 1998¹⁰.

A reforma militar por HIV/aids está baseada na lei nº 7.670 (Brasil, 1988), assinada no dia 08 de setembro de 1988, na forma do disposto no art.108, inciso V, da lei nº 6.880 (Estatuto dos Militares), de 09 de dezembro de 1980. Este artigo descreve as doenças ou situações que podem gerar incapacidade definitiva para os militares. O inciso V, especifica algumas dessas doenças, são elas: a tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase (lepra), paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal

¹⁰ Todas as instruções reguladoras na Marinha tinham terminação “MARINST”. Isto foi alterado no decorrer desta pesquisa. Assim, após a substituição, a nova instrução reguladora aparece com as siglas da Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM).

de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada (Brasil, 1980).

A primeira Portaria que surge com “Normas para Avaliação da Incapacidade dos Portadores de Doenças Especificadas em Lei” é a nº 02537/FA-33¹¹, de 02 de setembro de 1982, alterada pela Portaria nº 03409/FA-43, de 12 de setembro de 1985, que faz modificações na seção sobre cardiopatia. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sida/aids) só foi incluída como doença especificada em lei, na alteração realizada pela portaria nº 1.491/FA43, em 01 de junho de 1990 (EMFA, 1990). A Portaria seguinte, nº 3.436/FA-43 de 06 de outubro de 1994 (EMFA, 1994), altera apenas a seção seis sobre “lepra”, inclusive substituindo o termo por hanseníase.

Inicialmente, neste trabalho, não tínhamos a intenção de fazer qualquer comparação dos procedimentos entre as três Forças, por avaliar que apesar de sua complexidade, as instruções da Marinha nos fazem compreender claramente, o processo de reforma, que aqui nos interessa. Mas, ao ler a Portaria nº 12 - DGS (Diretoria Geral de Serviços) de 25/01/89, que fornece as “*Instruções Reguladoras das Atividades de perícias médicas da imunodeficiência adquirida, no âmbito do ministério do exército - (ir 70-14)*”, publicada antes mesmo da portaria nº 1.491/FA43, de 01 de junho de 1990 (que inclui a aids como doença especificada em lei para todas as Forças), percebemos alguns dados que nos parecem interessante na relação dos militares com a aids.

A portaria nº 12 (IR 70-14) tem como objetivo padronizar as condutas médico-periciais referentes aos indivíduos infectados pelo HIV, com ou sem manifestações clínicas da doença. Segundo Ventura da Silva (1995), esta portaria “*conflita diretamente com a orientação ético-legal do Programa Nacional de DST e AIDS, bem como, com as Resoluções do Conselho Federal de medicina e com a própria Lei 6.259/75 que dispõe sobre as ações de vigilância epidemiológica*” (Ventura da Silva, 1995:527). Segundo esta lei, nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, cabe ao Ministério da Saúde a coordenação de ações relacionadas ao controle das doenças sexualmente transmissíveis, orientando inclusive a execução da vigilância epidemiológica, aplicação de notificação compulsória, programas de imunização e atendimento de agravos coletivos à saúde ou decorrentes de calamidade pública (Ventura da Silva, 1995).

¹¹ As letras FA indicam que a Portaria foi emitida pelo Estado-Maior das Forças Armadas.

Os procedimentos relacionados à vigilância epidemiológica e notificação compulsória, que ganham respaldo nas Instruções Reguladoras, demonstram claramente a forma como o Ministério do Exército estende sua relativa autonomia, enquanto parte das Forças Armadas, à questões que são do domínio de outro ministério, como por exemplo, o controle das doenças sexualmente transmissíveis.

No art.18, da portaria citada acima, permite a permanência dos militares, com estabilidade assegurada, portadores de infecção assintomática ou linfadenopatia persistente generalizada no serviço ativo, caso estes não apresentem manifestações clínicas de aids ou condições incompatíveis com o Serviço do Exército.

No art. 10, abaixo citado, aparecem critérios que inserem a pessoa soropositiva num grupo de risco específico, conseqüentemente incompatível com as atribuições que um militar deve ter para permanecer na corporação.

Caso o inquérito epidemiológico *“conclua uma condição incompatível com o serviço ativo e esta seja documentada de forma clara e verdadeira, o indivíduo será encaminhado à JISG (Junta de Inspeção de Saúde de Guarnição) que deverá proceder de acordo com a seguinte orientação: 1) registrar no diagnóstico: o CID VO2.9 (sorologia positiva para HIV) ou 289.1 mais 078.8 (linfadenopatia persistente generalizada, conseqüente à infecção pelo HIV), conforme o caso, seguido da expressão ‘Compatível com o Serviço do Exército’ e mais as condições documentadas no inquérito epidemiológico e na definição de grupo de risco. Exemplo: CID 302 (desvios e transtornos sexuais); CID 304 (dependente de drogas, para toxicômanos); 2) registrar no parecer: ‘Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Pode prover de meios de subsistência’. Acrescentar de qual diagnóstico decorre a incapacidade e que a sorologia positiva para o HIV ou a LPG, sem mais sinais ou sintomas, não é, por si só, causa de incapacidade”* (Ventura da Silva, 1995:523).

Em relação ao diagnóstico, ao incluir *“desvios e transtornos sexuais”* como parte da doença, o exército está fazendo referência a possíveis práticas homossexuais, consideradas por muitos, ainda nos dias de hoje, um desvio sexual, obviamente não compatível com o perfil imaginado para um militar.

Os militares com infecção aguda pelo HIV serão classificados incapazes temporariamente para o Serviço do Exército e serão reclassificados após a resolução do

quadro agudo. Nos casos de reforma por incapacidade para o Serviço do Exército, com a classificação de invalidez, devem ser registrados, no parecer, os diagnósticos invalidantes.

Os indivíduos e seus responsáveis serão informados após a comprovação dos diagnósticos, essas informações devem seguir em documento confidencial para OM a que pertencer o indivíduo.

Um dado extremamente interessante que diferencia o encaminhamento da questão do afastamento dos militares soropositivos do Exército em relação aos da Marinha está nos artigos 17 e 18 da portaria (nº12) acima citada, que possibilita aqueles que forem considerados aptos servirem *“em guarnições que disponham de recursos médicos indispensáveis ao acompanhamento proposto, de preferência em organizações militares com regime de instrução e serviço mais suave”* (Ventura da Silva, 1995:525). Ou ainda, para o Exército, segundo o art.18, *“os militares enquadrados no art.9 destas Instruções, com estabilidade assegurada, poderão permanecer no serviço ativo, desde que não surjam manifestações clínicas de SIDA/AIDS ou que não se documentem condições incompatíveis com o Serviço do Exército”* (Ventura da Silva, 1995:525). Aqueles militares sem estabilidade assegurada ou prestando Serviço Militar inicial *“poderão permanecer no serviço ativo até completarem o tempo a que se obrigaram a servir, desde que não surjam manifestações clínicas de SIDA/AIDS ou que não se documentem condições incompatíveis com o Serviço do Exército”* (Ventura da Silva, 1995:526).

No momento de sua introdução como doença especificada em lei, a aids era conceituada como *“uma síndrome de imunodeficiência secundária causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que ocorre usualmente em indivíduos pertencentes a grupos de risco bem definidos, resultando em infecções oportunistas, malignidade e lesões neurológicas”*(EMFA, 1990:56).

A infecção do HIV era, na época, classificada segundo o Center Disease Control (CDC) em: Infecção aguda - Grupo I ; Infecção assintomática - Grupo II; Linfadenopatia Persistente Generalizada (LPG) - Grupo III; Complexo Relacionado à sida/aids (CRA/aids) - Grupo IV - Subgrupo A; sida/aids clássica - Grupo IV - Subgrupos B, C e D. As principais características desses gradientes de infecção eram: a) Infecção aguda: sinais e sintomas transitórios (síndrome mononucleose símile e alterações neurológicas), surgem ao mesmo tempo ou semanas após a infecção pelo HIV e são seguidos pela soroconversão.

Segundo o CDC seria necessário a detecção da soroconversão para o diagnóstico;

b) Infecção assintomática: Sorologia positiva, sem sintomas ou sinais; c) Linfadenopatia Persistente Generalizada: Linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de no mínimo três meses, associada à sorologia positiva para o HIV. O complexo relacionado à aids (CRA) envolvia a presença de três ou mais dos seguintes eventos, com duração maior que um mês em indivíduos soropositivos para o HIV: a) Linfadenopatia Generalizada; b) Astenia; c) Diarréia; d) Febre; e) Sudorese Noturna; f) Emagrecimento superior a 10 % (dez por cento) do peso anterior; g) Candidíase oral. A chamada sida/aids clássica era caracterizada pela presença de uma ou mais das infecções a seguir: a) Infecções oportunistas; b) Neoplasias secundárias, como Sarcoma de Kaposi, Linfoma não-Hodgkin ou Linfoma primário do cérebro; c) Doença Neurológica, como Demência, Mielopatia, Neuropatia periférica (EMFA, 1990).

A utilização da definição de caso de aids desenvolvida pelo CDC, mesmo com as freqüentes modificações, sofreu muitas críticas por não considerar as especificidades locais de muitos países ou classificar em um mesmo subgrupo doenças que poderiam ocorrer em estágios mais precoces da infecção pelo HIV e doenças indicativas de aids. Por exemplo, a inclusão da tuberculose pulmonar atípica como critério de diagnóstico de aids, importante e bastante comum no caso do Brasil (Grinstzejn & Veloso, 1993). Por ser empregada de forma abrangente, seu reflexo podia ser percebido nas desigualdades presentes na distribuição de verbas do governo, na concessão de benefícios e na indicação de uso da terapia anti-retroviral.

A Marinha do Brasil por ordem do Estado-Maior das Forças Armadas vêm utilizando este critério como padrão para classificação e notificação de seus casos. Mesmo não estando claro nos documentos cedidos pela instituição, podemos perceber que além de seguir a classificação do CDC, era utilizado também o critério de Walter Reed para a definição dos casos de aids. Segundo Santos (1999), a primeira definição de caso de aids em adultos no Brasil foi publicada em 1989 e incorpora parâmetros laboratoriais para caracterizar a infecção pelo HIV e a imunodeficiência, além de, sugerir a classificação de Walter Reed para hierarquizar os estágios evolutivos da infecção. A seguir discutiremos como esses critérios têm sido empregados pelos médicos peritos das Juntas de Saúde e nos processos de afastamento e reforma.

Segundo os critérios iniciais, aqueles que apresentassem CRA/aids e sida/aids clássica seriam reformados como portadores de sida/aids, logo que as Juntas Militares de Saúde firmassem os diagnósticos. Na inspeção de saúde, aqueles que apresentassem infecção assintomática ou LPG, seriam somente considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo como portadores de sida/aids quando houvesse “*comprometimento persistente da imunidade mediada por linfócitos T, detectado por parâmetros laboratoriais, tais como a razão (OKT4/OKT8), contagem de linfócitos T4¹², indicando progressão inexorável da patologia*” (EMFA, 1990:59). Soropositivos com infecção aguda, caracterizada por “*sinais e sintomas transitórios (Síndrome da mononucleose símile e alterações neurológicas) que surgem ao tempo ou semanas após a infecção pelo HIV e são seguidos pela soroconversão*”(EMFA, 1990:56), eram afastados temporariamente do serviço ativo para tratamento, devendo ser reclassificados após a resolução do quadro agudo.

O diagnóstico sorológico positivo para o HIV, só é possível após repetição e confirmação de uma reação positiva para o HIV, por uma prova com princípio técnico diferente, principalmente quando se tratava de indivíduo assintomático ou “*sem fator de risco*”(EMFA, 1990:57). A primeira amostra de sangue era inicialmente testada pelo método Elisa, caso fosse positiva, era submetida a mais dois testes, utilizando-se o mesmo método. Se, um desses fosse positivo previa-se a realização de um novo exame, utilizando-se a técnica Westernblot. Sendo esse exame positivo, era feita uma nova coleta, repetindo-se o mesmo ciclo para a confirmação da positividade nesta segunda amostra. O Westernblot sendo negativo, a amostra era considerada negativa para anticorpos anti-HIV.

Vale ressaltar que neste mesmo ano, foi ordenado, no memorando nº 004/90, a testagem anti-HIV compulsória nas inspeções de saúde para reengajamento, controle periódico, missão no exterior, promoção, cursos e ingresso no Serviço Ativo da Marinha, pela Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM, 1990a). Segundo Ventura da Silva (1995), esse tipo de testagem envolve múltiplas interpretações e tem implicações legais, éticas, políticas e científicas. Fere diretamente o art. 5, inciso II e inciso X da Constituição Federal e mesmo cabendo aí, uma ação judicial, ele aparece na fala de nossos entrevistados como algo indiscutível, já que está inserido no sistema.

¹² Linfócitos CD4 ou T4 (como são mais conhecidos) são células do sangue que fazem parte do sistema imune e são responsáveis pela proteção do organismo contra algumas infecções. A agressão que o HIV causa às células CD4 diminui a capacidade do organismo de ativar seu sistema de defesa, deixando o indivíduo

"(...) Foi quando veio a Licença de Tratamento de Saúde por ter dado positivo, o exame de HIV, na minha inspeção de saúde, inspeção de saúde que era pra mim na época anual, né? Pra mulher, homem é que era trienal, mas agora isso já mudou. Mulher agora, também faz trienal, dependendo da idade, porque eles levam em consideração problema de mama, né? Essas coisas todas que a mulher também tem esses problemas ginecológicos e tudo, que isso é complicado. Então, dependendo da idade é trienal, bienal ou anual. As mais velhas obviamente é anual porque rola mamografia, aquela coisa toda. Então, na época meu exame era anual, fiz inclusive. Era o exame, era uma época muito importante, porque era quando eu receberia a permanência definitiva no serviço ativo, né? Eu tava com nove anos e quando cruza esses nove anos, a gente recebe permanência definitiva no SAM¹³. Então, foi nessa época, eu esperando o resultado pra que pudesse junto ao Departamento de Pessoal receber permanência definitiva no SAM" (Leila).

De acordo com este memorando (004/90), a OM (Organização Militar) responsável pela Inspeção de Saúde do militar com reação sorológica anti-HIV positiva deveria comunicar a ocorrência à Diretoria do Pessoal Militar da Marinha, para que a pessoa fosse “*movimentada*” para o Hospital Naval Marcílio Dias, antes mesmo do teste confirmatório e imediatamente, dirigida à Junta de Saúde. No memorando seguinte, o nº 007/90, que substitui o nº 004, houve uma mudança no encaminhamento e o teste confirmatório (Westernblot) passou a ser exigido antes do desembarque para o Hospital Naval Marcílio Dias (DGPM, 1990b).

Nas entrevistas, percebemos que os militares que descobriram sua sorologia positiva até a metade da década de 90, eram rapidamente reformados, expressando a associação imediata entre aids e fim da vida. Deve-se ressaltar que segundo a literatura (Sontag, 1989), a associação entre aids e morte presente desde o início da epidemia (amenizada com o surgimento das primeiras drogas) é ainda mantida em uma grande parcela da população. Assim sendo, a aids ainda aparece como o anúncio da morte iminente.

“*Só que pra mim, aconteceu um processo, como aconteceu pra outros ali, mudou ministro, aquela coisa tudo e achavam que todo mundo ia morrer, o ministro chegou: ‘Passa o rodo, manda todo mundo pra casa. Reforma mesmo sem ter o tempo’.* Então, teve

vulnerável às doenças oportunistas.

¹³ Serviço Ativo da Marinha (SAM).

gente que foi acho que com um ano de LTS¹⁴ foi pra casa. Eu tava, tinha chegado acho um ano e meio, o pessoal do Marcílio Dias me ligou pra cá , ‘olha, o senhor vem aqui, que o seu processo de reforma já vai sair. O senhor vai se apresentar a Junta Superior Distrital e eles vão lhe dar a sua reforma’” (Júlio, reformado há mais de cinco anos).

Em 03 de junho de 1997, a Portaria nº 2.142/FA-43, atualiza as Normas, considerando “*a rápida evolução dos conhecimentos científicos, o aparecimento de métodos semiológicos mais sensíveis, os novos conhecimentos sobre as doenças e seus mecanismos e os avanços terapêuticos ocorridos...*” (EMFA, 1997:20958). Foram introduzidas modificações e mantidos os dados de cada patologia considerados indispensáveis para a caracterização do grau de incapacidade dos indivíduos inspecionados. Houve também, uma revisão nos períodos julgados necessários para avaliação criteriosa da evolução da doença.

É importante ressaltar que somente nesta última portaria foram realizadas modificações significativas na avaliação da aids. Desde sua introdução em 1990, as pequenas alterações feitas, foram apenas nos procedimentos de afastamento, através das Doutomarinst¹⁵.

A Portaria nº 2.142/FA-43, intitulada “Normas Para a Avaliação da Incapacidade Pelas Juntas de Inspeção de Saúde (Doenças Especificadas em Lei)” utilizada, atualmente, tem a finalidade de “*conceituar as doenças especificadas nos diplomas legais e padronizar os procedimentos das Juntas de Inspeção de Saúde para uniformizar os pareceres por elas exarados*”(EMFA, 1997: 20958). Esta portaria inclui, além das doenças acima citadas, os estados avançados de doenças de Paget (osteíte deformante) e paralisia irreversível e incapacitante.

A sida/aids é entendida neste momento¹⁶ como “*uma síndrome de imunodeficiência secundária, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pode acometer qualquer indivíduo que apresente um comportamento considerado de risco, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas*” (EMFA, 1997:20962).

¹⁴ Licença de Tratamento de Saúde (LTS).

¹⁵ Doutomarinst era o nome dado ao documento que continha as normas reguladoras da Diretoria de Saúde da Marinha. Este documento foi recentemente substituído pela “DGPM- 406”, isto é, Normas Reguladoras para Inspeção de Saúde na Marinha da Diretoria Geral de Pessoal da Marinha.

¹⁶ Conforme a definição do CDC de Atlanta, USA, de 1993, adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A atual classificação da infecção pelo vírus é realizada com base na contagem de linfócitos CD4 e manifestações clínicas. As pessoas infectadas são inseridas nos grupos “I”, “II” ou “III”, segundo a contagem dos linfócitos CD4 e em categorias “A”, “B” ou “C” segundo as manifestações clínicas. O exame que mede a carga viral no sangue da pessoa soropositiva tem sido também utilizado, principalmente para orientar a prescrição do tratamento.

Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³ fazem parte do Grupo I; Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³ fazem parte do Grupo II; Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³ fazem parte do Grupo III.

