

Mulheres soropositivas: a visibilidade e a invisibilidade da representação social da Aids*

Francisco A. Kern**

Resumo

O presente artigo compõe-se de uma síntese de Relatório de Pesquisa, estudo desenvolvido junto a mulheres soropositivas e/ou doentes de Aids. Versa sobre a visibilidade e a invisibilidade dos sintomas de vida e de morte em meio aos processos sociais construídos a partir de relações das mulheres soropositivas junto à rede social de apoio.

Palavras-chave: Aids. Mulher. Estigma. Morte. Sofrimento. Violência. Saúde.

Abstract

The present article constitutes the synthesis of a research report, study development with women that behaves Sida. Treat of life and death symptoms visibility and invisibility in the middle of social process building in the relations of Sida women next the social net base.

Key words: Sida. Woman. Stigma. Death. Suffering. Violence. Health

Apresentação

Em março de 2002, vinculado ao Núcleo de Estudos NEST – Saúde do Trabalhador, iniciamos um trabalho no Campus Aproximado Vila Nossa Senhora de Fátima, no projeto denominado Ação AntiAids – prevenção e orientação. Este projeto é desenvolvido junto ao setor de Serviço Social do Campus, sendo orientado por nós – professor assistente social – e duas estagiárias de Serviço Social.

Paralelamente ao trabalho do Assistente Social, desenvolvemos a pesquisa junto a 10 mulheres soropositivas que são atendidas pelo Projeto. Esta prática de pesquisa associada ao trabalho cotidiano profissional, nos trouxe a confirmação da singularidade do nosso trabalho porque foi possível assumir a postura de pesquisador de campo, vinculado à natureza da proposta interventiva. Assim, a problemática aqui abordada, nasceu a partir do processo interventivo nas sucessivas aproximações com a realidade dos sujeitos que compõem e fazem parte do nosso processo interventivo.

A área temática compreende o estudo da visibilidade e da invisibilidade dos sintomas de vida e de morte a partir de mulheres soropositivas, tendo como sujeitos, mulheres soropositivas e/ou doentes de Aids em acompanhamento junto ao Serviço Social do Campus Aproximado da PUCRS, na Vila Nossa Senhora de Fátima, em Porto Alegre.

Contudo, o presente estudo possui uma característica especial: ele também é produto não de uma pesquisa isolada de um contexto interventivo, mas faz parte de um processo interventivo junto a uma determinada população usuária, a mesma que contribuiu para que este estudo fosse

* Projeto de pesquisa desenvolvido com financiamento da PUCRS.

** Assistente Social, Mestre e Doutor em Serviço Social. Professor da Faculdade de Serviço Social da PUCRS e do Curso de Serviço Social da ULBRA. Pesquisador associado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho – NEST do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS.

concluído, na expectativa de analisar a visibilidade e a invisibilidade dos sintomas de vida e de morte a partir de mulheres soropositivas.

Falar sobre as dimensões da visibilidade e da invisibilidade da Aids constitui-se num desafio significativamente instigante, o que pressupõe a análise de um produto de investigação acerca da temática proposta. Desvelar a visibilidade e a invisibilidade significa dizer também a emissão de um olhar para dentro do fenômeno da representação da Aids, o que só é possível num estudo investigativo de caráter qualitativo.

Como ponto de partida, entendemos que a visibilidade e a invisibilidade caracterizam-se enquanto dimensões sociais da epidemia da Aids, evidenciando elementos vivenciados e não vivenciados a partir de um conjunto de relações que se estabelecem em meio aos processos sociais.

Nesse sentido, podemos dizer que a dimensão do visível caracteriza-se pelas concretizações do mundo vivido e que se apresentam pelas ações que são objetivadas e também, numa outra dimensão, especificamente, dão visibilidade a representação da Aids da forma como ela se manifesta; não a doença em si, mas o impacto que a mesma causa na vida da mulher e nas dimensões das relações que estão vinculadas aos seus processos sociais.