Quanto às manifestações clínicas, caíram conceitos como “*complexo relacionado à aids e sida/aids clássica*”, sendo substituídos por categorias. Fazem parte da “Categoria A”: a) Infecção assintomática : Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, não apresentando sintomas; b) Linfadenopatia Generalizada Persistente : Linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de no mínimo três meses, associada à sorologia positiva para o HIV; c) Infecção aguda : síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, havendo a soroconversão geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico. Na “Categoria B” estão os indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticas, com as seguintes manifestações clínicas: a) Angiomatose bacilar; b) Candidíase vulvovaginal persistente, há mais de três meses, sem resposta a tratamento específico; c) Candidíase orofaríngea; d) Sintomas constitucionais, isto é, febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração. Pessoas com sorologia positiva para o HIV, sintomáticas e apresentando uma ou mais das seguintes infecções oportunistas ou neoplasias, são agrupadas na “Categoria C”: a) Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica; b) Criptococose extrapulmonar; c) Câncer cervical uterino; d) Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus; e) Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução; f) Histoplasmose disseminada; g) Isosporíase crônica; h) Micobacteriose atípica; i) Tuberculose pulmonar ou extra-pulmonar; j) Pneumonia por *P. Carinii*; k) Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano; l) Bacterímia recorrente por “salmonella”; 13) Toxoplasmose cerebral; 14) Leucoencefalopatia multifocal progressiva; 15) Criptosporidiose intestinal crônica; 16) Sarcoma de Kaposi; 17) Linfoma de Burkitt,

imunoblástico ou primário de cérebro; 18) Encefalopatia pelo HIV; 19) Síndrome consumptiva pelo HIV (EMFA, 1997).

Segundo as normas de procedimentos das Juntas de Inspeção de Saúde, as pessoas examinadas e classificadas nas categorias A3, B3 e C, serão consideradas incapazes definitivamente para o Serviço Ativo. Os classificados nas categorias A1, A2, B1, e B2 serão considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo. *“Os portadores assintomáticos ou em fase de Linfadenopatia Persistente Generalizada (LPG) deverão ser mantidos em Licença para Tratamento de Saúde (LTS) por até três anos, com um controle trimestral por Junta de Inspeção de Saúde. Após três anos mantidos em LTS, caso permaneçam com sorologia positiva, serão reformados”*(EMFA, 1997:20963). Qualquer revisão de reforma só será feita por meio de nova inspeção de saúde.

Segundo o Art.82, da lei 6.880, o afastamento por incapacidade temporária, após um ano de tratamento ou mais de um ano contínuo em licença para tratamento de saúde própria levará o militar a ser agregado¹⁷ (Brasil, 1980:35).

As alterações ocorridas no critério de classificação da infecção pelo HIV nas Forças Armadas refletiram diretamente na qualificação dada a reforma na Marinha. Se antes, quase sempre, a reforma era qualificada como incapacidade definitiva para o serviço ativo da Marinha, sendo o militar considerado inválido; atualmente, tem sido definida na inspeção de saúde como incapacidade para o serviço ativo da Marinha, não considerando o militar inválido, modificando assim, o cálculo da remuneração a ser recebida pela reforma.

Os artigos 109 e 110, da lei acima citada, estabelecem uma diferença entre aqueles que são julgados incapazes definitivamente, mas não estão inválidos e aqueles que são considerados inválidos. Os primeiros serão reformados com qualquer tempo de serviço e os segundos, por serem inválidos, estão impossibilitados total e permanentemente para qualquer trabalho, por isso, terão a remuneração calculada com base no soldo correspondente ao grau hierárquico imediato ao que possuir na ativa.

Segundo, um oficial reformado há mais de cinco anos, os critérios relativos à remuneração foram alterados no decorrer da epidemia.

“Olha hoje, eu não tenho o que reclamar da Marinha, né ? Porque eu era de outra época, né ? Eu fui até, pessoal de uma classe privilegiada, que foi reformado com tudo o que tem direito, recebeu todos. Hoje em dia o pessoal já tá sendo tratado diferente, né ?

¹⁷Segundo o Art.80, quando agregado, “o militar da ativa deixa de ocupar vaga na escala hierárquica de seu

Não tão dando mais postos acima, tão reformando no mesmo posto, porque a Marinha acha que tá pesando no bolso, porque você pegar um cidadão que tá bem de saúde e pegar dar promo, pagar postos acima pro cidadão, prum cara que tá vivo, antigamente, achavam que o cara ia morrer logo, né ? Então, paga pro coitado, ele vai encomendar o caixão logo, né ? Paga o caixão. Hoje em dia já não é mais assim, né? Então, eles tão meio ressabiados e tem gente que não tá gostando disso, né ? Porque vêem os, os mais antigos, os portadores mais antigos que foram reformados com todos aqueles privilégios e eles perderem privilégios. Hoje em dia, por exemplo, já não aparece mais o carimbão lá, inválido atrás, é só incapaz para o serviço ativo...” (Júlio)

Como discutido anteriormente, a perícia realizada pela Junta de Saúde classifica o indivíduo soropositivo com base em critérios estabelecidos pelo CDC, mas resoluções que decidem a invalidez, desde o início das notificações dos casos de aids na Marinha até os dias de hoje, ainda são subjetivas, calcadas em avaliações relacionadas à concepção de vigor físico.

A reforma do militar realiza-se *a pedido* ou *“ex-officio”*. *A pedido*, somente aplicada aos membros do Magistério Militar, de acordo com a legislação específica de cada Força, será concedida àquele que contar mais de trinta anos de serviço, dos quais dez, no mínimo, de tempo de Magistério Militar.

A reforma *“ex-officio”*, no caso de doenças está prevista no art.106, da lei nº 6.880 (Estatuto dos Militares), inciso II, militar *“julgado incapaz, definitivamente, para o serviço ativo das Forças Armadas”* ou de acordo com inciso III, *“agregado por mais de 2 (dois) anos por ter sido julgado incapaz, temporariamente, mediante homologação de junta superior de saúde, ainda que trate de moléstia curável”* (Brasil, 1980: 49).

Atualmente, apesar do surgimento de novos medicamentos anti-retrovirais, exames medidores de carga viral e conseqüentemente, a melhora da qualidade de vida, as reformas tem sido feita após um ano de afastamento e mais dois anos agregado para a maioria dos militares soropositivos na Marinha do Brasil.

Outras doenças não especificadas em lei, seguem critérios estabelecidos, atualmente, pela Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM-406). Vale, no entanto, chamar atenção, para os procedimentos em relação à hepatite B e C, onde o indivíduo é considerado incapaz temporariamente para o serviço ativo, sendo afastado e após a

remissão da doença retorna ao trabalho. Caso haja maiores complicações, cabe à Junta de Saúde parecer que decida pela incapacidade definitiva para o serviço ativo.

A hepatite A (CID 15.9), que está incluída entre as doenças transmissíveis mais freqüentes com dispensa médica prevista, segue a rotina para perícias menores. O período de dispensa vai até quinze dias após o início da icterícia. Nesta rotina, há uma avaliação para verificar a real necessidade de dispensa médica, que pode durar até vinte dias com prorrogação de mais quinze, dependendo do período de convalescença e do comando da OM (DGPM-406, 1998).

É interessante notar que, a hepatite B e C são doenças que oferecem riscos de infecção mesmo após a fase aguda e têm formas de transmissão semelhantes a do HIV, no entanto, são doenças que parecem não oferecer tantos riscos à hígidez na Marinha, pelo menos, no que se refere a reforma.

“A comunidade científica acabou por optar por um modelo epidemiológico já definido para a hepatite B, ela também disseminada entre as comunidades homossexuais: um agente transmissível através dos fluidos do corpo (do modelo alargado inicial sobre uma possibilidade de transmissão através de qualquer fluido, da lágrima à saliva, o modelo viria a restringir-se a fluidos em situação invasiva, nomeadamente o esperma e o sangue)” (Bastos, 1994:74).

Neste capítulo, fizemos um histórico das normas que regem o processo de afastamento e reforma do militar que se descobre soropositivo na Marinha. A sistematização desses dados nos permitiu perceber que, os avanços conquistados no tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida, ao longo destes anos, tiveram pouco reflexo nas alterações realizadas nessas normas. E assim, como ainda pode ser visto, a infecção pelo HIV tem definido o fim da carreira de muitos militares.

As informações sobre as normatizações estão sintetizadas no quadro a seguir:

Capítulo IV - Vivências

1- Representações Sociais e Aids: Os Homens de Marinha e a Morte

A aids é um fenômeno socialmente construído, baseado na idéia de doença contagiosa, incurável e mortal associada a uma série de questões que envolvem sexualidade, periculosidade, moralidade, saúde, doença, e morte.

Para as pessoas vivendo com HIV/aids, estas construções se traduzem no cotidiano sob a forma de medo e proibição. Um medo que paralisa o exercício das atividades vitais do ser humano, tais como a sexualidade e a produtividade, sendo assim, a possibilidade de viver dignamente e romper com a morte civil estabelecida torna-se um desafio, muitas vezes, maior que a luta contra as limitações impostas pela soropositividade (Daniel, 1989).

“Costumamos dizer que a aids como fenômeno tem colocado a nú as condições de vida no mundo inteiro, tem questionado o conhecimento da vida em sociedade, tem colocado em cheque os modos de existência. A partir de seu impacto social, dois grandes temas tem sido destacados, o da sexualidade e o da morte, temas que desde o advento da epidemia têm provocado perplexidade, inquietação e, no bojo deste processo, sido interesse de investigações”(Vital Brasil, s/d:48).

Busca de explicações sobre a origem da doença, definição de seu agente etiológico, grupos atingidos e formas de transmissão, certamente, foram os pontos de partida para a construção da aids enquanto fenômeno social. As representações que daí se originam, ainda hoje, mobilizam sentimentos e preconceitos arraigados, evocam comportamentos e políticas discriminatórias.

A construção social de um fenômeno é dada num amplo espaço de discussões e apropriações, pois o conhecimento é resultante da experiência coletiva e sua inseminação é estabelecida aos indivíduos de acordo com a estrutura social, econômica e política existentes (Mendonça, 1994).

Apresentada ao mundo como uma doença que atingia particularmente grupos definidos, os chamados “grupos de risco”, a aids condensou vários estigmas, transformando-se, ela mesma, num grande estigma (Daniel, 1987). Refletindo nas suas representações sociais, vários núcleos de ancoragem como representações sobre velhos e novos preconceitos, velhas e novas questões. Neste contexto assume-se ancoragem como a

"*inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes*" (Spink, 1993: 306).

O conhecimento sobre a aids, mesmo sendo transitório, foi predominantemente veiculado pela comunidade médica e pela imprensa, não como hipóteses, mas como verdades definitivas, produzindo assim, representações a partir destas verdades inquestionáveis, desse saber inquestionável sobre a doença. Segundo um dos entrevistados:

“Que era uma doença sexualmente transmissível, poderia ser transmitida também pela transfusão de sangue e o uso de drogas, agora é, que matava, né? Que mata. É uma coisa ruim, muito ruim. Eu achava, acho que a aids é pior do que câncer. É mas assim, pra mim, ela pegaria só nas relações sexuais por penetração, eu não sei se sem penetração, em relação a isso, eu fiquei na dúvida, será que pega, será que não pega e não sabia. Em relação a isso, eu não fui esclarecido”(André).

Segundo Mendonça (1994), a noção de transmissão é um aspecto fundamental nas "representações coletivas" sobre a aids, pois reúne uma série de questões polêmicas e significativas de um processo que combina o biológico e o social.

“A problemática do contágio e isolamento da aids parece levantar um pesado clima social, uma preocupação com a vulnerabilidade e ataques externos, um fortalecimento de fronteiras entre grupos sociais, cada vez mais espessos e definidos”(Moraes & Carrara, 1985: 15).

O “outro” é entendido como uma antítese do “eu” e pode representar uma ameaça ao grupo. A ameaça de perigo pelo “impuro” é usada desde os primórdios da Sociedade Judaico-Cristã para coagir outros a andar nos padrões existentes. Os estereótipos negativos corporificam uma ameaça à estrutura social estabelecida ou à estrutura ideológica existente.

A “lepra” é um bom exemplo disso. Desde citações bíblicas, essa doença que atingiu a Europa, teve seu ápice nos séculos XII e XIV e foi considerada um grave problema social, sofreu seu principal combate através de ações da igreja, que excluía e destituía os doentes de seus direitos civis, os considerando socialmente mortos. Estas ações eram justificadas como rituais de purificação, já que a doença era tida como reflexo de impureza espiritual.

Em 1404 e posteriormente em 1413, em Paris, o Rei Carlos VI ordenou a expulsão dos “leprosos” da cidade, pois nem todos estavam confinados em leprosários,

estabelecendo então, uma ameaça a ordem social (Richards, 1993).

“Na França, havia uma categoria de pessoas conhecidas como cagots, que eram oficialmente classificadas como leprosos, mas não ficavam confinadas em instituições. Eles eram, contudo, considerados como rejeitados. Existe algum debate quanto ao sentido do termo, mas a interpretação mais provável é que cagot é uma gíria que significa sujo ou impuro. Parece provável que estas pessoas fossem gente que sofria de estágios iniciais mais suaves da doença ou de outras moléstias semelhantes à lepra, nenhuma das quais apresentava sintomas de modo suficientemente convincente para permitir que os médicos os enquadrassem. É um termo que também era aplicado a vagabundos e às populações de áreas rurais remotas. Em ambos os casos, elas deviam manter-se afastadas das pessoas saudáveis”(Richards, 1993:161).

Nos relatos dos séculos XIV e XV, atribuía-se o contágio não só a tato como ao olfato. Neste período é marcante também, a influência da água, do solo e do ar e de conjunções astrológicas malignas como responsáveis pela disseminação de doenças.

Coexistiam duas concepções de doença: A primeira uma concepção ontológica, presente no imaginário de todas as culturas desde o mundo antigo, entendia a doença como uma entidade com existência própria que vinha do ar, de outros indivíduos ou objetos e não fazia parte da natureza do homem. A doença era vista como uma espécie de bruxaria, encantamento ou possessão demoníaca e deveria ser expulsa por não fazer parte do homem. *“A doença entra e sai do homem como por uma porta”*(Canguilhem, 1995:19). Os tratamentos mágicos levariam à cura, através da expulsão da doença. A segunda, concepção dinâmica, formulada no mundo grego, oriunda das teorias hipocráticas e galênicas, onde a doença era uma totalidade que fazia parte da constituição do homem (Czeresnia, 1997). Hipócrates considerava doença como resultado de um desequilíbrio (reversível) entre os elementos que compõem o corpo. Este desequilíbrio poderia ser realizado por um conjunto de forças e condições, que faziam parte do lugar e do regime (Gladston, 1941). *“A natureza (physis) tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões e não causas. O que está em equilíbrio no homem, e cuja perturbação causa a doença, são quatro humores cuja fluidez é precisamente capaz de suportar variações e oscilações, e cujas qualidades são agrupadas duas a duas,*

segundo seu contraste (quente, frio, úmido, seco). A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para curar a si próprio” (Canguilhem, 1995:20-21).

No século XVII, Sydenham com sua teoria da Constituição Epidêmica, classificou as doenças com base na observação de fenômenos claros e aparentes. A doença era definida como espécies ou entidades e decorria de uma relação entre forças da natureza. As epidemias eram decorrentes de alterações nas características do ar que predispunham ao adoecimento. (Czeresnia, 1997). Sydenham via na delimitação e determinação do mal, a ajuda para o doente. Havia espécies mórbidas, assim como havia espécies vegetais e animais (Canguilhem, 1995).

As noções de contágio e miasma ligavam-se a concepção ontológica e dinâmica de doença que eram coexistentes. As teorias hipocráticas e galênicas consideravam que o contágio poderia se dar a partir da exalação dos humores corruptos através dos poros ou da respiração e do ar corrompido (pela putrefação). Além do contato, uma aproximação poderia oferecer perigo (Galdston, 1941).

Para as teorias do contágio e da constituição epidêmica, a doença tem como origem estímulos procedentes do mundo externo e do contato social. Por basear sua explicação para o adoecimento, em condições relacionadas à atmosfera e influências “*do intestino da terra*”, a constituição epidêmica propiciou um espaço para que o aerismo e a preocupação essencialmente coletiva da doença fossem hegemônicos no imaginário social. A teoria do contágio que institucionalizou a quarentena foi responsável pela concepção de que a doença se propagava de um indivíduo para outro, estimulando assim o controle e o cerceamento deles.

Nesse terreno fértil das associações simbólicas presentes na discussão, ao longo desses anos todos de epidemia, segundo Moraes & Carrara (1985), não parece grande a distância que separa o moralmente reprovável do higienicamente desaconselhável, construindo-se assim, modelos de prevenção que passam pelo discurso do proibido, do sujo, do castigo e da exclusão.

Estão presentes nas falas da maioria de nossos entrevistados estas constantes representações que misturam sentimentos de culpa, comportamentos proibidos e impureza como responsáveis pela contaminação do HIV.

“Mas isso aí, não, não tinha consciência, de que era uma coisa que eu tinha que tomar cuidado mesmo. Porque na hora que rolava as coisas, a gente esquecia essas coisas, eu usava camisinha, mas só que determinada ocasiões não dava pra usar camisinha, eu acredito que essa relação, que eu tive foi a que eu peguei esse negócio. Foi justamente com uma pessoa que eu tive várias vezes relação, tive várias vezes relação com essa pessoa e a gente passava muito tempo. É, eu até esquecia os preceitos de higiene que a gente, nós aprendemos, que eu tinha lavar, etc, etc...passava muito tempo, muito tempo tendo relação sexual e dormia com aquilo sem tomar banho. Eu acredito que tenha sido aí, a causa de eu ter recebido a infecção do HIV, mas a culpa disso é porque, realmente eu não acreditava que através de uma relação heterossexual eu pudesse, ser portador do HIV. Porque eu na minha cabeça, eu achava que HIV só dava em homossexual. Não tinha jeito de eu acreditar nisso, que pessoa heterossexual podia ter. Isso não passava pela cabeça. Inclusive, eu discriminava mesmo. Eu quando a pessoa tinha HIV, lá no quartel, que saía lá, aparecia um sargento com HIV, eu encarregado da escola de música, oficial, eu até, eu trabalhei até com um rapaz que foi meu escrevente num inquérito. Esse rapaz acabou sendo portador do HIV, trabalhava comigo na minha seção, praticamente, de administração escolar. Eu não discriminei assim pessoalmente, mas interiormente, eu discriminei, eu falei: ‘Tá vendo ? Bem feito, ficou tendo relação homossexual’. Quer dizer, eu tinha um determinado preconceito, com isso, embora não falasse isso pras pessoas, tratava as pessoas bem, mas no fundo, no fundo, eu discriminava, internamente, eu discriminava. E pra mim, foi, foi terrível, quando eu fiquei sabendo, que, que eu era portador do HIV, ajudou a eu fazer uma reflexão profunda e ver essa besteira que eu tinha feito em relação aos outros que eram portadores. Quer dizer, como eu tratava mal as pessoas, julgando mal as pessoas, né ? Aí, eu fiquei com medo de que as pessoas me julgassem da mesma maneira, aí fiquei pensando: ‘Tá vendo, agora, o que que o pessoal vai dizer de mim ?’”(Alexandre)

Técnicas de “profilaxia individual” ou “desinfecção pós-coito” foram instaurados com mais ênfase nas Forças Armadas, entre os anos de 1920 e 1934, na Luta Antivenérea no Brasil (Carrara, 1996). Estas técnicas que pregavam, por exemplo, a lavagem dos

órgãos genitais com soluções desinfectantes após as relações sexuais entre outros cuidados higiênicos, ainda hoje ecoam nas representações dos militares.

O que difere do “higienicamente aconselhável”, isto é, a permanência de secreções (“aquilo”) no corpo após as relações sexuais e do moralmente sancionado, as práticas heterossexuais, é percebido como possível responsável pela contaminação. Segundo Pollak (1990), as correntes associações da aids à práticas homossexuais podem fazer com que o indivíduo infectado, que não tenha essas práticas, seja ainda mais estigmatizado com especulações sobre uma sexualidade vivida de forma secreta.

“Naquela época, quando eu cursei, ninguém falava sobre aids na vida, nem era uma doença cogitada, no início dos anos 80, ninguém falava de aids, ninguém...Só uma doença que começaram a falar, agora na década de 90. Na década de 80, ninguém falava, falava quando aparecia um cidadão, outro, lá : “Aquele lá tá morrendo, deve ser bichona, né ? Foi contaminado”. Aquela história assim, né ? Que todo mundo fala, naquela época era muito comum falar isso, era o famoso câncer gay, né? Que o pessoal falava. Ah, deve ser bichona, apareceu com aids é bichona, não sei o que. Isso e aquilo, ou era hemofílico, né ? Aquela história, né ? Então, a pessoa não falava de contato heterossexual, quem aparecesse com aids tinha que ser uma bicha louca, todo mundo falava assim. É homossexual e do bem declamado, né ?”(Júlio).

Surge freqüentemente também, nas representações sociais sobre a aids, a associação negativa entre o sangue e o sexo, que se até então, se relacionavam à vida, passam a ser associados à morte.

Numa instituição, como a Marinha, onde apenas os indivíduos saudáveis poderão “lutar pela Pátria”, o medo da doença transforma-se no medo do doente ou de alguém suspeito, que conseqüentemente deve ser evitado. O efeito de todas essas construções que vão culminar na morte social do sujeito, certamente, são mais destruidores que as complicações que advém da aids (Moraes & Carrara, 1985). Na forma moralista e preconceituosa como vem sendo tratada a aids, a morte social incorpora o significado do castigo ao moralmente condenado.

“Aí, que quando eu fui refazer o exame, aí eu pensei, já que, o que era aids naquele tempo, não só pra mim, mas como todo mundo, que era uma coisa, era tipo a fisionomia do Cazusa, era uma coisa que chegava, matava e acabou” (Roberto).

Muitos avanços foram conquistados nestes quase vinte anos de epidemia, avanços que vão da terapia anti-retroviral à questões diretamente ligadas a violação de direitos humanos. Mas, mesmo assim, a aids ainda permanece no imaginário social como a “doença do outro” (nefasto), discriminando aqueles que já são soropositivos e afastando aqueles que não se identificam com a possibilidade de virem a ser.

“...mas eu nem me toquei que podia acontecer alguma coisa com o exame, nem passou pela minha cabeça. Eu tava fazendo um exame, mesmo que aquela idéia de naquela época que eu tinha de HIV, seria assim, um cara que pegou a doença e já tava à beira da cova, né? Como todo mundo, a maioria das pessoas tem, até a pessoa viver o que é o drama, não tem idéia do que que é a doença. A pessoa não imagina o que é um portador tá inteiro andando por aí, o pessoal pensa que é um cara que tá lá de cadeira de roda, sendo empurrado, não consegue nem comer direito, tem que um monte de gente ajudar ele. Como eu tava muito bem de saúde, eu peguei, fiz o exame” (Júlio).

Percebemos, em nossas entrevistas, que as representações sociais construídas em torno da aids ganham respaldo em muitos espaços da Marinha. Especialmente em 1992, segundo um dos nossos entrevistados, uma palestra dentro da instituição negava a possibilidade da aids como uma doença que pudesse fazer parte da corporação.

“...Não, isso vai no decorrer da carreira, você tá sempre tendo essas informações. Então o que é aids, como não se pega, coisa que a gente vem durante toda carreira, já tinha visto isso e eu procurei ler, então ele vai blá, blá, blá, ‘só que nós não corremos este risco porque dentro do militarismo não existe homossexual’, então ainda assim o médico, especialista, não é nem um médico recém-formado, um médico já especializado, me fecha a palestra dele com chave de ouro, dizendo que nós não corríamos esse risco, nós éramos uma população considerada sadia, porque dentro da caserna não existia homossexualismo (...) Não, isso já em 92, aproximadamente, 91, 92, né? Então, o médico me fez isso e é o tipo de convívio que a gente tem lá, não tem jeito, a informação corre, ele é dada, né? Mas ainda é muito folclórico, você vê, onde eu tô trabalhando, eu vejo muito isso, ainda. Todo mundo lê, todo mundo escuta falar, mas ninguém sabe o que é, ainda. Todo mundo ainda acha que é a bichinha que passa aids pra todo mundo, esse tipo de coisa ainda existe lá” (Eduardo).

As afirmações correntes que associavam (e ainda hoje, associam) aids aos homossexuais estavam, na maioria das vezes, centradas em crenças que julgavam práticas,

como o sexo anal e a troca constante de parceiros, restritas a este grupo específico. Assim, discursos que reforçavam a idéia de risco apenas entre “aqueles que são penetrados no sexo anal” e os que tem uma vida sexual “promíscua”, foram importantes para a veiculação de informações equivocadas, desde o início da epidemia.

Com múltiplas categorizações e associações que procuravam enquadrar indivíduos em modelos epidemiológicos, o modelo formal que foi construído ao longo da epidemia, ignorou uma grande variedade na cultura gay, além de excluir muitos homens que faziam sexo com outros homens e não se identificavam como “gays” ou com o “*estilo de vida gay*” (Schiller et al., 1994).

O início do processo está na testagem, que se feita dentro da instituição é de forma compulsória e de rotina, associada a outros exames. Foi assim que a maioria dos entrevistados descobriu sua sorologia positiva. A obrigatoriedade desse procedimento mesmo ferindo o art. 5º, inciso X da constituição que protege o direito à intimidade das pessoas, é conhecida por todos e não pode ser questionada.

“...a gente sabe e o HIV no nosso caso, ele é compulsório, não tem jeito, a gente tem que fazer, não tem, não tem a opção de dizer: ‘Eu não quero fazer’” (Eduardo).

“Esse é um exame normal, corriqueiro, da Marinha. Eu já tinha feito vários exames antes, sempre fazia exame, né? Você, a Marinha faz o tal famoso trienal. Cada três anos, você faz exame completo. Ou, às vezes, você faz exames também no intervalo, quando você por exemplo, vai fazer um curso específico, você pega, faz os exames, é se você vai cursar paraquedismo, ou qualquer coisa, virar submarinista ou mergulhador, aí você faz exames específicos, né? Então, eu tava fazendo o meu trienal, o trienal, então, você faz esses exames de carreira normal. São requisitos pra promoção. Pra vê se você não tem nenhum problema de saúde, né?” (Júlio).

Ponto importante desse procedimento que é feito sem aconselhamento prévio, é o primeiro resultado positivo. Ele é ocultado quase sempre e assim, o militar é levado para uma segunda testagem sem saber do que se trata.

“... Como eu tava muito bem de saúde, eu peguei, fiz o exame. E daí, eu fui, o enfermeiro me chamou, um dia: ‘Olha, o seu exame lá, perderam uma parte do seu exame, o senhor vai ter que voltar lá no HCM e fazer os exames de volta, tirar o sangue, outra vez, né? Pra eles completarem, o seu exame’. Tá, tudo bem. Normal, já perderam, uma época, também, já perderam um exame meu, acontece, acontecia de vez em quando, às

vezes acontece de você ser sorteado, perdiam exame, é uma coisa que acontece, em qualquer lugar aí, pode acontecer, ou dava um problema no teu exame, ou alguém coloca lá uma quantidade errada, o exame daí dá errado, né ? Então, eles pedem pra repetir daí, né ? Pra poder fazer um exame certo, aí eu peguei, fui lá, tirei sangue de volta, ninguém falou nada, então tá tudo bom...(Júlio)”

“Eu, eu tava em...eu tinha viajado pra...pra Vitória, não pro Espírito Santo, eu fui pro Espírito Santo, antes de eu ir pro Espírito Santo, eu tinha feito o exame. Eu colhi meu material e tal. Eu fui no Marcílio Dias, não era nem no Marcílio Dias, era aqui no HCM. Colhi o material. Aí, eu fui, viajei, tranqüilo. Quando eu voltei, toda vez que a gente viaja a gente tem uma licença, tem três, quatro dias de licença. Quando eu tava saindo de licença, o médico mandou me chamar. Ele disse assim: ‘Olha, você tem que refazer o exame, que deu um problema lá, perderam o exame’. Falei: ‘Pô, sacanagem””(Roberto).

Momento fundamental para educar o indivíduo sobre questões em torno da falibilidade do teste anti-HIV, a necessidade de um novo teste (confirmatório) e o significado de um exame positivo com suas conseqüências, é perdido. Esta falha, certamente, terá reflexos negativos em ocasiões posteriores, principalmente se houver confirmação de um resultado reagente.

O impacto do resultado positivo, que pode ainda não ser o definitivo, é agravado em certas circunstâncias em decorrência do despreparo do profissional que informa. Em nossas entrevistas ficou claro que falta à Marinha um procedimento que leve em conta as necessidades de cada indivíduo, naquele momento. O eco deste despreparo pode ser percebido numa atitude insensível ou numa previsão de morte.

“...Eu estava na fila, ainda na parada, que é uma reunião, que a gente tem de manhã, uma formatura, quando o médico, médico, não, dentista, que eu não considero aquilo médico, me chamou que queria que quando acabasse a parada, pra mim ir direto na enfermaria falar com ele. Eu fui, assim que eu cheguei lá, o idiota perguntou se eu tinha feito transfusão de sangue, aí eu falei que não. Nesse momento, eu sabia que eu era positivo, tá ? Já tinha certeza, não precisava nem ter dito. Eu falei que não tinha feito nenhuma transfusão de sangue. Ele perguntou se eu usava drogas injetáveis, aí eu falei que também que não, aí a terceira pergunta se eu era gay, foi a segunda vez, que alguém perguntou se eu era gay na Marinha. Aí, eu falei que sim, eu já sabia que tinha haver com HIV. Não quis mentir, aí falei: ‘Sou, sim’. Ele: ‘É porque teu exame de HIV deu positivo,

mas não liga não que você vai pra casa ganhando, eu tô indo sem ganhar nada'. Porque ele era QC (Quadro Complementar), aquele filho da puta" (Hélio).

"O cara pegou meu exame, disse: 'Oh, você vai fazer...' É, quem me mandou fazer o Westernblot pela primeira vez, o médico me recebeu: 'Ah, você vai ter que fazer o outro exame pra comprovar e o seguinte...', eu cheguei e perguntei pra ele: 'Olha e se realmente for positivo?' 'Ah, uns quatro meses de vida a um ano'. O cara foi horroroso, muito frio. Já conversei até com outras pessoas da mesma época, que diz que quem encontrou esse infeliz desse médico, teve o mesmo tratamento. O cara era horrível, pra te falar, não sei quem que era, não me lembro também o nome do cidadão. Sumiu, graças à Deus, sumiu de lá, não sei quem que é. Acho que tiraram porque não servia também pra trabalhar lá"(Júlio).

Mais uma vez, as entrevistas explicitam a forma prescritiva como os profissionais médicos, de forma hegemônica, lidam com o conhecimento sobre as infecções, na maioria das vezes, reforçando preceitos, sem perceber a necessidade de relativizá-los com base na experiência concreta da doença que lhes é apresentada. Uma inflexibilidade do profissional que se baseia em estimativas para determinar a sobrevida da pessoa soropositiva pode fortalecer especulações sobre a relação "aids igual a morte".

O despreparo pode ainda aparecer sob forma de angústia do próprio profissional de saúde. Para aquele que recebe o resultado, ter informações ou pensar sobre a possibilidade do vírus em suas vidas pode, de certa forma, ajudar no encaminhamento do procedimento.

"Aí, ele pegou, não demorou muito tempo, eu voltei lá, eu quero falar com doutor fulano de tal, Carlos, doutor Carlos, cadê doutor Carlos, doutor Carlos estava ao telefone. Era uma porta de vidro, era sala dele, quando ele me viu, ele fez assim pra mim (fez um gesto para esperar) e a mão já estava trêmula, aí falei: 'Já sei que vem alguma coisa'. E aí falei: 'E aí doutor?' Ele veio com um copo d'água, um comprimido na mão, falou: 'Olha, você deveria ir ao médico, pra ele te dar um remédio, mas eu acho que ninguém entende mais de remédio que farmacêutico, então eu posso te dar isso, toma isso, que você vai precisar, é um calmantzinho...'; eu falei: 'Não, eu não quero calmante, toma o senhor que o senhor tá tremendo aí. O que que houve? Deu positivo?'; ele: 'É. Deu positivo, mas você sabe como é que é, não quer dizer muita coisa'; eu falei: 'Não quer dizer nada e quer dizer tudo, eu posso, o exame é muito seletivo, ele pode ter, é muito sensível, ele pode ter pego uma outra coisa e o exame ser na verdade pro HIV, negativo. Eu vou fazer um

Westernblot que vai dizer se eu sou soropositivo para o HIV ou não.’ Ele ficou olhando pra mim: ‘É você já esperava por esse resultado?’ Eu falei: ‘Não’; ‘Então, porque esse detalhamento?’; ‘Não, doutor é porque a gente procura se informar e tal’”(Eduardo).

Segundo alguns entrevistados, no período em que ocorreu a primeira testagem não houve clareza à respeito dos procedimentos posteriores, o que gerou sentimentos de angústia associados ao medo da morte. A busca de informações fora da Marinha pôde ser vista como bastante positiva naquele momento.

A confidencialidade do resultado na maioria das vezes é rompida por uma burocracia que não respeita a privacidade do sujeito.

“...como eu falei é, no navio existe uma existe uma falsa, na Marinha existe uma falsa, um falso sigilo, né ? Um falso sigilo, mas a verdade é que todo mundo acaba sabendo de tudo, muitas vezes até primeiro do que você. Por que ? Foi informado ao médico, que não era o médico, era um segundo tenente, né ? Que foi informado o comandante, foi informado o imediato, que foi informado ao, ao chefe do departamento e informado ao comandante da divisão, que informa, que por sua vez me chama, fala mas aí, tem o telegrafista que passa a mensagem, tem o outro que escreve o memorando, o officio me encaminhando, então, todos eles de alguma forma sabem, um vai passando pro outro, aí com isso, já que vai ter que falar pro escrevente fazer o officio, tem que falar pro oficial encarregado da intendência, aí tem que falar pro oficial de operações pra poder passar a mensagem e com isso acaba todo o navio sabendo, porque um fala pro outro, e é aquele comentário e o outro ouve, poxa, ‘J.B. é soropositivo...’, acaba que todo mundo sabe e a verdade é que fica as pessoas olhando pra você com uma cara de, de pena, você não entende nada, não sabe o que é, até que você vai saber que, todo mundo sempre soube, né?” (José).

Nas diversas etapas vividas pelos entrevistados durante o processo de afastamento, ficou claro que em muitos momentos, falta um apoio institucional qualificado.

“Não me interessava, tinha uma outra coisa e eu acho que falta isso na Marinha. Ter uma estrutura, primeiro pra quando os próprios encarregados lá, recebessem a notícia, né ? Pra eles saberem como agir, com a cabeça deles, primeiro, né? Porque eles olham assim: ‘Ah, Fulano tá HIV positivo. Chama aqui que eu vou falar e cabou’. Entendeu ? Comigo foi assim, se outros sofreram também discriminação, então é porque maior parte das vezes é assim, né? Aí, o que acontecesse ? Eles dão essa notícia atropelado

e já mandam direto pro Marcílio Dias, a pessoa já desembarca pra lá. Já embarca no Marcílio, fica lotado no Marcílio Dias, né ? Então, quer dizer, eu acho que eles tinham que estruturar mais a cabeça, sabe ? Tinham que...o sistema tinha que ser todo diferente, eu sei lá. Tal história, eles dizem que afastam o HIV positivo porque ‘ah, não pode ter militar com HIV positivo na ativa porque se tiver uma guerra...’, pô eu não vivo na Bósnia, cara. Eu não vivo na Irlanda, não tô em Angola, entendeu ? Tô num país que não tem guerra, até então, né ? Não sei, mas pô, daí a ter uma, quando, Deus que sabe, até lá, se fosse um país que vivesse em guerra. Aí, eles dizem: ‘Ahm, já pra limpar a barra...Ah, não porque a gente quer preservar a integridade da pessoa, né ? Pra pessoa não se sentir mal e tal’, mas é preconceito” (Leila).

Os muitos significados (implícitos e explícitos) existentes no contexto da aids proporcionam um campo de investigação fértil para as representações sociais (Barbosa, 1993). É neste campo que estaremos caracterizando o estigma que recebem as pessoas aqui entrevistadas, através de três dimensões: periculosidade, não produtividade e culpabilidade.

2- Homens da Marinha: Perigo Biológico ou Perigo Moral ?

Como já foi discutido anteriormente, o respeito às regras disciplinares e aos princípios hierárquicos rigorosos são fundamentais para que os militares cumpram seus deveres de garantir os poderes constituídos, a lei e a norma, enfim a defesa da Pátria. Essas regras disciplinares e princípios hierárquicos, peculiares as Forças Armadas regem não só a vida profissional como também, a vida pessoal do militar. Assim sendo, suas ações devem ser pautadas por compromisso, fidelidade e renúncia em nome da instituição.