Na materialização da visibilidade, identificamos a introspecção do pré-conceito, da discriminação social, das mudanças de efetivação de relações sociais, das relações de poder – opressor e oprimido – aspectos estes que em si só, são subjetivos, porém, afloram na medida em que o portador ou doente de Aids manifesta as repercussões em sua trama de teias de relações.

A visibilidade se concretiza quando a “luta tem a ver não simplesmente com a mudança de comportamento individual, mas como uma mudança social de maior alcance, necessariamente destinada a enfrentar as questões subjacentes de desigualdade e injustiça social” (Parker, 2000, p. 101).

De acordo com Parker, a dimensão da visibilidade se evidencia não somente na individualidade de cada portador ou doente de AIDS, mas sim, quando se instauram lutas pela construção de uma consciência reflexiva no combate a discriminação e injustiça social, elementos estes que caracterizam o processo de exclusão social.

Sem dúvida, a visibilidade se dá na medida em que acontecem situações em que a revelação de ser soropositivo se torna evidente, em situações de enfrentamento com a nova realidade, nas possíveis mudanças que ocorrem, seja nas relações de trabalho ou em outros níveis e na projeção das expectativas de vida.

Uma vez que a visibilidade se concretiza pela materialização do mundo vivido, a invisibilidade se evidencia pelo mundo não vivido objetivamente. O que seria isto? O mundo não vivido se caracteriza por aquilo que é projetado, esperado, vivido no mais íntimo do ser, aquilo não realizado.

A invisibilidade da representação social da Aids se manifesta no íntimo do ser, sendo aquilo que não pode ser enxergado e palpado. Porém, seria incomum dizer que a invisibilidade pela condição de ser invisível, possui um efeito ou representação menor do que pode ser considerado visível.

A invisibilidade se fundamenta especificamente no introjetado e no não revelado. As usuárias do Projeto de Ação AntiAids no Campus, sem dúvida, revelam uma construção de significados entre o visível e o invisível. O que se torna visível relacionado à Aids, introjeta-se para o plano invisível. Neste sentido, a invisibilidade se expressa através de sentimentos; digamos nos momentos “mais íntimos”, no processo interventivo, quando no espaço da intervenção, a usuária desnuda-se, dando imagem e cor àquilo que é vivenciado em sua singularidade.

Assim, dar visibilidade ao invisível é a condição da mulher assumir-se como soropositiva e somando a isto, a sua condição de mãe. Se por um lado, o fato de ser soropositiva é limitador, a sorologia do filho lhes atribui o significado da culpa e da reprodução do limite. Isto se confirma nas expressões de Ana, usuária de 27 anos, mãe de uma filha e grávida de 2 meses: “[...] eu não queria passar por tudo de novo. O que mais me faz sofrer é que não posso amamentar”.

O fato de Ana não poder amamentar reflete sua indignação e de seus limites frente à condição de ser mãe. Esta é mais uma manifestação da relação intrínseca que existe entre a visibilidade e a invisibilidade da condição de ser soropositiva.

Em verdade, no discurso referente à construção social da Aids, a idéia de inocentes pagando por pecadores é reativada: “O aparecimento da figura da mulher-esposa e da criança infectada trouxe um fato digno de registro: mais uma representação vem somar-se às outras no imaginário da doença: a do doente inocente e a do doente culpado; a imagem da vítima e a figura do réu” (Paulillo, 1999, p. 52).

Esta representação é vivenciada em todas as suas dimensões. O processo de exclusão gerado e construído socialmente no que se refere às participantes deste estudo é múltiplo. Por um lado, existe a exclusão econômica demarcada pela intensa pobreza e miserabilidade. Associa-se a isto, a descapitalização de valores e princípios relacionados ao sentido de vida; por outro lado, a Aids e seus impactos associam-se ao processo de fragilização humano-social, caracterizando o fortalecimento enquanto um elemento instituinte frente ao processo de construção do cotidiano.

A relação que se estabelece entre o “doente inocente” e a “doente culpada” caracteriza-se como uma relação estritamente singular. A mulher mãe que introjeta a figura do doente culpado e a figura do doente inocente que é o filho, culmina num entendimento de que existe um “vácuo íntimo” em que as vivências do vazio e da solidão são duas experiências cruciais, que se conduzem a evitar a sensação real do perigo que é o olhar para dentro de si próprio.