Considerando que os militares da ativa devem possuir perfeito vigor físico e moral e que são doadores de sangue potenciais, a discussão de qualquer “*impureza*” neste, aparece como possível limite do exercício pleno das obrigações militares. Uma relação interessante e que fundamenta a meticulosa preocupação com a higidez física dos militares e seu potencial como reserva de sangue, tanto em situação de paz, como em situação de guerra.

Segundo o Serviço de Relações Públicas da Marinha, “*no seio da tropa, o banco de sangue de cada um é o companheiro do lado, quando ferido em combate ou acidente, o*

que torna absolutamente inaceitável a presença de um HIV positivo nas nossas fileiras”(Brasil & França, 1996: 62-63).

Ao discutirmos as associações simbólicas que constróem o elo entre os significados da testagem obrigatória (sangue seguro/de qualidade) versus testagem obrigatória (Forças Armadas física e moralmente hígdas) estamos tratando de questões que não estão restritas apenas ao contágio potencial, com o risco de transmissão de qualquer microrganismo. Estende-se também, ao “perigo moral” que pessoas e suas condutas representam para as normas estabelecidas (Takahashi, 1997). Takahashi (1996) trata inicialmente da periculosidade em pessoas sem casa (“*homeless persons*”) e explica que as avaliações negativas determinadas a esse grupo surgiram a partir de pesquisas que os definiam como pessoas essencialmente diferentes, enfatizando a presença do uso de drogas e incapacidade mental, muito mais que a pobreza ou a indigência. O estigma da periculosidade associado as pessoas soropositivas é intensamente vinculado ao medo do contágio (Takahashi, 1997).

Fatores culturais, sociais e religiosos estão diretamente relacionados aos muitos significados atribuídos ao sangue. Na tradição judaico-cristã, por exemplo, o sangue está presente em diversos episódios. Símbolo de proteção, de cura ou alívio para determinadas doenças, o sangue para os judeus, também representava poluição e perigo, como pode ser percebido nas regras da *nidá* (“mulher menstruada”, em hebraico).

Na época do Templo, ninguém deveria tocar em objetos manipulados pela *nidá* e era proibido o homem ter contato físico com a mulher em seu período menstrual. A criança nascida de relações sexuais com uma *nidá* teria origem manchada e provavelmente seria arrogante ou teria “lepra” (Unterman, 1992).

“O sangramento menstrual é o castigo de Eva por ‘derramar o sangue de Adão’, isto é, causar sua morte ao tentá-lo a comer o fruto proibido” (Unterman, 1992:192).

Mesmo com uma série de mudanças, ao longo dos anos, nessas representações do sangue, algumas religiões até hoje mantêm crenças sobre proibições em torno do período menstrual ou de transfusões de sangue. A importância do sangue para as Forças Armadas pode ser notada principalmente no período das duas grandes guerras, época em que as técnicas transfusionais foram aperfeiçoadas. A Segunda Guerra, por exemplo, motivou a organização de muitas redes de coleta e transfusão na Europa. No Brasil, ao que tudo indica, a criação do primeiro banco de sangue (no Hospital Fernandes Figueira), em 1941, estava associada a um esforço de guerra (Castro Santos et al., 1994). Nas Forças Armadas,

até pouco tempo atrás a doação de sangue era entendida como “*questão de soberania e segurança nacional*”.

A lei federal 1.075 de 27/03/50, primeira a tratar do sangue no país, abonava um dia de trabalho de todo funcionário público, civil ou militar, que fizesse uma doação voluntária a um banco de sangue mantido por organização estatal ou paraestatal. Esta lei representava não só um incentivo à ação voluntária, como também, glorificava aqueles que como “heróis”, fizeram um sacrifício em prol da comunidade (Castro Santos et al., 1994). Esse “herói”, não pode ser impuro ou fonte de preocupação moral, já que como mito é exemplo a ser multiplicado.

O perigo biológico da contaminação, em algumas atividades, existe e não pode ser descartado, como nos aponta um dos oficiais entrevistados, mas há também, dentro da instituição, aqueles que se pautam em riscos imaginários para justificar a exclusão.

“E um Fuzileiro, como é que fica ? O Fuzileiro tem que participar de manobra, o cara joga granada, dá tiro e se ele tiver um acidente, no meio da, da manobra, coisa que não é impossível acontecer, mesmo em navio, pode acontecer um acidente e aí, como é que fica ? O cara ensangüentado ali, alguém vai querer botar a mão nele ? Sabendo que ele é portador ? Realmente a situação é muito delicada, né ?”(Júlio).

“Quando fui pra Marinha, trabalhei no gabinete do Ministro, foi lá no rancho do ministro, vim pra cá ... também trabalhei com Ministro e Almirante, então, todo mundo já conhecia, até pessoas que eu conhecia há muito tempo, então, eu trabalhava com comida há muito tempo também, acho que ele ficou com um certo receio e eu acho que eu também, né ? Você cortar, cê se machuca muito pra, evitar contágio, aí pediu, falou que eu podia ficar em casa uns dez dias, quinze dias até, eu esfriar minha cabeça e melhorar pra poder vir pra cá” (Robson).

Além disso, a mesma ambigüidade impregna a descrição das manifestações neurológicas associadas ao HIV. O medo e o pânico gerados em torno da doença, alimentou o pensamento conservador na construção de modos fantasiosos de transmissão do HIV, onde o “doente” aparece como instável, agressivo e violento representando um perigo potencial para a sociedade. Isto pode ser verificado no exemplo de um Coronel-médico da Aeronáutica, que argumenta que um soldado com aids pode ter uma “crise neuropsíquica” durante um treinamento de tiro:

“Nesta situação, ele coloca em risco toda tropa. A nossa intenção é proteger o doente e a tropa também ...” (Gomes, 1996:9). O substrato do comentário parece fundir a fisiopatologia da infecção, psicopatologia e esteriótipos criados em torno do indivíduo soropositivo.

Um outro ponto que, segundo nossos entrevistados, é marcante quanto à questão da periculosidade está no medo de contaminação construído pelos profissionais de saúde na sua relação com seus clientes.

“Eu falei muito o lado bom da Marinha, da forma que ela cuida dos seus pacientes soropositivos. Eu só tenho uma grande reclamação, eu acho que é a maior reclamação de todas, é a área odontológica da Marinha. São médicos preconceituosos que não têm estrutura nenhuma pra serem médicos e que quando sabem que você é soropositivo, simplesmente se omitem de te atender. Eu já cheguei a ter vontade de dar parte de médicos lá na odontoclínica da Marinha, ali naquela delegacia da Praça Mauá, exatamente por não me atenderem, por eu ser soropositivo e dizerem de uma forma até ignorante que o Marcílio Dias tem tratamento exclusivo pra gente. Quando é mentira, a máquina, a sala, até a sala de odontologia do Marcílio Dias tá quebrada e fora de uso há quase um ano e sempre vai ser ajeitada, sempre vai recomeçar e quando, recomeça vem um médico da própria odontoclínica que também vem com os mesmos dogmas, com os mesmos preconceitos, apesar de serem médicos, né ?”(José).

Não é só a presença do HIV que pode dificultar o acesso ao tratamento. O estigma que cerca a homossexualidade e as reações preconceituosas que surgem a partir deste, podem ser percebidas nas práticas discriminatórias e no despreparo de diversos profissionais na área da saúde. Isso, segundo Terto Jr.(1996), leva muitos indivíduos a buscarem o auto-tratamento para doenças sexualmente transmissíveis com receio de sofrerem atitudes homófobas por parte dos profissionais de saúde e serem submetidos a situações constrangedoras.

“A gente é sempre visto como um grupo especial, eu não me acho um grupo especial, eu me acho uma pessoa como qualquer outra. Como os ‘OSOS’ que eles falam, canceroso, leproso, não sei o que, tuberculoso. Isso é horrível de se dizer. É horrível de se dizer e é o que a gente convive, eu não consigo admitir, me irrita. Eu me irritei aquele dia naquela reunião, quando me vem: “Ah, mas, eu tenho que vê, você tem que entender o lado psicológico, lado psicológico...”. O escambaos, eu sou um técnico em eletrônica e

não posso me dar ao luxo de ter medo de choque, eu sei onde eu vou meter a mão e onde vou tomar choque, então, não meto, uso uma luva pra me proteger. Por que um infeliz, que faz um curso de terceiro grau pra área de saúde, passa seis, de cinco à seis anos, que é o mínimo que se faz, tem medo de pegar HIV ? Tratar do meu dente. Tem medo de HIV, de me dar uma injeção, pegar HIV, me dando uma injeção, o que é isso? Eu não posso admitir isso, então, é esse tipo de tratamento que eu não quero pra mim. E não vou admitir quando isso acontecer. Como até hoje não engulo esse tratamento, o aborto que a Marinha fez comigo”(Eduardo).

Sentimentos paradoxais surgem em relação à instituição, que aparece muitas vezes representada como a "grande mãe" ou como "uma grande família", mas que com atos de rejeição, "aborta" seus filhos.

“De serem dentistas, formados, de terem toda uma, preparação pra atenderem todos os tipos de pacientes, eles simplesmente vêm e tratam a gente vestidos quase que como astronautas, umas cinco luvas é, umas cinco luvas. Um equipamento quase que uma ferradura, se protegendo da gente como se nós fôssemos os piores homens do mundo, como se o vírus HIV fosse pego pelo ar, é essa é a parte podre da Marinha, é a parte preconceituosa. O que me impediu de até hoje, botar, novamente o uniforme e ir até a odontoclínica marcar e na hora da extração eu dizer que sou soropositivo, o médico me evitar e falar do jeito que ele falou, o que me evitou de chegar até uma delegacia e denunciar isso, foi exatamente porque não sairia o nome do médico em si, mas o nome da Marinha e eu gosto muito da Marinha. Gosto muito, não gosto que falem mal dela. Não gosto mesmo. Mas existe essa parte podre, posso falar que é podre, que é nojenta, que é preconceituosa e que até hoje eu tenho vários tratamentos pra fazer no dente, nos meus dentes e que, desde que eu me vi soropositivo, eu não tenho tido nenhum tratamento porque a Marinha se omite nessa área. Eu posso dizer a Marinha porque os médicos são dela, são formados por ela e ela já tem conhecimento disso. O Marcílio Dias já tem conhecimento disso, já mandamos memorando, já mandamos informações e simplesmente, ‘ah, vai ser feito, vamos fazer’. E sempre a mesma coisa, a gente tem um péssimo tratamento odontológico e uma coisa que é essencial, o lado odontológico é essencial e a gente simplesmente não tem, não é respeitado” (José).

As normas de biosegurança exigidas muito antes do surgimento do HIV, são representadas com proporções maiores que as reais e ironizadas, principalmente por

aqueles que vêm a sua soropositividade freqüentemente ressaltada como algo impuro que oferece perigo e por isso, deve ser isolado. Assim, no modelo máximo de prevenção, as barreiras que servem para separar fluidos que possam oferecer o risco da transmissão do HIV, acabam servindo para separar pessoas.

Segundo Douglas (1966), rituais de pureza e impureza criam unidade na experiência e possibilitam a execução e manifestação pública de padrões simbólicos. Nesses padrões, os elementos dessemelhantes são relacionados e a experiência díspar assume significado. Aqui a experiência díspar é representada pelo estigma provocado pela presença do vírus HIV no sangue.

O “perigo moral” do HIV para a Marinha, não está representado apenas pela “poluição” que ele provoca no sangue, mas por uma “suposta” homossexualidade dos militares infectados, correlação que ainda aparece como reflexo da categorização inicial dos grupos de risco.

A rejeição de militares homossexuais nas instituições é freqüentemente noticiada pela mídia e por grupos que fazem parte do movimento social¹⁸. Silva (1998), general da reserva, argumenta que as ações das Forças Armadas não discriminam ninguém quanto ao sexo, cor, raça, religião ou condição social e nelas podemos perceber “*o respeito à dignidade pessoal e o sentimento de justiça*”, mas reconhece que:

“...isso não impede que determinadas pessoas não sejam consideradas aptas para o desempenho das funções militares, em face das características que a carreira militar requer, principalmente aquelas inerentes a estrutura física, psicológica, intelectual e moral dos indivíduos, e em face das circunstâncias em que ela, a carreira, se desenvolve, quando os oficiais e comandantes de pequenas frações devem ter a capacidade inequívoca de liderança, o que envolve valores inquestionáveis...Em verdade, o homossexual, de maneira geral, pelas características que congrega em si, não responde ao perfil idealizado para um militar, e muito menos para um oficial” (Silva, 1999:7).

As características congregadas nos “homossexuais” fazem parte de um imaginário que trata de forma equivocada conceitos de homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade como categorias homogêneas. Assim, é importante ressaltar a “*incompatibilidade lingüística entre o discurso médico-científico da sexualidade, onde os termos heterossexual, homossexual e bissexual definem identidades sócio-sexuais rígidas e*

¹⁸ Sobre tema homossexualidade na Marinha do Brasil ver Alves & Barcellos (1997).

estanques, e o discurso leigo brasileiro calcado na oposição hierárquica entre o ativo ('quem come') e o passivo ('quem dá'), um tanto ou quanto flexível na prática" (Guimarães, 1996:174).

A construção da homossexualidade se dá sob quadros de referência que organizam a sociedade. Essas referências que podem ser jurídica, médica, religiosa ou militante são cercadas de elementos simbólicos e ocupam espaços importantes *"na medida em que procuram oferecer elementos explicativos sobre o ser/estar no mundo"* (Câmara, 1998:11). Com base numa referência médica, a principal referência que respalda os processos de afastamento, acrescida de valores morais, são criadas representações sociais que relacionam as práticas homossexuais à promiscuidade, transgressão, práticas libidinosas e busca, através da luxúria, de um prazer desenfreado (Seidman, 1992; Moraes & Carrara, 1985).

Segundo Bolton (1992), o movimento de conquista da liberdade sexual foi muito importante na *"gay life"*, criando entre aqueles que estão de fora a rotulação do termo *"gay lifestyle"*. A transposição dessa concepção da cultura norte americana para outros contextos culturais possibilita ambigüidades e múltiplos significados. Algumas dessas interpretações equivalem a *"gay lifestyle"* a uma metáfora de promiscuidade sexual, outro termo recorrente, principalmente numa referência às práticas homossexuais, reforçando colocações degradantes e pejorativas.

"AIDS has been used by conservatives to revive the notion of the homosexual as a dangerous and polluted figure. AIDS has been invoked as proof of the diseased, contagious and dangerous nature of homosexuality" (Seidman, 1992: 160).

Impureza, ainda segundo Douglas (1966), deve ser investigada através da ordem, já que a noção de sujeira é ofensiva a esta. Estão incluídos na noção de sujeira, todos os elementos rejeitados em sistemas de regras estabelecidas, assim sua eliminação pode ser representada como um esforço positivo para organizar o ambiente.

"E ele era daquele que se rasgava ...Rasgava, rasgou a farda, uma vez no quartel por causa do oficial de serviço. O oficial de serviço mandou ele trocar o sapato, ele foi. Não, engraxar o sapato, ele engraxou. Ai ele voltou com o sapato engraxado. O oficial de serviço mandou ele trocar a calça, que tava suja, ele foi e trocou. O oficial mandou ele de novo, ele trocar a camisa que tava suja, mas implicância porque ele era gay, ai ele trocou. Mandou ele fazer a barba, que ele tava com a barba grande. Ele fez. Ai, quando o oficial

pela quinta, sexta vez, mandou ele cortar o cabelo, ele saiu rasgando a farda todinha (riu), falou que não queria ir pro chão, não. Aquelas bichas arretada, mesmo! Foi, passou dez dias preso. Mas, tudo bem, ele fez o que ele queria (rindo muito)”(Hélio).

No ideal moral que permeia as Forças Armadas, militares que têm em sua vida pessoal e profissional, condutas consideradas transgressoras pelas Forças, são passíveis de punição. A homossexualidade tem que ser vivida na clandestinidade, o que cria uma solidariedade no silêncio entre aqueles que compartilham a mesma orientação sexual.

“Não... não, nunca questionaram minha homossexualidade, tá ? Só uma vez, foi quando eu estava na Estação-rádio, foi em noventa. Um colega meu, Marcelo que era gay declarado, uma vez, saiu quebrando a Estação-rádio toda. Aí pegaram ele, levaram pro sanatório. Como ele era da minha turma de oitenta e um, eu tinha uma amizade muito grande com ele, tinha não, tenho, né ? Quer dizer, tenho mais não, que eu já saí da Marinha. Também, não sei nem o que aconteceu. Mas, na época tinha um vínculo com ele porque ele era da minha turma e quando eu era sargento e ele era um cabo, eu me sentia na obrigação de saber o que que tava acontecendo realmente com ele. Aí, fui procurar o médico da Estação-rádio pra saber o que que tinha acontecido naquele final de semana. Foi quando o médico perguntou se eu era gay, eu respondi pra ele que aquilo não interessava, que o que interessava é que ele era da minha turma e eu queria saber o que que estava acontecendo. Foi o único momento que questionaram minha homossexualidade, foi quando eu fui defender o Marcelo, fora isso, nunca, tá ? Nunca ouvi piada, nunca tive problema nenhum. Eu sempre soube me portar legalzinho e também, nunca me afastei dos gays declarado, entendeu? Sempre, sempre tive um ótimo relacionamento com eles, tanto é que uma vez, indo na Encontros, isso há anos atrás, ninguém sabia oficialmente que eu era gay, quando eu cheguei na Encontros, eu encontrei o Marcelo. Quando eu entrei na Encontros, que eu vi o Marcelo, eu ia voltar, mas ele de longe, ele me viu. Deu um grito, que conseguiu abafar o barulho da boite chamando o meu nome. Mandando eu esperar, que ele viu que eu ia embora. Aí, veio me abraçou, falou comigo, numa boa e falou: ‘Óh, não se preocupa que nunca vou comentar isso lá dentro’. O meu medo era comentarem e ele nunca comentou, mesmo. Então, sempre tive um carinho muito especial por ele por causa disso. Tanto é que quando ele teve problemas anos depois na Estação-rádio, eu fui saber que que tava acontecendo realmente com ele, entendeu ?” (Hélio).

Daniel (1989), ressalta a situação trágica de muitos que têm sua homossexualidade, até então vivida na clandestinidade, descobertas ao serem coagidos a revelar a forma como se contaminaram.

“As doenças sexualmente transmissíveis sempre foram alvo das abordagens moralistas. Foram apresentadas como castigos impostos aos indivíduos por elas acometidos ou aos grupos ou segmentos que a manifestavam. Um bom argumento, portanto, para detectar, identificar, estas ‘populações transgressoras’ ou ‘viciadas’ e decretar-lhes ‘tratamentos especiais’ ou mesmo condená-las” (Vital Brasil, 1991:9-10).

Segundo Ventura da Silva (1995), o “inquérito epidemiológico” indicado por portaria do Ministério do Exército, ordena ao médico militar investigar a forma de infecção pelo HIV e caracterizar o “grupo de risco” (CID 302 para desvios e transtornos sexuais ou CID 304 para toxicômanos).

Como lembra Terto Jr., *“a epidemiologia da aids trouxe a público a homossexualidade: governos e instituições médicas tiveram que reconhecer a existência das relações homossexuais, ainda que este reconhecimento nem sempre tenha resultado em ações concretas e benéficas para os homossexuais”*(Terto Jr., 1996:96).

A idéia de transgressão das regras estabelecidas não está restrita apenas à Marinha, ela pode estar relacionada também com as crenças religiosas dos indivíduos.

“É, eles queriam saber, quer dizer, por que ? Como foi ? Porque existe aquele problema(...)do pecado e houve o pecado, pecado é transgressão, eu transgredi as normas, né? Porque pra pegar essa doença, tinha, tive que transgredir as normas, quer dizer, foi através de um contato sexual e isso é pecado na minha religião. Então, um grupo de liderança da igreja se reuniu e queria saber. Confessei, foi pecado mesmo, poderia ter sido através do pecado. Confessei e fui perdoado, tranqüilo. Continuei exercendo a minha liderança na igreja, que eu era, era líder na igreja, continuei, não houve discriminação nesse sentido, achei interessante. Só que não é a mesma coisa. Você, você agora lá na frente, você sabe, que você tá sendo observado, sei lá. Parece que tá todo mundo sabendo do seu caso. Parece que tá na tua testa escrito: ‘Portador de HIV’...” (Alexandre).

A associação constante da aids a grupos “marginais” ou “desviantes” e a forma como está presente a moral sexual na representação social das relações de gênero, são responsáveis ainda hoje por categorizar mulheres soropositivas com relações estáveis como “vítimas” e as com uma vida sexual ativa como “promíscuas”.

“De todas as putas, piranha, safada e etc e tal. Engraçado eu sair com rótulo de puta, sem nunca ter dado um beijo em ninguém dentro daquele hospital, né ? Por simples, sacanagem das próprias colegas, né ? Por inveja, por raiva, o que fosse, né ? Não iam mesmo com a minha cara, algumas delas, né ? As mais antigas de lá, né ? Aquelas que já estavam lá desde a primeira turma de Marinha, né ? Que não simpatizavam com meu jeito de brincar, de falar com todo mundo e todo mundo acabava entrando na minha, né ? Então, era a queridinha, (...) aos olhos delas, né ? Eu era a desejadinha de todos os homens, elas achavam, deviam achar que eu dava pra todos eles, né ? E por aí vai, por causa do meu modo de brincar. Mas nunca tive relacionamento com ninguém lá dentro”(Leila).

Ao argumentar a necessidade de manter o vigor físico e a disciplina dentro da instituição, a Marinha do Brasil vem na verdade empregando um modelo de exclusão das pessoas soropositivas, já muito utilizado, ao longo da história das epidemias, isto é, com princípios normatizadores, moralizadores e higienistas. É importante ressaltar que, mesmo utilizando estes princípios em outros momentos da história, na década de 30, na Marinha do Brasil, já havia quem estivesse pensando na reabilitação e no retorno do indivíduo a fim de mantê-lo em sua profissão (Alencar, 1935), como já como mencionamos anteriormente. Atualmente, com relação às pessoas soropositivas para o HIV, esta preocupação parece não fazer parte do cenário atual desta instituição.

Neste capítulo, a utilização da dimensão da periculosidade e o discurso dos entrevistados permitiram a localização e discussão dos itens que representam o perigo biológico e o perigo moral na discussão do HIV dentro da Marinha. Assim sendo, conclui-se que afastar pessoas portadoras do HIV, não é só afastar alguém que representa um risco potencial para um companheiro de tropa, é também, eliminar aqueles que podem significar a contestação a ordem moral vigente.

3- Homens da Marinha: Produtivos ou Parasitas ?

Neste capítulo, analisaremos como nossos entrevistados percebem o tratamento que a Marinha do Brasil atribui à capacidade produtiva do indivíduo soropositivo, bem como, eles próprios percebem sua produtividade.

A Produtividade pode ser caracterizada como uma participação no mercado de trabalho remunerado, associado ao consumo de atividades individuais e coletivas e estabilidade como membro de uma comunidade (Takahashi, 1997). Nesta análise, adapta-se esta dimensão para pensá-la no contexto de uma instituição.

Os indivíduos que não participam de maneira formal da estrutura das relações sociais, em particular da estrutura econômica e política da sociedade podem ser vistos como ameaça ao consumo coletivo e à vida comum. Assim, sua ausência de produtividade e contribuição para a sociedade os torna estigmatizados como inúteis e parasitas (Takahashi, 1996).

Uma interpretação interessante de como a inserção social poderia condicionar a concepção do estigma e suas implicações é a desenvolvida por Mary Douglas (1992), ao apontar que a exposição ao risco ou a forma como ele é evitado partem de uma negociação entre o indivíduo e a sua comunidade. Assim sendo, a ação dos indivíduos e suas conseqüências estarão pautadas na estruturação do conhecimento e dos valores do grupo. Cada cultura produz suas próprias diretrizes como resultado da interação entre o centro e a periferia. Esta relação do indivíduo com seu grupo será fundamental para as discussões posteriores, sobre produtividade e culpabilidade.

Na Marinha, a capacidade produtiva do indivíduo é avaliada por critérios rígidos através inspeções periódicas, que buscam manter no serviço ativo, aqueles que possuem pleno estado de sanidade psicofísica. Este estado é expresso pela ausência de doenças incapacitantes e pelo alcance dos índices estabelecidos nas *Normas Reguladoras para Inspeções na Marinha*, “considerando sempre a capacidade de desempenhar as atividades normalmente atribuídas ao militar ou civil na MB (Marinha do Brasil)”(DGPM-406, 1998).

Segundo Brandt & Rozin (1997), o entendimento que qualquer sociedade tem de padrões de saúde e doença e suas causas revelam normas culturais básicas e expectativas. Para as Força Armadas, o conceito de higidez é considerado básico (Moura Filho, 1991), garantindo padrões exigidos em caso de guerra ou em outras situações de segurança e defesa do país.

Segundo o art.108, da lei 6.880 (Estatuto dos Militares), para as Forças Armadas a incapacidade pode ocorrer “em consequência de”: a) Ferimento recebido em campanha ou manutenção da ordem pública; b) Enfermidade contraída em campanha ou manutenção da

ordem pública, ou enfermidade cuja causa decorrer de uma dessas situações; c) Acidente em serviço; d) Doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço; e) Tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase (lepra), paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; f) Acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço. A aids como já foi citada anteriormente, no capítulo que discute as normatizações, está incluída nas doenças incapacitantes.

No caso da aids, a não-produtividade, tendo como referência a funcionabilidade está estreitamente relacionada às características atribuídas à doença, contagiosa e incurável, que leva seus portadores à morte. Assim, pessoas soropositivas são vistas como menos funcionais e por isso, menos aceitáveis. A ausência de sintomas e uma boa disposição física deixa muitos indignados com relação aos critérios que avaliam incapacidade.

Em nossas entrevistas, percebemos que a presença do HIV e/ou do tratamento impõe limitações à alguns dos militares, mas isso não significa perda, apenas alteração da capacidade produtiva.

“...Que o que eu tomo de remédio e o que eu passo mal de vez em quando, eu prefiria tá trabalhando, acho que nenhum trabalho, faz eu passar o mal que eu passo hoje em dia. No início era um mar de rosas, era, no início era uma beleza, não tomava remédio nenhum, vivia bem, vivia na praia e tudo, hoje em dia já não tenho mais esses privilégios, a saúde já é mais moderada, não tô mal, não tô muito bem, mas eu não posso mais ter aquela vida, por exemplo assim, eu pegar vou pra qualquer canto aí, adeus. Vou viajar por aí, vou pra cá, vou pra lá, não preciso me preocupar com nada. Não é bem assim...vou ter que carregar aquele bolo de remédio atrás de mim, ter que me preocupar com o tempo do remédio, então, essas coisas, que você tem que ter uma, uma, uma limitação, né?”(Júlio).

A vivência com o HIV, a ausência de sintomas e o uso da terapia antiretroviral impõem a pessoa soropositiva, o desafio de reconhecer e dominar uma “doença” que ainda não existe, exigindo a constante busca em restaurar suas relações com um estado normal anteriormente conhecido.

“ ... A única dificuldade é exatamente ser, ser tirado, era como, é como se fosse você não prestar mais pra nada, porque antigamente, mesmo com problemas cardíacos, eu tinha, eu prestava, de repente por causa de um vírus, que não mudou em nada o meu, meu físico, não destruiu em nada fisicamente, me deixou abalado emocionalmente, ela simplesmente diz que eu, diz que eu sou incapaz, né ? Incapaz é o, o carimbo bem forte no, no cartão de LTS, que diz que eu sou incapaz, aí eu fico pensando: até que ponto, até que ponto eu sou incapaz ? Até que ponto, eu me tornei incapaz ? Eu sofri muito pra aceitar isso, por que que eu sou incapaz ? Poxa, eu tenho limitações. Poxa, todo mundo tem, todo mundo tem limitações, mas por que esse, esse rótulo tão forte de assim de incapaz ? Eu, poxa, continuo sabendo tudo sobre eletricidade, que eu aprendi, eu continuo podendo trabalhar em relação a isso e a Marinha simplesmente fala que eu não posso. Eu tive um amigo até que, o tenente falou pra ele assim : ‘É, não adianta você insistir, você é incapaz, é incapaz e pronto’. Porque ele foi tentar insistir pra ficar... ‘Não, tenente, eu não sei o que fazer lá fora’, ele falou : ‘Óh, vai fazer alguma coisa, vai trabalhar de outra coisa’. Mas, aí eu, eu acho estranho essa contradição, porque eles dizem: ‘Vai trabalhar em outra coisa, vai fazer alguma coisa’ e depois eles rotulam que a gente não pode ter nenhuma remuneração extra-Marinha...”(José).

Cria-se uma situação ambígua para a pessoa soropositiva que, por um lado, recebe um rótulo de incapaz que impede o seguimento de sua carreira profissional na instituição que o qualificou e, por outro, é orientada a buscar um novo espaço para exercer atividade semelhante.

Como discutido anteriormente no espaço dedicado às normatizações, a reforma tem sido qualificada como incapacidade para o serviço ativo, ressaltando a não invalidez, o que tem gerado prejuízos econômicos para as pessoas soropositivas. Três dos entrevistados referem-se a estes prejuízos:

“Aí, foi eu falei: ‘Eu me aposentei com dois anos e você já tem cinco anos e até hoje não foi aposentado’, ele, ninguém sabia explicar, porque. Entendeu ? Ninguém nunca soube. Aí depois, nessa reunião, que eu fui descobrir que o Francisco, ele é da mesma época, ele também soube em 91 e se aposentou comigo em 93, que foi quando veio a lei do Sarney, acho que foi do Sarney, mandaram aposentar todo mundo, agora porque não aposentaram o Roberto a gente não sabe. Ninguém nunca deu explicação, acho também que ninguém nunca perguntou. Também, né ? Tem esse problema, tá ? E teve outras

peessoas que se aposentaram nessa mesma leva que a gente e tem muita gente hoje em dia, o regulamento acho que é passa dois anos de Licença, um agregado pra depois se aposentar, entendeu ? Eles foram mudando, eles agora não colocam o mesmo tempo do, da minha época, porque o Renato se aposentou sem ganhar as promoções, não é as promoções, sem ganhar o soldo e promoção, né ? Que eu continuo terceiro sargento, só que eu ganho dois ciclos a mais, eu era terceiro sargento, então eu passei pelo ciclo de primeiro sargento e fui pro ciclo de segundo-tenente, já o Roberto não, ele continua no mesmo ciclo de salário, que o salário muda sempre dois ciclos...” (Hélio).

“Não, não porque pra mim trabalhar agora... eu não tenho nem noção, como seria trabalhar lá fora. Eu nunca trabalhei de empregado, então, e ainda tô de LTS (Licença para Tratamento de Saúde), e pela Marinha não tem como eu trabalhar, tem questão de carteira assinada, é uma burocracia que eu ainda não sei como funciona”(Renato).

“Meio brabo, né ? Meio brabo porque, tenho que me contentar com esses mil reais, aí de, de salário, né ? Não dá pra batalhar nada por fora, quer dizer, é difícil, é difícil, mas não tá impossível de se levar porque, não tenho marido, não tenho filho, não tenho que bancar casa, né ? Eu moro com a minha mãe, até então a casa é nossa, né ? Dela, sei lá. Do meu irmão, mas pra ela morar e eu moro junto. Tem minha tia que ajuda bastante, minha tia é meu pai, é minha mãe, é meu tudão, então, quer dizer, tenho carro, consigo ter um carro zero, hoje, né ? Já um ano que eu tô pagando ele”(Leila).

As atividades atribuídas ao militar demonstram que o fim da carreira vão além da “perda de um emprego”, desta forma, o encaminhamento dado ao dia-a-dia, por esses indivíduos, após o início da Licença para Tratamento de Saúde será diversificado. Percebemos que a maioria procura ocupações que variam entre ações voluntárias ou a efetiva busca de uma nova carreira.

“Bom, o dia a dia, ele era uma merda, né ? Porque, pô, você é acostumado aquele ritmo, um ritmo puxado, um ritmo, de exercício, de você, inclusive na época, eu fazia judô, eu fazia competição de judô, aí eu parei, parei, justamente porque o judô é muito corporal, às vezes, sem querer abria a boca, sangrava o nariz, abria o supercílio, então, eu na época parei de lutar, então eu falei assim: “Pô, o que que eu vou fazer agora?” Parei de lutar, parei de trabalhar, parei de fazer tudo, então, a minha vida porra, se tornou, o que ? Ficar olhando pro tempo, mas nada. Só olhar pro tempo, aí que que eu fazia, eu ia pro Marcílio Dias, na DIP, aí eu ficava lá, olhando nos quartos, que na época haviam muitos

soropositivos, naqueles, naqueles quartos lá, então, eu ficava, visitava as pessoas. Ia lá batia um papo, conversava, com o pessoal e depois, geralmente isso à tarde. Eu acordava geralmente umas oito, nove horas, tomava um banho, saía, almoçava e depois ia pro Marcílio. Ai, eu ficava no Marcílio, a parte da tarde com os que tavam internado, vendo uma coisa, vendo outra, depois saía dali, ia pra casa, isso era o meu dia. A rotina, a rotina minha era essa”(Roberto).

O estranhamento e as angústias que emergem com o fim da carreira são superados, na maioria das vezes, com a descoberta de novas atividades ocupacionais. Uma redefinição das funções pode surgir a partir de ações altruístas, com atividades voluntárias em torno da prevenção do HIV e assistência a pessoas soropositivas. Com base nisso, poderia ser estruturado um importante trabalho, desenvolvido, com base na vivência e na experiência desses militares, aproveitando suas iniciativas.

Entre aqueles que não querem dar visibilidade a sua soropositividade ou necessitam complementar o orçamento mensal, há a tentativa de adequar sua qualificação profissional no mercado formal ou informal. Um dos entrevistados, técnico em eletrônica, com “sub-especialidade em guerra eletrônica” precisou adaptar seu conhecimento para exercer um novo cargo.

“Eu tenho segundo grau completo, sou técnico em eletrônica, atualmente tô trabalhando como técnico em equipamentos biomédicos, dentro do Hospital dos Servidores”(Eduardo).

É fundamental entendermos que o exercício da profissão militar exige treinamentos específicos que qualificam o indivíduo para atividades utilizadas apenas em determinados ambientes, dificultando assim, a reinserção deste em atividades que fazem parte do âmbito civil. Isto pode ser verificado a partir da fala deste Fuzileiro:

“...Eu gosto muito de mexer com computador mas, eu não penso nessa área, porque é uma área que já tá muito difundida, muita gente já tá sabendo muita coisa, muito mais do que eu, e tudo que eu aprendi foi fuçando, né? Eu não tenho profissão, eu não sei fazer nada assim, eu sei mexer em camisa, um trabalhozinho aqui, vender roupa, então, fazer roupa, então sabe, eu não sei, eu não tenho uma profissão, eu não tenho, eu não fui qualificado, não fui, na época em que eu estava tendo a minha profissão, eu, aconteceu isso comigo. Eu não tenho assim, não parei ainda pra pensar o que que eu posso fazer, ser útil pra mim”(André).

Pensar numa condição estigmatizante para o indivíduo ou o grupo, significa pensar que um traço, uma doença ou simplesmente um vírus pode torna-se o único atributo definidor desse indivíduo ou grupo. Ele é alguém que possui uma característica que não estava previsto na relação social cotidiana. Segundo Goffman (1988) não é a limitação, causada por uma diminuição funcional, que constitui o maior dos problemas dos indivíduos incapacitados, mas as respostas da sociedade a esta diminuição. Da mesma forma:

“If society defines acceptability by whether individuals work in the formal and paid labor market, then people who are perceived as not working (e.g. homeless persons) or who might be blocked from the labor market (e.g. persons who identify themselves as HIV positive) become relegated to less valued positions in society”(Takahashi, 1997: 907).

“...Então, eu acho que daria uma facilidade maior pra pessoa, um ânimo maior, dela ver que ela ainda pode ser capaz de fazer alguma coisa, de que ela é capaz de fazer alguma coisa ...Hoje em dia ... (chorando muito) eu compreendo as pessoas que tem alguma doença, alguma invalidez, como o deficiente físico ou mental, porque o deficiente, deficiente físico quando ele é normal e de repente fica parapléxico ou tetrapléxico, ele vai ter que se reconstruir de novo, eu não tô assim, meu problema não é externo, meu problema é interno e hoje, eu tava pensando, como é que uma coisa tão pequena, tão minúscula, que você não enxerga, né ? Pode destruir tanto a vida de uma pessoa ...foi claro que ... no meio disso tudo, eu fiquei sabendo o valor que as pessoas me davam, né ? Graças à Deus, pra muita gente, eu tenho um valor, mas pôxa, isso não se faz, com nenhum ser humano, falar que ele é incapaz, que ele nunca pode fazer nada...um ser humano, por mais que ele só mexa um pé, um dedo do pé, ele é capaz de fazer alguma coisa e, falar pra pessoa que: “Olha, você é um burro, você é um incapaz, você é um aleijado, você é uma porcária de pessoa, de ser humano”, (chorando muito), isso dói, isso machuca ...”(André).