Esta concepção se confirma, quando as mulheres mães não expressam um comprometimento com relação ao tratamento de seus filhos para a possibilidade da negatização da sorologia. Olhar para dentro de si mesmo significaria assumir-se tal e qual a situação real se apresenta. Amparado pelo medo do confronto, torna-se “mais fácil”, não enxergar a si próprio pela quase certeza da incapacidade de vencer e novamente experimentar a frustração do insucesso.

Assim, a visibilidade e a invisibilidade da representação da Aids se expressa na consciência do ser diferente e que se torna um impacto que leva a pessoa a construir uma identidade, muitas vezes, em duplo sentido. Uma caracteriza-se de forma a permitir a imagem frente às relações que se estabelecem. A outra é escondida, para não comprometer estas relações, tornando-se uma identidade invisível.

Aids, sofrimento e trabalho

Desenvolver um estudo que visa desvelar os aspectos visíveis e invisíveis da representação da Aids, sem dúvida, demarca um processo investigativo que se desenvolve a partir de um mergulho na vida privada e subjetiva de mulheres que se deparam com o conflito de identificação pessoal e social com uma realidade estigmatizante. Neste sentido, a aproximação a esta temática também se dá, via a compreensão da constituição do mundo vivido do sujeito. Uma vez que se permite compreender o mundo vivido, objetiva-se uma dimensão desta investigação para a compreensão da vivência do mundo não vivido.

Se, por um lado, entendemos que o mundo vivido compõe-se da vivência do desejado, do projetado, por outro lado, o mundo não vivido compõe-se também do desejado e do projetado, mas que não se concretizou na própria vivência. Numa primeira aproximação de análise, em se tratando dos aspectos visíveis e invisíveis da Aids, percebe-se que o mundo não vivido concretiza-se na mesma intensidade do mundo vivido.

Isto permite a construção de uma representação de *inferioridade*, de *detrimento da identidade*, ou seja, dos sentimentos do *não sou capaz, não consigo, tenho limites, não mereço*. Desvelam-se sentimentos que são introjetados a partir de uma influência externa que se incorpora como confirmação da impotência que a Aids imprime na medida em que, ela rompe um percurso de segurança, de saúde, de bem estar, de autoconfiança.

Objetivamente, é possível perceber que o mundo vivido relacionado às representações da Aids, torna-se mais visível na medida em que se permite uma investigação. Evidenciam-se singularidades que confirmam a concretização do projetado e do desejado. Por outro lado, o mundo não vivido não tem visibilidade, pois o próprio sujeito o esconde até como uma forma de negação da sua impotência frente aos processos e confrontos sociais para os quais é concomitantemente convocado a se inserir.

Dar visibilidade às representações da Aids torna-se possível na medida em que se percebe a mulher enquanto sujeito de seu processo social. É possível, na medida em que o mesmo se enxerga enquanto um sujeito consciente de sua situação, e também, por que não dizer, de uma ousadia e de autoconfiança, em denunciar-se no ambiente de trabalho enquanto ser possível de punições, discriminações e de exclusão. Como expressa Andréia:

Quando tenho que falar é um choque, fico sem jeito. Quando estou na faxina, falo para as patroas. Digo para elas que sou soropositiva peço para não pegarem as minhas coisas, pois tenho Aids. Não deixo pegarem meus talheres, cigarro. Eu não gosto, eu fico toda sem jeito. Penso que as pessoas pegam e depois ficam com nojo.

Andrea também traz consigo um duplo sentido sobre a representação da doença o que nos encaminha ao entendimento de que na medida em que se pretende saber do confronto que a mulher trabalhadora faz em busca de seus direitos, o empregador também expressa, não tão somente a sua visão, mas a visão de um complexo institucional que se conecta, do espaço interno do trabalho ao mundo externo e vice-versa.

Se, aparentemente, a questão do visível, num primeiro momento, se torna mais aparente e mais próxima, por outro lado, a invisibilidade da representação da Aids se conecta ao mundo do desconhecido, do não revelado, do não permitido. Pois assim, a invisibilidade da Aids configura-se enquanto um elemento crucial que compõe a complexidade da estrutura humana que se permite esconder sentimentos dentro de um esconderijo, que é o próprio corpo que, também, por sua vez, carrega, não só o vírus da Aids, mas a representação social de ser uma pessoa que tem Aids: “ Eu acho que não sou ninguém. Acho que ainda estou vivendo por causa do Serviço Social. Se não fossem vocês, já teria feito uma loucura, me matar” (Andreia).

E assim, relaciona-se tanto à visibilidade quanto à invisibilidade da representação da Aids a questão do sofrimento no trabalho, e sofrimento aqui entendido de acordo com Ricouer (1991, p. 223), como “não é unicamente definido pela dor física nem pela dor mental, mas pela diminuição, até a destruição da capacidade de agir, do poder fazer, sentidos como um golpe à integridade de si”.

Nos permitimos levantar a hipótese de que o sofrimento resultante de um golpe à integridade de si que a Aids provoca na mulher trabalhadora, canaliza os sentimentos à representação da exclusão social, de modo que, este sofrimento é vivenciado de forma mais dolorosa ou, tanto quanto, a própria dor que a doença provoca. Isto se confirma nas palavras de Andreia: “Me acho uma pessoa sofrida. Muitas coisas a gente gostaria e não tem. Sofro...sofro mesmo!”

Infelizmente, não é em todos os lugares que o trabalhador soropositivo ou doente de Aids pode mover-se livremente em seu local de trabalho, comentando a sua condição sorológica, a sua emoção em relação a isto, as suas dificuldades ocasionadas com o saber-se portador do vírus da Aids.

De acordo com Pacheco (2000):

A este trabalhador são proporcionadas apenas duas situações: ou calar-se escondendo a sua sorologia, para não conviver diurnamente com a discriminação originada no preconceito dos colegas ou de sua chefia, ou então, declarar-se portador de HIV e enfrentar as dificuldades que, naturalmente, aparecem no convívio no local de trabalho.

A legislação pertinente ou que responde à política do trabalhador portador de HIV ou doente de Aids é significativamente relevante no que diz respeito do trabalhador e suas relações no trabalho. Na medida em que a medicação tríplice, ou seja, o coquetel assume a responsabilidade pelo sucesso do tratamento, o destino de milhares de soropositivos, entre eles, trabalhadores, tomou uma outra direção, ou seja, a direção da vida! Se no início da epidemia a expectativa de vida de pessoas soropositivas ou doentes de Aids não cruzaria dois anos, hoje faz com que os trabalhadores reivindiquem mais seus direitos, sejam civis ou trabalhistas, devido o fato de a expectativa de vida aumentar.

Assim, o trabalhador assume a luta pelo seu direito de exercer a sua cidadania, pois se trata de um trabalhador como todos ou demais frente às suas responsabilidades sociais e civis, apenas o que o diferencia é que portador de um vírus chamado Hiv, e que também não o torna menos cidadão do que aquele que não está contaminado.

O fato de a mulher trabalhadora ser portadora do vírus da Aids não o prejudica em sua capacidade laboral, da mesma forma, a convivência no espaço de trabalho não representa qualquer que seja a situação de risco. O que se faz necessário é a prevenção da infecção no local de trabalho que se dá também pela correta informação e pelos procedimentos informativos. Cabe ao empregador, quando se trata da presença da Aids no local de trabalho, o seguimento dos preceitos da ética e do sigilo, garantindo ao trabalhador infectado ou doente o atendimento adequado.

Em sua especificidade, a legislação¹ vigente é clara e objetiva quando se trata de questões as quais nos detemos a seguir. Em se tratando do exame anti-Hiv dar positivo, não se constitui em motivo suficiente para que o trabalhador seja demitido. Caso contrário, estará caracterizada a atitude discriminatória do empregador, o que é vedado pelo Art.7º, Inciso I, da Constituição Federal.