A exteriorização de alguma “irregularidade” ou “incapacidade” ocasionada pelo vírus em muitos casos só acontece após o aparecimento dos efeitos colaterais, decorrentes do início do tratamento com os anti-retrovirais.

Os importantes avanços conquistados com a descoberta de novos medicamentos (anti-retrovirais), significaram aumento e melhoria na qualidade de vida das pessoas soropositivas, com uma diminuição de ocorrências de doenças oportunistas e do número de

mortes. O reflexo do sucesso do tratamento, claramente percebido na maioria, sintomáticos ou assintomáticos, amplia a certeza da, plena ou parcial, capacidade produtiva desses militares.

“...Eu acho que ela tinha que deixar a pessoa trabalhando. Porque o ócio é o pior inimigo do homem. Homem ocioso sem fazer nada e principalmente quando ele é capaz, quando ele se olha no espelho e se vê bem, gordo, saudável, né? Mesmo sabendo que toda hora que ele for tomar o remédio, ele sabe que tem alguma coisa errada com ele, mas ele acha que ele, ele ainda pode produzir, entendeu? Eu acho que ela devia deixar, inventa um regulamento e podia deixar trabalhando ...”(André).

Ao sugerirem uma possível modificação da legislação no sentido de manter as pessoas soropositivas nas instituições militares, os entrevistados ressaltam uma grande preocupação: A viabilidade da ascensão profissional fundamental para o seguimento da carreira. Segundo artº 59, do Estatuto dos Militares, *“o acesso da hierarquia militar, fundamentado, principalmente, no valor moral e profissional, é seletivo, gradual e sucessivo e será feito mediante promoções, de conformidade com a legislação e regulamentação de promoções de oficiais e de praças de modo a obter-se um fluxo regular e equilibrado de carreira para militares”* (Brasil, 1980:27). Cabe a cada um dos Ministérios das Forças Singulares, o planejamento da carreira dos oficiais e das praças.

“Bom, na minha opinião deveria continuar na ativa, deveria continuar e também, galgando os mesmos postos, como se ele estivesse são, sem problemas, são todos nós somos. Se ele não tivesse nenhum vírus no corpo dele. E porque, porque tem muita gente aí que, como eu por exemplo, eu nunca tive nada, já estou fora da Marinha há praticamente, há oito anos e pô, eu poderia estar lá dentro. Poderia ter feito o meu curso, poderia ser um sargento, hoje em dia e trabalhando normalmente e infelizmente, não acontece isso”(Roberto).

“Eu voltaria. Mas se me garantissem viagem, se me garantissem ascender, porque eu não queria ser trancado num quartel e ser tratado como um soropositivo o resto da vida. Se vão me botar em atividade pra eu ser normal, eu quero ser tratado como uma pessoa normal. Que eu quero ter garantias de que eu vou poder fazer prova para sargento e ser sargento e passar, não ser barrado porque, eu sou doente incapaz, porque se eu fosse incapaz de ser sargento e fazer prova pra oficial alfa-alfa, então, eu prefiro ser incapaz

pra não entrar em nada, porque pra entrar na Marinha e ser cabo pro resto da vida, eu prefiro ser mandado pra reserva e depois, fazer minha faculdade e ser sociólogo”(José).

Por não serem constantes, limitações provocadas pelo comprometimento imunológico e pelos efeitos colaterais dos medicamentos, nem sempre são reconhecidas pelas pessoas soropositivas como impedimento para o exercício pleno de suas funções.

A percepção de incapacidade atribuída ao portador do HIV, pela Marinha tem sido feita com base num elemento que provoca o rompimento da imagem de um padrão ideal, para a Força e não na real capacidade produtiva desta pessoa. Fica claro, que na atual situação, os critérios de avaliação não podem ser dados apenas pela presença de um vírus, que responderá pelo futuro profissional de muitos militares.

Criar garantias para ascensão no caso das pessoas soropositivas significa, por exemplo, substituir as exigências de horas de embarque entre aqueles que estão (ou se sentem) impossibilitados, por tarefas em OMs (Organizações Militares) de terra.

Goffman (1988) sustenta que o significado de incapacidade é social, mutável e em construção e assim, a ligação entre estigma/desvio e incapacidade não é rígida. Deste modo, a busca por uma nova qualificação profissional ou inserção ocupacional faz parte da reconstrução da vida, após o conhecimento sobre sua soropositividade e após a reforma. Ela faz parte também, de um movimento de negação à morte civil imposta pelo estigma de incapaz, que lhe foi atribuído.

“Bom, hoje em dia, uma coisa que eu não quero é voltar pra Marinha, eu não quero mesmo, tô consciente disso, tenho muita mágoa dela, então, eu não quero tá mais lá, eu acredito que o trabalho que eu faço aqui fora é mais importante do que o que eu fazia lá dentro, tá ? Porque hoje em dia, eu me vejo brigando mesmo, é uma maneira de se continuar, eu antigamente lá tava treinando pra brigar, hoje em dia eu brigo de uma vez, entendeu ? Parou com o treinamento, tá ? Então, eu me sinto fazendo alguma coisa pelas pessoas, trabalhando no Pela Vidda. Isso é muito importante. Tem até o meu lado que, não sei, eu falo isso pra poucas pessoas, eu sempre tive um sonho de ter filho, hoje em dia não, já perdi a esperança, mas foi a maneira que eu encontrei de deixar meu nome gravado aí, que eu sei que vai tá na história que o Hélio brigou, fez alguma coisa por essa nação, por essa humanidade, alguma coisa, então, eu tenho orgulho disso. Por isso, que em momento nenhum eu faço questão de ganhar dinheiro dentro do Pela Vidda, tá ? Eu quero tá ali trabalhando mesmo por uma causa, pra poder marcar minha passagem aqui, porque

geralmente a gente deixa a nossa marca por aqui através de filhos, né ? E a minha maneira de deixar uma, foi essa”(Hélio).

A garra e a coragem, características fundamentais na formação militar, tomam dimensões reais para alguns, na luta pela vida.

4- Homens da Marinha: Existe Culpa ?

Esta dimensão do estigma diz respeito à culpabilidade pessoal, isto é, o quanto o indivíduo infectado pelo HIV é percebido como responsável e culpabilizado por sua condição (Takahashi, 1997).

A intensa localização da aids dentro de um modelo que envolve a responsabilidade, vem freqüentemente levantando questões em torno da falência moral do indivíduo, que associa a exposição ao risco à comportamentos sustentados tipicamente como sendo desviantes ou criminosos.

“Não. Pelo contrário, eu tive todo apoio possível de todos os meus amigos. Muitos deles não acreditavam, outros falavam: ‘Pô José, você não’. Chegavam uns até dizer assim: ‘Poxa, eu que sempre fui galinha, saía, pô, aprontei por você’, entendeu ? E, às vezes, eu fiquei, fiquei atônito, porque sinceramente eu, até hoje eu não aceito isso. É, como é que antes, eu tinha uma vida toda promíscua, eu, eu tinha corrido todos os riscos possíveis e não fui, contaminado e exatamente no momento em que eu tinha todo uma, um muro de segurança, né ? Dentro de, ao redor de mim, me protegendo dessa situação, eu fui contaminado”(José).

A falência moral do indivíduo é claramente percebida como tendo uma poderosa implicação social, colocando outros em risco (Brandt & Rozin, 1997). As representações sociais construídas em torno das “vítimas inocentes”, surgem a partir daí, pessoas expostas a um risco provocado por aqueles que tem um estilo de vida que fere uma moral estabelecida.

“Aí, comecei a pensar nas coisas, nas besteiras que eu tinha feito atrás, será que, como peguei esse negócio ? Como foi que eu peguei isso ? Como foi ? Com quem que eu peguei ? Comecei a pensar e ficava pensando, com que pessoa eu peguei isso? Como é que foi. Aí comecei a ver minha vida pregressa porque na realidade, eu tinha uma vida dupla, que eu era um excelente pai de família e tudo. Mas eu, mas a minha relação sexual

não satisfazia em casa, não satisfazia, tinha relação sexual ali, mas a minha mulher, ela embora fosse uma mulher muito bonita, ela não gostava muito de sexo. Então quer dizer, não me satisfazia plenamente, eu ainda ficava querendo mais, mas não conseguia em casa. Talvez esse tenha sido a minha falha maior ou talvez por eu ter sido, desde jovem ter uma vida muito, no meio das, das pessoas, que na Marinha, se incentiva muito a mulher, então a mulher era divinizada na Marinha. Faz parte da sua personalidade, você dizer que gosta mulher, de correr atrás de mulher e isso é valorizado na Marinha. Então papo de Marinha, de cabo e soldado, antigamente e até de sargento é só mulher. Hoje tive com fulana, quer dizer essa cultura acaba te influenciando, muito embora, eu tivesse uma vida religiosa, é pseudo-religiosa, porque na realidade eu era um religioso só de aparência, mas os meus atos eram completamente, não tinha nada a ver com aquilo, que eu dizia que queria, né?”(Alexandre).

Mesmo a aids sendo qualificada como uma doença sem relação de causa e efeito com o serviço, aparece de forma sutil, entre alguns entrevistados, uma responsabilização indireta pela contaminação, o estilo de vida criado pela Marinha, que diviniza a relação heterossexual.

Representações Sociais que predominam a respeito do HIV/aids são ainda amplamente influenciadas pela metáfora do desvio, envolvendo comportamentos intencionais por parte das pessoas infectadas. A responsabilidade pessoal por adquirir o HIV, intensamente divulgada, a partir dos dados epidemiológicos iniciais e da mídia, ressaltavam especialmente o risco de transmissão entre homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas intravenosas (Sontag, 1989).

“Os praças era aquela coisa, assim pega e assim não pega. O cuidado é esse e meio de preservativo é esse aqui. Acabou. Só aquilo mesmo, vinte minutos, dez minutos. Pros oficiais tinha aquela coisa detalhada, aquela coisa toda, mas sei lá, eu acho que a Marinha orientou bem, o mundo todo sabe, como é que pega, como é que não pega. Eu acho, não é puxando saco da Marinha, não. Mas, eu eu acho que a Marinha não tem culpa disso, não, porque hoje em dia a gente sabe como é que tá a situação. Eu acho que quem contrai por meios, de sexo, por meio de droga, coisa por que quer. Sei lá, não porque quer, mas contrai consciente, é conscientemente, né ? Que sabe o risco que tá correndo ainda, arrisca na sorte, tenta a sorte. Então, o pouco que falaram, eu acho que foi suficiente, de acordo, como se vê, todo mundo comentando, todo mundo falando, tudo bem

que hoje a coisa tá mais evoluida, cada dia mais, a tendência é melhorar e ampliar mais a divulgação, de conversar, de se explicar pras pessoas, mas naquele tempo, o que tinha que ser falado, foi dito”(Robson).

Segundo Sontag (1989), muitos associam o câncer à hábitos considerados perigosos e excessivos, relativos ao estilo de vida dos indivíduos, da mesma forma acontece com o HIV, onde a culpa é atribuída a falta de prudência, aquele que paga pelos seus excessos. Nesse sentido, o estilo de vida torna-se uma parte crítica do discurso moral contemporâneo e a doença reafirma seu caráter de pena e castigo.

“Mas, sempre fica aquele grilo na cabeça, será que pô, será que eu fiz assim, será que foi alguma coisa errada. Mas, eu não transei, pô, mas eu não fiz nada além e então, eu sempre ficava nisso e quando deu esse negócio, eu tinha lido num livro de saúde que poderia ser até, câncer de sangue, leucemia, mas aí do mesmo jeito, eu falei assim: ‘Não, vou pedir tudo porque se der alguma coisa errada, vai dar no exame do HIV, ou no hemograma’. Aí, eu pedi, eu pedi”(André).

“É, onde as pessoas num, sei lá, não te rotulassem, não te tirassem de, de puta, de piranha, do que fosse, porque se você diz que você pegou aids por uma transfusão de sangue, você é um anjo, coitada, agora se não foi assim, infelizmente você é putona, que mereceu, entendeu ? Isso rola e acabou”(Leila).

As muitas metáforas que foram construídas em torno do câncer transformaram-no como sinônimo do mal, algo vergonhoso e também, como uma injustiça do próprio corpo, que deveria ser vivido de forma escondida. No caso da aids esta vergonha está associada a atribuição de culpa, consequência de um comportamento perigoso, resultado da delinqüência, do sexo divergente ou em excesso, ou do consumo de substâncias ilegais (Sontag, 1989).

“Aí eu falei. Eu falei porque eu quis e o que me disseram foi o seguinte: que eu decepcionei muita gente, mas...Aí, eu virei pro pastor e falei assim: “Engraçado, eu decepcionei muita gente e eu ? Você acha que eu não me decepcionei, também com muita gente ?” Porque eles esperam, esperavam, eu acho que eles esperavam uma coisa de mim, ou então, eu passava alguma coisa que não era. E, agora a máscara foi arrancada”(André).

“Com quem ? Por que ? Por que, o que que eu fiz de errado ? Essas coisas assim? Ah, passou...Ah, você pega e passa sua vida inteira, né ? Parece aquele filme assim de alta

velocidade, né ? Se pega e acelera o vídeo e passa tanta coisa, né ? Quem foi ? Quem é a criatura culpada da história ? Ai, você fica sem saber. Não sei, não tenho a mínima idéia”(Júlio).

A constante associação da aids à grupos socialmente marginalizados cria uma série de especulações na busca de um possível “culpado” para a contaminação. Como uma doença que faz parte do “outro”, o “culpado” é representado por alguém distante no universo das pessoas com comportamentos socialmente aceitáveis.

Perpetuar estas representações construídas sobre a aids incentiva o distanciamento de pessoas que identificam a doença como parte de uma população específica. A Marinha, instituindo valores de uma responsabilidade moral para definir comportamentos saudáveis, acredita estar mantendo seus membros distantes de possíveis riscos.

As práticas e crenças culturais sobre doenças revelam práticas e crenças morais básicas da maioria da sociedade, desta forma, os significados e essas configurações morais têm um impacto dramático nos cuidados daqueles que estão infectados assim como, nas políticas sociais. As construções simbólicas feitas a respeito da aids têm como base uma convicção moral da natureza do risco e responsabilidade pela doença (Brandt & Rozin, 1997).

“Eu não quero que minhas tias saibam, meus primos saibam, pra ninguém pegar e ficar cobrando alguma coisa do meu pai. Chegar e comentar : ‘Cê não soube criar seu filho, olha o que aconteceu e isso e aquilo...’, entendeu ? Eu acho isso constrangedor, vai magoar o meu pai. E eu acho que eu não devo isso a ele, acho que é uma coisa chata e você sabe que tem gente que faz isso, não é ? É aquele pessoal picuinha, que vai lá, se importar com a vida dos outros, então, eu acho que eu não devo, é rotular a minha pessoa pra não atingir alguém, chegar algum dia e descobrir isso e virá a ... confusão na vida do meu pai e da minha mãe, eles não merecem” (Júlio).

Quando se trata de uma possível culpabilidade institucional, alguns de nossos entrevistados afirmam uma certa responsabilidade da instituição por não ter um trabalho intenso de prevenção de algumas doenças.

“A Marinha só fala que, quando a gente chega no porto, o navio dá preservativo, diz as áreas de risco, né ? O que você não pode ir, por causa de bandido, assalto e diz os locais que você não pode frequentar e manda tomar cuidado com a aids, só isso. A gente, eu nunca soube como era que, a Marinha nunca ensinou, pelo menos em todas as OMs que

eu passei, como era a forma de contágio, como era que se pegava, como que poderia ser evitado, até mesmo como usar o preservativo, que a gente pode usar um preservativo, mas de repente usando de uma forma errada, ele pode estourar. É, é algo assim muito sombrio, a aids na Marinha é algo muito sombrio, você não, ninguém comenta, ninguém fala nada, ninguém diz nada, não tem uma, um trabalho em cima, dizendo : ‘Olha, você pode pegar dessa forma, não faça isso, não faça aquilo...’, não existe isso, não existe mesmo. Existe, depois que a gente torna soropositivo e participa do grupo, eu fui aprender tudo sobre comportamento sexual seguro aqui no grupo” (José).

A crítica é estendida em função da deficiência de um programa de prevenção secundária e aconselhamento.

“Não, eu acho que deveria ter inclusive, uma equipe preparada pra dar uma notícia dessa pra pessoa, porque ninguém está preparado. Às vezes, você chega, às vezes não. As pessoas que são, se descobrem soropositivas, não sei se mudou, se descobre soropositiva, quando chega num quartel, que chega pra conversar com o médico, ele só fala que tá com HIV e pronto, cabou a história e vai tomar remédio. Ele não explica o uso do preservativo e, também uma coisa muito errada, a Marinha não distribui preservativo para os soropositivos lá na DIP, deveria haver uma distribuição de preservativo pro pessoal, que isso é importante. Não, não há essa distribuição, então eles não incentivam a pessoa a usar o preservativo, então isso é, eu acho errado pra caramba. Tinha que ter essa distribuição lá e outra coisa importante, ter uma equipe pronta lá pra dar a notícia pra pessoa e explicar pra pessoa, pô, que hoje em dia há tratamento, que ela pode tomar o remédio direitinho, que ela pode namorar, pode beijar, pode ir, passear e isso não ocorre” (Roberto).

Os esteriótipos criados em torno da aids reforçam o preconceito e excluem as pessoas soropositivas, principalmente em instituições como a Marinha que tem sua doutrina como estrutura para a construção de uma moralização dos comportamentos.

Capítulo V – Conclusão: Homens de Marinha Abortados, Parasitas Previdenciários ou Cidadãos Incipientes ?

Definições generalizantes e certezas definitivas sobre as doenças produzem medo e pressões sociais, nem sempre visíveis. Geram a estigmatização do indivíduo afetado e por consequência a subtração ou anulação de seus direitos de cidadão. A doença e seus significados podem muitas vezes levar o cidadão a um processo de clandestinização e morte civil (Daniel, 1989).