¹ Fonte: *O trabalhador e o HIV/AIDS*. 2. ed revisada e atualizada. Brasília: TEM, Assessoria Internacional, 2000.

Neste sentido, a legislação garante que o portador do vírus da Aids não é obrigado a revelar a sua sorologia ao médico da empresa no ato da admissão ao emprego. Isto é pautado no simples fato de que a sorologia em nada afeta a sua vida profissional, estando o trabalhador sujeito aos mesmos deveres e direitos dos demais trabalhadores. Sendo assim, nenhuma empresa pode exigir o exame anti-Hiv de qualquer empregado, pois o Art. 168 da CLT, prevê que o exame admissional tem como objetivo a avaliação da capacidade laboral do trabalhador.

Complementando, o Art. 105 do Código de Ética Médica impede que o médico dê informações confidenciais quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência do empregador e caso ele assim proceda, “há infração ética e civil, podendo responder judicialmente por violação de sigilo, cabendo indenização por danos morais” (2000, p. 19).

O Art. 7º, I da Constituição Federal e o Art. 165 da CLT impedem que o trabalhador soropositivo seja demitido de forma arbitrária tão somente por ser enfermo ou no caso de ser portador do Hiv. Por outro lado, fica claro também que o portador do vírus da Aids não tem garantida nenhuma estabilidade no emprego pelo simples fato de ser soropositivo.

Quando ocorrer o fato de na empresa estar presente o trabalhador portador do Hiv e sua capacidade de trabalho seja considerada reduzida, o mesmo pode ser “transferido para outra função, compatível com o seu estado de saúde, ou, então, quando qualquer atividade foi impossível, encaminhá-lo ao serviço médico da empresa, com vistas à avaliação e ao encaminhamento para o auxílio-doença” (2000, p. 20). Ainda, a Lei nº 7.670/88 garante ao portador de Hiv o direito de sacar os valores depositados em seu nome a título de FGTS, independente da rescisão de seu contrato de trabalho ou de comunicação a seu empregador. Já por outro lado, somente o trabalhador doente de Aids tem direito de efetuar o levantamento do PIS/PASEP, o que é garantido pela Lei nº 7.670/88.

Já, em se tratando do trabalhador ser doente de Aids e não ter comunicado a sua sorologia à empresa e receber o aviso prévio, judicialmente, os tribunais têm-se manifestado para anulação do ato da despedida. Até porque, quando o trabalhador se caracteriza como doente de Aids e não tão somente como portador do vírus da doença, “a dispensa sem justo motivo é proibida, pois caracteriza-se como impeditiva aos recebimentos dos direitos previdenciários contidos na Lei 7.670/88, quais sejam: a aposentadoria por invalidez e o auxílio-doença” (2000, p. 21).

Miséria e morte social relacionada a Aids

Desde o seu surgimento, a luta contra a Aids² configura-se como uma batalha pelos Direitos Humanos. Esta luta globalizada é voltada à vida, à não discriminação, à solidariedade e à educação. Na Consolidação das Leis de Trabalho, baseada na Constituição Federal, no âmbito de Jurisprudência, vem sendo construída uma Legislação favorável à reintegração e pagamento de todas as vantagens perdidas durante o período de afastamento do trabalhador portador de Hiv ou doente de Aids. O preconceito e a desinformação têm contribuído com a discriminação, chegando a níveis intoleráveis para o portador da doença, como o isolamento social.

Não temos o poder de julgar o que seja mais doloroso, se a morte social ou a morte física, num contexto, quando discutimos o resgate do valor da vida. Sem dúvida, a Aids imprime marcas

² A presente referência de estudo sobre a [AidsAids](#) no Brasil e no mundo, bem como, a situação da doença no Rio Grande do Sul, está na Série de *Relatório Azul*, uma publicação da Assembléia Legislativa – Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Porto Alegre: 1994, 1995, 1996, bem como, com informações adquiridas na Secretaria Municipal de Saúde e GAPAs- RS.

de depreciação na vida das pessoas em que a condição de cidadania cria seus próprios limites. No estudo sobre a doença enquanto metáfora, Sontag (1984, p. 45) diz que a doença implica também em uma cidadania mais onerosa, afirmando que as pessoas vivas parecem possuir uma dupla cidadania: “uma que se manifesta no reino da saúde e outra que se manifesta no reino da doença”.