Alguns indivíduos têm sua identidade “*manchada*” por possuírem marcas diferentes ou atributos que são considerados socialmente desqualificadores por membros da sociedade. Ao longo do tempo, estes atributos são associados à vergonha, indignidade, desfavor, culpa e nesse sentido, o estigma de indivíduos ou grupos irá variar em uma série de dimensões, resultando em categorias de aceitabilidade mostrada em direção à diferentes tipos de indivíduos ou grupos (Takahashi, 1997). Assim sendo, para este autor, rejeição e reações violentas de uma comunidade não devem ser entendidas como simplesmente atitudes egoístas e excludentes; e sim, como resultado de um processo estrutural das relações sociais que contribuem para avaliar pessoas e lugares como menos valorizadas ou considerá-las “anormais”, criando desta forma, rótulos que estigmatizam e marginalizam grupos específicos (Takahashi, 1996).

Estigma foi um termo criado pelos Gregos para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar algo extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava.

“Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida” (Goffman, 1988:15).

Neste trabalho utilizou-se o termo, como referência a um atributo depreciativo, pois segundo Goffman, *“um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso”* (Goffman, 1988:13). Portanto, a condição da soropositividade para o HIV só se torna depreciativa na medida em que ela reafirma a normalidade do outro.

As mesmas características sociológicas estão presentes em grande parte dos exemplos de estigma que conhecemos. Para Goffman, o atributo estabelece a diferença entre o eu ou o grupo e o outro. *“Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto”*(Goffman, 1988:14). Aqueles que não se afastam negativamente das expectativas particulares, são chamados, no senso comum, de “normais”.

Goffman (1988) argumenta que estigma é melhor explicado, quando tomamos como referência a noção de desvio, isto é, desvio das normas predominantes ou estimadas.

Susman (1994), baseada em Goffman, define estigma como qualquer traço persistente de um indivíduo ou grupo que evoca respostas negativas ou punitivas. Condições incapacitantes são estigmatizantes na medida em que evocam respostas negativas ou punitivas. Segundo ela, alguns autores criticam Goffman, argumentando que a forma como ele trata desvio, conduz e perpetua a idéia de que as pessoas incapacitadas são inevitavelmente passivas e vitimizadas, além disso, não dá a importância necessária às dimensões políticas da incapacidade. O primeiro ponto da crítica pode ser compreendido pela ênfase que Goffman (1988) dá a forma como as pessoas estigmatizadas aceitam as premissas e os valores que são inerentes à sua identidade desacreditada. Entretanto, deve-se ressaltar, a importância da discussão sobre a manipulação do estigma para o autor.

“O encobrimento e o acobertamento estão implícitos, dando ao pesquisador a oportunidade de aplicar as artes da manipulação da impressão, as artes, básicas na vida social, através das quais o indivíduo exerce controle estratégico sobre a imagem de si mesmo e os frutos que os outros recolhem dele” (Goffman, 1988:140).

Segundo Susman (1994), analisando a experiência norte americana, pesquisas realizadas nas áreas das ciências sociais tem sido extremamente importantes para entender a relevância de conceitos como estigma e desvio nas experiências dos incapacitados naquele país.

“...then any work which says something about the social construction of disability’s meanings necessarily also says something about stigma and deviance” (Susman, 1994:15).

As definições para desvio são muitas e vão desde estatísticas, isto é, coisas que saem da média de forma muito ampla, até aquelas que são baseadas numa analogia médica, ou seja, desvio como *“algo essencialmente patológico, revelando a presença de uma ‘doença’”*(Becker, 1977:56).

Becker (1977) afirma que desvio é criado pela sociedade, isto é, *“os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como marginais e desviantes”* (Becker, 1977:60). Ainda sob esse ponto de vista, a criação e aceitação das regras estão essencialmente relacionadas com poder político e econômico instituído. *“Aqueles grupos cuja posição social lhes confere armas e poder são mais capazes para impor suas regras”*(Becker, 1977:67). Desta forma, podemos afirmar que regras formais impostas por um grupo particular, podem ser diferentes daquelas consideradas adequadas pela maioria das pessoas.

Assim sendo, é fundamental entendermos que *“além de reconhecer que o desvio é criado pelas respostas de pessoas a tipos particulares de comportamento, pela rotulação daquele comportamento como desviante, devemos também ter em mente que as regras criadas e mantidas por tal rotulação não são universalmente aceitas. Em vez disso, elas são objeto de conflito e discordância, parte do processo político da sociedade”*(Becker, 1977:67).

Becker e Goffman são importantes referências para o estudo de desvio e estigma. O primeiro analisa desvio, centralizando sua preocupação no processo pelo qual os indivíduos vêm sendo considerados desviantes e suas reações a esse julgamento. Para ele, desvio não é uma qualidade que esteja presente no próprio comportamento, mas numa interação entre aquela pessoa que executa um ato e aqueles que respondem a ela. Goffman, por sua vez, difere de Becker, ao centralizar sua análise na situação da pessoa estigmatizada e na resposta à situação em que ela se encontra. Utiliza o conceito de desvio como uma *“ponte que liga o estudo do estigma ao do resto do mundo social”*(Goffman, 1988:137). Preocupa-se com as normas referidas à identidade ou ao ser.

Apesar das importantes contribuições dadas pelas pesquisas na área das ciências sociais, não há consenso que explique a relação entre incapacidade, estigma e desvio (Susman, 1994).

Tendo como objetivo geral, compreender e discutir os efeitos do processo de afastamento e reforma pela infecção do HIV, nos militares da Marinha do Brasil, este

trabalho procurou aprofundar discussões que permitissem um melhor entendimento de questões fundamentais relacionadas a vivência neste universo.

A análise das Representações Sociais dos entrevistados revelou dados importantes que permitem concluir que seguir uma carreira militar é muito mais que ter uma atividade ocupacional, um trabalho. É na verdade, a construção de um projeto de vida, que pode ser interrompido bruscamente, como no caso da infecção pelo HIV.

“Foi um pouco estranho porque antes, eu levantava cinco horas da manhã pra trabalhar, eu tinha contato com várias pessoas, hoje em dia eu não tô fazendo nada, eu moro sozinho, não tenho família aqui, então, isso foi ruim, eu fiquei um pouco isolado”(Renato).

A manutenção da saúde dos militares aparece como preocupação permanente dentro das Forças Armadas, já que estes têm como função principal a defesa da nação em casos de instabilidade interna ou conservação da segurança externa, assim sendo, episódios de doenças são avaliados por normas rígidas que necessitam de constantes atualizações. O doente ou o portador de um atributo biológico negativo em relação à essa referência deve ser afastado do convívio coletivo. No caso específico da síndrome da imunodeficiência adquirida, torna-se difícil precisar a base do processo de estigmatização, pois ela se sustenta quase sempre, numa relação de ambigüidade entre o atributo biológico e o moral.

Os importantes avanços que vêm sendo conquistados apontam para a necessidade de revisão dos aspectos relacionados à avaliação da capacidade dos militares infectados. Normas e classificações que pretendem delimitar a(s) fronteira(s) de normal e patológico podem gerar avaliações equivocadas atribuindo uma incapacidade ao indivíduo que na verdade é inexistente.

“A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente”(Canguilhem, 1995:145).

A eficácia da instituição não pode estar baseada em padrões de higidez fixos, é necessário que nesses processos, haja a flexibilidade de uma norma que se modifica em sua relação com situações individuais. Avaliações baseadas apenas em critérios do CDC e contagem de CD4 e CD8 podem ser conservadoras e excluem importantes características relacionadas a aspectos psicológicos e emocionais. Um incremento sugerido, seria a

participação do indivíduo infectado na avaliação das transformações ocorridas em seu estado de saúde, que é realizado pela Junta de Saúde no processo de perícia da Marinha.

Como um projeto de vida, muitos dos entrevistados gostariam de permanecer na instituição, mas têm medo de sofrer com o preconceito e a discriminação. O respeito à doutrina e às normas instituídas na carreira militar, faz crer no poder de minimizar ações discriminatórias no ambiente de trabalho no caso de implementação de novas condutas.

“Uma vez oficializada a conduta, uma vez implementado um trabalho de conscientização, seria normal, eu tenho certeza disso, sempre vai ter um idiota, mas o convívio seria bastante proveitoso pra Marinha, seria um trabalho profícuo sim”(Eduardo).

Reincorporar ou manter o militar infectado na Força exigirá ações informativas e formativas que criem uma maior sensibilização no espaço de trabalho, tendo em vista as inúmeras atitudes que ainda hoje, são relatadas. O exercício de funções que ofereçam possíveis riscos de transmissão a outras pessoas devem ser avaliados, sendo desta forma, considerado o remanejamento do militar, sem prejuízos para sua carreira.

“Por exemplo, você ter um cidadão portador, se por exemplo, houvesse o sigilo que tal coisa é absolutamente impossível de existir, não tem, não tem como existir sigilo dentro de um ambiente. Sempre vai ter alguém que, sabe o que tá acontecendo e vai fofocar, então, acontece o seguinte, o preconceito dentro daquela parte do trabalho, mas ... ‘Ah, não tem’. As pessoas são mais compreensivas. Tudo bem, a maioria é, alguns não são e aí que que vai fazer com aqueles que não são ? Que que vai dizer ? Então, isso é difícil. Tem requisitos de carreira. O cara, por exemplo, é uma praça pra ser promovido, tem que embarcar no navio, como que o cara vai embarcar sendo soropositivo num navio? Se ele ficasse em terra, tudo bem, não tem problema, se ele passar mal, levam ele pro hospital, e é uma vida que ele vai pra casa todo dia, ele vai tomar os remédios dele, calmamente, não precisa dar serviço, arranja um lugar numa OM que não dar serviço, e o cara vai pra casa, é uma vida mais sossegada ou ele dá um expediente menor, dá pra conciliar isso, dentro de um navio, não dá. Então, não requisitaria, quer dizer, ele ia ficar lá sempre no mesmo posto, ia ser daí uma sacanagem com ele, né ? Ele vendo todos os colegas dele de turma sendo promovidos e ele assim, sempre aquela coisa, nunca saindo do lugar. É sim, é realmente meio frustrante, mesmo pra pessoa. Mesmo pro oficial, também, pô. Porque o oficial, também não ia ser, poder ser promovido, porque você não tem a tua saúde 100%.

Então, você ia ter uma cruzinha, você ia ficar sempre no mesmo lugar. Você vendo a turma toda promovida e você ali parado. Até os que são dentro da tua turma, mais modernos que você, iam tá na frente de você e você ali parado. Como é que fica ? Então, pra conciliar isso, tem que modificar toda a legislação de Marinha. Isso é um estudo demoradíssimo, é um estudo muito demorado. Vai ter que gente pensar de tudo quanto é canto, vão criar um quadro especial, pra poder colocar só portador ? Pra mudar o pré-requisito, de promoção dele, de coisa, de custo, todas essas coisas, como é que vão fazer com o cidadão. Ou vão encarar que ele vai continuar, vão embarcar ele, ou vão fazer tudo, deixar o cara lá. E como que fica o preconceito contra o cidadão, e aí, como é que fica ?” (Júlio)

A alteração nas normas não é uma tarefa fácil, mas faz parte de um importante movimento das Forças Armadas no sentido de proteger a dignidade de seus militares.

“O que não dá pra se viver é com o preconceito. Diferenciação sempre vai ter que haver, como há com o tuberculoso, como há com qualquer pessoa com uma patologia. Você tem, você não pode pegar uma pessoa com uma complicação respiratória grave e botar ela dentro do elevador com um monte de gente, não dá. Até pra proteger, pra não piorar a situação dela, com o soropositivo é a mesma coisa, tem diferenciação. Tem que ter, não tem jeito, vai ter que diferenciar, mas não precisa discriminar, deixa que eu sei meus limites. Porque quando a pessoa for inconsciente, cabe a mim ou seja, se o pessoal: ‘Ah, mas o cara sai por aí passando o vírus, a mulher sai por aí passando o vírus...’, você vai pegar, se você quiser, a culpa é dela, não é dela não. ‘Ah, mas se ela passar de propósito?’ Ela não passa de propósito, ela pode querer até passar, mas se você não quiser passar, você não pega, você bota uma camisinha e vai à luta. Eu falo essas coisas, eles param, pensam. Então, dá, eu acho que isso seria, na Marinha seria viável, sim. Um convívio pacífico, seria sim” (Eduardo).

Ao longo da epidemia de aids, as pessoas soropositivas têm sido importantes atores na criação e execução de ações de prevenção do HIV e aconselhamento. Desta forma, podemos perceber o quanto seria proveitoso para a Marinha, a participação dos militares soropositivos no planejamento e execução dos programas de prevenção e aconselhamento dentro da Força.

Este trabalho revelou o quanto pode ser doloroso o fim de uma carreira pela presença de um vírus que pode levar muitos anos para modificar algo no estado de saúde

de uma pessoa. A morte civil é anunciada a partir do resultado do exame e, conseqüentemente, nesse cenário, da proibição do exercício das atividades profissionais e da inviabilização do projeto de vida. Sob o argumento de preservação do vigor físico (e moral) da instituição, padrões rígidos são construídos com o objetivo de proteção da saúde de um determinado grupo, sem levar em conta o bem estar de todos os indivíduos.

“Naquela hora, só quem passou pela experiência que pode até descrever como é que é. Como, quando, parece, sabe, que um carro bate em você assim, cê é lançado pra bem longe. Você sente aquela, aquele impacto assim e tudo, mas depois, que o cara diz assim: ‘Você não serve mais pra isso, se não...’, te dá como morto, já. Saiu como esquecido na vida. Você é uma pessoa que não serve mais pra nada. É, acho que a coisa mais dura que tem pra você é isso. Uma decepção que você tem com a Marinha, com tudo” (Robson).

Segundo Mann (1996), é necessário cuidado com uma prática que tem sido freqüente no trabalho da saúde pública que é a restrição dos direitos individuais em favor do “bem coletivo”. No caso do afastamento desses militares, a periculosidade dos indivíduos fundamentada no biológico e no atributo da soropositividade têm sido invocada como justificativa em nome do bem coletivo.

Um outro ponto fundamental a respeito do afastamento está na forma como tem sido encaminhado este processo. O bom atendimento clínico e psicológico realizado no Hospital Naval Marcílio Dias não compensa a falta de estrutura que acompanha o indivíduo desde o momento pré-teste aos procedimentos burocráticos que fazem parte do afastamento pelo HIV.

“Quer dizer, tudo bem, eu sou HIV positiva, vamos dizer, descobri agora, né ? Tô assintomática, tô com condições de continuar na ativa, vamos que a lei permita que eu continue na ativa, tem que ter uma estrutura pra isso também, tá entendendo ? Então, quer dizer, eu acho que a Marinha, se eu for olhar pelo lado bem grotesco da coisa, ela ainda não tá preparada para o HIV, entendeu ? Tanto faz, se o cara vai pra casa ou se vai continuar na ativa, a Marinha não tá preparada pra te segurar, assim, pra continuar com a pessoa, na ativa, entendeu ? Então, é mais fácil pra ela afastar, né ? Porque aí passa ser um contato específico naquela clínica, a pessoa não tá trabalhando, quer dizer, não sei, eu me sinto até incomodada com isso, sabe ? Porque eu sinto saudades daquela porcaria, né ? E tenho que engolir essa coisa ruim que existe lá, né ?” (Leila)

Mesmo ferindo direitos individuais, o procedimento de testagem obrigatória, parece estar adaptado ao sistema. Sua justificativa oficial está relacionada ao perigo concreto de contaminação. No entanto, a falta de estrutura dessa prática (aconselhamento pré e pós teste) faz com que ela seja ainda mais questionável.

Mann (1996) sugere “*que a promoção e proteção da saúde estão intrinsecamente ligadas à promoção e proteção dos direitos humanos*” (1996:141). Pode-se concluir que somente após a reavaliação das condutas associadas à presença de pessoas soropositivas nas instituições militares, as Forças Armadas brasileiras mostrarão o quanto estão realmente interessadas em manter uma organização atualizada que preza pelo futuro da nação.

O ócio advindo do fim da carreira tem sido driblado por atividades voluntárias ou empregos no mercado informal, que por exigir poucos dados, criam possibilidades restritas de revelação da sorologia positiva. Poderíamos dizer que o único movimento feito pela Marinha do Brasil no sentido de viabilizar a criação de um novo projeto de vida está no salário que o militar recebe, quase sempre com uma perda econômica, em consequência da estagnação da patente ocorrida na maioria das vezes. A qualificação profissional do indivíduo e a idade são aspectos importantes que podem impedir a viabilização de um novo projeto de vida.

Nessa perspectiva, o aspecto surpreendente desse estudo se refere a capacidade que os entrevistados têm para responder de forma variada as questões surgidas após a descoberta da soropositividade e o consequente afastamento da Marinha do Brasil. No que diz respeito a construção de um novo projeto de vida, a maioria dos entrevistados se não tinha isto efetivamente concretizado, já pensava em alternativas. Alguns deles inclusive reestruturando, através da condição estigmatizante, sua inserção social.

" (...) *a manipulação do estigma é um característica geral da sociedade, um processo que ocorre sempre que há normas de identidade*" (Goffman, 1988:141).

Dos dez entrevistados, um tem emprego formal com carteira assinada, um tem emprego informal, quatro exercem apenas atividades voluntárias (Grupo Pela Vidda/RJ, centro espírita, Marinha do Brasil), um tem emprego informal e utiliza a maior parte de seu tempo como voluntário do Grupo Pela Vidda/RJ e três não exercem nenhum tipo de atividade profissional/ocupacional.

A partir dos dados resultantes das entrevistas foi possível perceber os indícios de construção de um novo projeto de vida, principalmente entre os que encontram uma nova atividade ocupacional. A luta por uma causa (a aids, por exemplo), atividades religiosas, ou uma reconstrução no campo pessoal faz emergir novas alternativas entre aqueles que negam a ameaça da morte civil imposta com o fim da carreira militar.

Ao documentarmos o impacto que as normas seguidas pela Marinha têm provocado na vida desses militares, temos a intenção de ampliar a discussão em torno da persistência de práticas que violam diretamente os direitos humanos.

“É, eu gostaria que essa minha entrevista servisse pra alguma coisa, servisse pra você realmente fazer um trabalho é, mais ou menos de como deve ser, como, como os portadores deveriam, devem ser considerados na Marinha, como deve ser feito, essa maneira, como deve ser ajudado, porque é uma fase de ajuda, o portador do HIV é uma pessoa que tem que ser ajudada, porque na realidade, é uma pessoa que sofre muito, sofre psicologicamente, principalmente. Porque, às vezes, a limitação não é, não é física, ele tem a, ele tem possibilidade física de realizar, mas a discriminação, o peso é muito grande, tanto o peso na família, pessoas casada com ele, então tem um problema muito sério e eu ainda tive, ainda tive a felicidade de não passar o vírus pra minha mulher e sofri essa discriminação toda com a minha mulher, não passei o vírus pra ela. E as pessoas que passam o vírus pra mulher, imagina? A situação é muito pior, muito pior do que a minha, então, no momento em que tá tudo certo, o casal tá, tá tudo bem e você perde a sua mulher, você perde a sua família, você perde o seu emprego, você perde os seus amigos, você perde também seus amigos, não sei porque mas você perde, talvez é porque você nunca tenha tido amigos na Marinha, que na Marinha talvez não tenha amigos, mas enfim, a maneira que, gostaria que, isso ficasse registrado num estudo, pras pessoas que tomassem contato com esse estudo soubessem que o portador do HIV é uma pessoa normal, tem que ser ajudado pra poder, com a força que vem de fora, com um pouco de ajuda, ele continuar sua vida normal, porque ele pode ser muito produtivo ainda. Porque até essa, essa cura, que acredito que vai chegar um dia, ou vai chegar, pelo menos, a nível de diabetes, de ser tratado, né?”(Alexandre).

A utilização das três dimensões (periculosidade, não-productividade e culpabilidade) para caracterizar o estigma foi fundamental para localizar e discutir as questões importantes e polêmicas que perpassam por todo o processo de testagem, afastamento e

reforma. O aprofundamento desta discussão tendo como informantes os próprios militares afastados ou reformados procurou recuperar a forma como estes se apropriam de algumas representações sociais predominantes e a partir da experiência vivida, constroem suas próprias. Assim sendo, este trabalho pôde colocar voz entre aqueles que estavam silenciados.

Na discussão sobre a primeira dimensão, periculosidade, a fala dos entrevistados apontou aspectos importantes que sustentam a afirmação de que as representações sobre o perigo imputado às pessoas soropositivas dentro da Marinha não está apenas circunscrito ao biológico, mas também ao perigo moral.

No espaço dedicado à questão da produtividade, os episódios de mal-estar, conseqüentes principalmente da medicação, foram apontados como fatores geradores de possíveis limitações, no entanto, o ponto mais enfatizado foi a dor e a angústia gerada por uma atribuição de incapacidade inexistente.

As representações sociais dos entrevistados sobre a questão da culpabilização fizeram emergir, em alguns momentos, uma responsabilidade indireta da Marinha do Brasil pela contaminação, tendo em vista, a inexistência de programas de prevenção do HIV nos treinamentos, o que seria fundamental para a manutenção da higiene.

Impossibilitar o exercício profissional de uma pessoa é atentar diretamente contra a dignidade e a cidadania desta. No caso da aids, muitos conseguem driblar a discriminação e o preconceito reconstruindo seu dia-a-dia com atividades que objetivam minimizar os efeitos violentos da epidemia.

Práticas como estas que vêm fazendo parte do cotidiano da Marinha do Brasil, instituição fundamental dentro das Forças Armadas Brasileiras, devem ser revistas o quanto antes, sob o risco de ameaçar as muitas alternativas conquistadas para garantir a qualidade de vida das pessoas soropositivas.

Longe de esgotar a presente discussão, este trabalho mostrou a partir das representações dos militares infectados pelo HIV pertencentes a Marinha, a urgente necessidade de alteração das normas estabelecidas, num esforço para manter estas pessoas inseridas no sistema. Este trabalho se encerra na certeza de que o efetivo debate destas questões tem reflexo direto na garantia da cidadania das pessoas que vivem com HIV e aids.

Bibliografia :

- ALENCAR, R., 1935. *Da Prophylaxia da Tuberculose e sua Aplicação na Marinha de Guerra*. Rio de Janeiro: Typographia do Jornal do Commercio - Rodrigues & C
- ALVES, F. & BARCELLOS, S., 1997. *Toque de Silêncio: Uma História de Homossexualidade na Marinha do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial.
- BARBOSA, R. H. S., 1993. *Aids e Gênero: As Mulheres de uma Comunidade Favelada*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde de Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BARDIN, L., 1997. História e teoria. In: *Análise de Conteúdo* (L. Bardin), pp. 11-46, Lisboa: Edições 70.
- BASTOS, C., 1994. Geomorfologia do poder na produção social da violência: a propósito da luta global contra a SIDA. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 41:63-84.
- BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. & PARKER, R., 1994. Introdução. In: *A AIDS no Brasil* (R. Parker, C. Bastos & J. S. Pedrosa, org.), pp. 13-56, Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará/Abia/Uerj-IMS.
- BECKER, H. S., 1977. Marginais e desviantes. In: *Uma Teoria da Ação Coletiva* (H. S. Becker), pp. 53-67, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- BECKER, H. S., 1994. Observação social e estudo de caso sociais. In: *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais* (H. S. Becker), pp. 117-133, São Paulo, Editora Hucitec.
- BOLTON, R., 1992. AIDS and promiscuity: muddles in the models of HIV prevention. In: *Rethinking AIDS Prevention: Cultural Approaches* (R. Bolton and M. Singer, eds.), pp. 7-85, Yverdon: Gordon and Breach Science Publishers.

- BRANDT, A. M. & ROZIN, P., 1997. Introduction. In: *Morality and Health: Interdisciplinary Perspectives* (A. M. Brandt & P. Rozin, eds.), pp. 1-11, New York/London: Routledge.
- BRASIL, 1980. Lei nº 6.880, de 09 de dezembro de 1980. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. *Serviço de Documentação da Marinha*, 2ª edição, 1984. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação da Marinha.
- BRASIL, S. & FRANÇA, V., 1996. Paixão na Caserna: Subtenente do Exército vive um romance com rapaz catorze anos mais novo e morre de Aids. *Revista Veja*, 1.426:62-63.
- CÂMARA, C., 1998. *Orientação Sexual*. Rio de Janeiro: Planeta Gay Books.
- CANGUILHEM, G., 1995. Introdução ao Problema. In: *O Normal e o Patológico* (G. Canguilhem), pp. 19-26, Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CARRARA, S., 1996. *Tributo a Vênus: A Luta contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CASTILHO, E., 1997. É necessário entender a Aids. *Notas da Rede*. Brasília: Ministério da Saúde.
- CASTRO, C., 1993. A origem social dos militares: novos dados para uma antiga discussão. *Novos Estudos CEBRAP*, 37: 225-231.
- CZERESNIA, D., 1997. *Do Contágio à Transmissão: Ciência e Cultura na Gênese do Conhecimento Epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DADOS/RADIS, 1996. Aids: uma epidemia em mutação. *Dados/Radis*, 18, Maio 1996.
- DANIEL, H., 1989. *Vida Antes da Morte*. Rio de Janeiro: ABIA.

DGPM (Diretoria Geral de Pessoal da Marinha), 1990a. *Memorando nº 004/90*. 15 mai. *Controle e Vigilância Sanitária*. Arquivo Técnico. Rio de Janeiro: Diretoria Geral de Pessoal da Marinha.

DGPM (Diretoria Geral de Pessoal da Marinha), 1990b. *Memorando nº 007/90*. 29 jun. *Controle e Vigilância Sanitária*. Arquivo Técnico. Rio de Janeiro: Diretoria Geral de Pessoal da Marinha.

DGPM-406 (Diretoria Geral de Pessoal da Marinha), 1998. *Normas Reguladoras para Inspeção de Saúde da Marinha*. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação da Marinha.

DOUGLAS, M., 1966. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva.

DOUGLAS, M., 1992. The Self as Risk-Taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. In: *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory* (M. Douglas), pp. 102-121, London: Routledge.

DSM (Diretoria de Saúde da Marinha), 1998. *Comunicação Informal*.

DURKHEIM, E., 1970. Representações individuais e coletivas. In: *Sociologia e Filosofia* (E. Durkheim), pp. 15-49, Rio de Janeiro: Forense Universitária.

EMFA (Estado Maior das Forças Armadas), 1990. Portaria nº 1.491/FA.43, de 01 de Junho de 1990. Altera as “Normas para Avaliação da Incapacidade dos Portadores de Doenças Incapacitantes dos Portadores de Doenças Especificadas em Lei” a serem observadas pelas Juntas Militares de Saúde das Forças Armadas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, ano CXXVIII, n.107, p.10.639, 5 Jun. Seção 1.

EMFA (Estado Maior das Forças Armadas), 1995. *A Profissão Militar*. Distrito Federal:

Estado Maior das Forças Armadas/Presidência da República.

EMFA (Estado Maior das Forças Armadas), 1997. Portaria nº 2.142/FA - 43, de 03 de Junho de 1997. Aprova a 2ª edição das “Normas para a Avaliação da Incapacidade pelas Juntas de Inspeção de Saúde das Forças Armadas”. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 182, pp. 20958 - 20963, 22 Set. Seção 1.

ESCÓSSIA, F., 1997, 25 de setembro. Quarenta e seis por cento (46%) dos Militares com Aids estão na Marinha. Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano, p.3.

FARO, C., 1992. Breve histórico da evolução do sistema previdenciário. In: *Trabalho e Previdência: Sessenta Anos em Debate*. (A. C. Gomes, org.), pp 69-74. Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas/CPDOC.

FARR, R. M., 1995. Representações sociais: a teoria e sua história. In: *Textos em Representações Sociais*. (P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch, org.), pp. 31-59, Petrópolis: Editora Vozes.

FOSTER, S., 1992. O alto custo da epidemia. *Ação Anti-AIDS*, 18:2.

FRANÇA, M. F., 1961. *Notícias Históricas do Sanatório Naval em Nova Friburgo*. Rio de Janeiro: Imprensa Naval.

GALDSTON, I., 1941. The concept of the specific in medicine. In: *Transactions and Studies of College of Physicians of Philadelphia*. IX (1) (I.Galdston), pp. 25-34.

GARLAND, F. C.; GORHAM, E. D.; CUNNION, S. O.; MILLER, M. R.; BALAZS, L. L. & NAVY HIV WORKING GROUP, 1992. Decline in human immunodeficiency virus seropositivity and seroconversion in US Navy enlisted personnel: 1986 to 1989. *American Journal of Public Health*, 82:581-584.

- GARLAND, F. C.; MAYERS, D. L.; HICKEY, T. M.; MILLER, M. R.; SHAW, E. K.; GORHAM, E. D.; BIGBEE, L. R. & McNALLY, M. M., 1989. Incidence of human immunodeficiency virus seroconversion in US Navy and Marine Corps personnel, 1986 through 1988. *JAMA*, 262:3161-3165.
- GOFFMAN, E., 1988. Estigma e identidade social. In: *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, pp. 11-50. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- GOLDENBERG, M., 1997. *A Arte de Pesquisar: como Fazer Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- GOMES, M., 1996. Militares estudam teste de Aids para recrutas. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 3 dez, p.9.
- GRINSZTEJN, B. & VELOSO, V. G., 1993. Sobre a nova definição de caso de AIDS. *Boletim ABIA*, 7(18):9-10.
- GUARESCHI, P. A. & JOVCHELOVITCH, S., 1995. Introdução. In: *Textos em Representações Sociais* (P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch, org.), pp. 17-25, Petrópolis: Editora Vozes.
- GUARESCHI, P. A., 1995. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopetencostais. In: *Textos em Representações Sociais* (P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch, org.), Petrópolis: Editora Vozes.
- GUIMARÃES, C. D., 1996. “Mas eu conheço ele! Um Método de Prevenção do HIV/Aids”. In: *Sexualidades Brasileiras* (R. Parker e R. M. Barbosa, org.), pp. 169-179, Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA:IMS/UERJ.

- LUZ, S.P., 1989. O Cidadão Militar na Atual Sociedade. *Revista da Escola Superior de Guerra*. Ano V(13):101-118. Rio de Janeiro: ESG, Divisão de Documento.
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1997a. DST e AIDS no Local de Trabalho - um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas nas empresas trabalhadas pelo SESI. Brasília/D.F.
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1997b. Avaliação dos conscritos do exército. Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. Brasil. 28 de dezembro de 1998. <http://www.aids.gov.br/uvad/arquivo.htm>
- M.S. (Ministério da Saúde), 1998. Epidemia da Aids no Brasil: atualização, dezembro de 1998. 02 fev. <http://www.aids.gov.br>
- MANN, J., 1996. Saúde Pública e Direitos Humanos. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6 (1/2): 135-145.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. & NETTER, T.W., 1993. AIDS e Direitos Humanos. In: *A AIDS no Mundo* (J. Mann, D.J.M. Tarantola & T.W. Netter, orgs.), pp.241- 272, Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará/ABIA/UERJ-IMS.
- MARINHA DO BRASIL, 1999. Sinopse Histórica. 17 mar 1999. <http://www.mar.mil.br/~gmm/historia.htm>
- MEDICI, A., 1996. Custos, Impacto Social e Econômico da AIDS no Brasil. Anais do Fórum Nacional - Prevenção e Controle da AIDS no Local de Trabalho, pp.37-46. Brasília Ministério da Saúde.
- MEDINA, D.S., 1940. Gripe, Tuberculose, Moléstias Venéreas. Conferência Pronunciada em 20/07/940, no NE (Navio-escola) “Almirante Saldanha”. (Mimeo) Serviço de Documentação Geral da Marinha.

- MEDINA, D.S., s/d. O Perigo Venéreo. Ministério da Marinha – Escola Naval (Mimeo) Serviço de Documentação Geral da Marinha.
- MENDONÇA, E., 1994. *Representações Sociais sobre Aids: Um Estudo Etnográfico em Atividades de Prostituição*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ.
- MINAYO, M.C.S., 1994. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (M.C. de S. Minayo, org.), pp.9-29. Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, M.C.S., 1995. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: *Textos em Representações Sociais*. (P.A.GUARESCHI & S. JOVCHELOVITCH, orgs.), pp. 89-111, Petrópolis, RJ: Vozes.
- MINISTRY OF HEALTH, 1998. Aids in Brazil: a joint government and society endeavour. National Programme for STD/Aids - Brasília: Ministry of Health, 1998.
- MORAES, C. & CARRARA, S., 1985. Um vírus só não faz doença. *Comunicações do ISER*, 4(17).
- MOSCOVICI, S., 1978. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- MOURA FILHO, J.J.A, 1991. *Perícia Médica na Marinha do Brasil*. Monografia apresentada na Escola de Guerra Naval. Rio de Janeiro:Escola de Guerra Naval, Ministério da Marinha.
- NUNES, A., 1997. O Impacto Econômico da AIDS/HIV no Brasil. Texto para Discussão nº 505. Brasília:IPEA.

- POLLAK, M., 1990. Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia (Trad. de Paula Rosas) São Paulo:Estação Liberdade.
- RICHARDS, J., 1993. O contexto medieval. In: *Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média* (J.Richards), pp.13-32. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- SALLES, A. N., 1996. Aspectos Psicológicos do Paciente Portador do Vírus HIV na MB. *Arquivos Brasileiros de Medicina Naval*, XLVII(2) pp.71-77. Diretoria de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro: Ministério da Marinha.
- SALLES, A. N., 1997. Grupo de Reflexão com Pacientes Portadores do HIV. Palestra apresentada na Policlínica Naval N.S. da Glória. Rio de Janeiro.
- SANTOS, A. L. G., 1999. *Uma Construção dos Saberes sobre a Epidemia de Aids – os formulários de notificação de casos em perspectiva (1982-1998)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ.
- SCHILLER, N.G., CRYSTAL, S. & LEWELLEN, D., 1994. Risky Business: The Cultural Construction of Aids Risk Groups. *Soc. Sci. Med*, 38(10), pp. 1337-1346.
- SCHWARCZ, L.M., 1993. As Faculdades de Medicina ou Como Sanar um País Doente. In: *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930* (L.M. Schwarcz), pp.189-238, São Paulo: Companhia das Letras.
- SEIDMAN, S., 1992. Aids and the “Homosexual Question”: the Gay Sexuality Debates. In: *Embattled Eros - Sexual Politics and Ethics in Contemporary America*. pp.145-185 New York and London:Routledge.
- SILVA, M. F., 1999. Homossexualismo nas Forças Armadas II. *O Globo*, Rio de Janeiro, 4 Jan, opinião.

- SONTAG, S., 1989. AIDS e suas Metáforas. (trad. Paulo Henrique Britto). São Paulo: Companhia das Letras.
- SOUZA, J.C.R.P., 1994. Comportamento Sexual, DST/AIDS e Uso de Drogas entre Conscritos do Exército Brasileiro. *Boletim CBPTD supl Arquivos Brasileiros de Medicina*, 68(2):95-101.
- SPINK, M.J.P., 1993. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, Jul/set.
- SUSMAN, J. 1994. Disability, Stigma and Deviance. *Soc. Sci. Med*, 38 (1), pp.15-22.
- TAKAHASHI, L.M., 1996. A decade of understanding homelessness in the USA: from characterization to representation. *Progress in Human Geography*, 20(3), pp.291-310.
- TAKAHASHI, L.M., 1997. The Socio-Spatial Stigmatization of Homelessness and HIV/AIDS: Towards an Explanation of The Nimby Syndrome. *Soc. Sci. Med*, 45(6), pp. 903-914.
- TERTO JR., V., 1996. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: *Sexualidades Brasileiras* (R. Parker e R. M. Barbosa, orgs.), pp.90-104, Rio de Janeiro: Relume Dumará:ABIA:IMS/UERJ.
- TUCÍDIDES, 1982. História da Guerra do Peloponeso. Livro II, Brasília:Ed.UNB.
- UNAIDS/WHO, 1998. Report on the global HIV/AIDS epidemic - June 1998.
- UNTERMAN, A., 1992. Nidá. Dicionário Judaico de Lendas e Tradições (Alan Unterman, trad. Paulo Geiger), p.192. Rio de Janeiro:Jorge Zahar ed.

- VENTURA DA SILVA, M., 1993. Direito das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS - Grupo Pela Vidda/RJ.
- VENTURA DA SILVA, M., 1995. Legislação sobre DST & AIDS no Brasil. Distrito Federal:Ministério da Saúde.
- VITAL BRASIL, V., 1991. Da minúscula partícula de matéria viva - sem a mínima noção de responsabilidade moral - a produção de subjetividade em torno da mesma. *Boletim ABIA*, 5 (15): 8-10 .
- VITAL BRASIL, V., s/d. A desnaturalização da Idéia da Morte na Aids. In: *Enfretando o Aparthaid* - Os seminários do Banco de Horas (C. F. Lent and A. do Valle, org.), pp.45-58, Rio de Janeiro: Banco de Horas - IDAC.
- WILLIAMS, R., 1988. Career. Keywords: a vocabulary of culture and society, pp.52-53, London:Fontana Press.