A perda de direitos sociais evidencia-se no reino da doença num contexto brasileiro em que a política de saúde mostra-se como um caos social. Nesta conjuntura, em que a pessoa não pode mais contar com o gozo de seus direitos plenos, vivenciando a miséria, a morte social passa preceder a morte física.

Necessariamente, a morte social não somente se evidencia no plano das políticas sociais, como da mesma forma, entendemos que a cidadania plena não se reduz ao fato de a pessoa ter seus direitos garantidos dentro de suas necessidades. Segundo Seffner (1984, p. 54), a doença é muito mais do que um evento biológico, tornando-se, às vezes, “secundário frente às situações sociais que decorrem do fato de a pessoa ter uma tal ou qual doença”.

Decorrente da Aids, a pessoa poderá morrer socialmente no seu trabalho, nas suas relações, no acesso aos seus direitos sociais básicos, mas também poderá experimentar a morte da dignidade, da liberdade e da esperança. Em se tratando do fenômeno da Aids, a questão econômica jamais será o determinante único da morte social que precede a morte física.

O problema é bem mais profundo, pois mostra que a morte social possui suas origens naquilo em que acreditamos, nos valores que defendemos. E, quando a questão da Aids se torna o instituinte frente ao instituído socialmente, a morte social poderá ser uma consequência letal que poderá acabar levando à morte física. Antes de se conhecer a Aids, acreditávamos numa onipotência humana frente à morte, principalmente quando sabíamos que o câncer era a última doença mortal a ser combatida.

A responsabilidade social construída socialmente coloca o ser humano frente a situações de impasse na compreensão de sua própria existência. Uma vez que entendemos que o humano se projeta e, por isso, sua existência o dispõe à responsabilidade por todos os seus atos, coloca-o numa condição de sujeito e protagonista de uma escolha e de uma história.

Uma vez que as normas institucionais de uma sociedade são criadas pelo próprio humano, e neste sentido são instituídas, confrontam-se com forças instituintes que se contrapõem ao instituído. A morte social é produzida e não isolada do contexto da construção da trama de relações sociais que compõem a sociedade. Se existe morte social, é porque ela é produzida socialmente.

A morte, em suas dimensões humanas e sociais, tem sido sentida pela nossa cultura como um acontecimento traumático e uma interrupção da vida. Na dinâmica da vida, o humano é motivado e condicionado a se projetar como se a morte não existisse. São construídos sonhos, projetos e ideais e quando o ser humano se dá por conta, estes acabam sendo ceifados pela morte.

Construiu-se uma cultura que encara a morte como um tabu, principalmente, quando esta está vinculada à questão de uma doença como a Aids. A angústia provocada pelo Hiv desencadeia uma histeria social que promove a morte social mesmo antes que a morte física aconteça. Como diz Blank (1984, p. 23): “A morte deles já começa com a morte social muito antes do próprio fato de a vida acabar. E ao acontecer finalmente a morte física, o indivíduo submerge na imensa massa daqueles que não tem voz nem nome”.

Quando Blank diz que a morte social começa antes de a vida acabar, fundamenta-se no real fato de que a vida se mostra sem sentido, banalizando o próprio ato de existir e o ato de morrer, fazendo com que “a perda do significado da vida não poupa nem mesmo a questão da

morte do ser humano; pelo contrário, a consequência de uma vida sem sentido, é uma morte também sem sentido” (Blank, 1984, p. 27).

E assim, a miséria, enquanto um balizamento da morte social, evidencia-se nas vivências de mulheres soropositivas que, ora *sem eira e sem beira* imprime na história de vida, marcas que são difíceis de apagar:

Luisa, mãe de quatro filhos, sendo que o último é soropositivo. Mora com a mãe e a mesma a sustenta. Expressa que é “muito ruim depender da mãe” e que deseja ajudá-la, mas não tem experiência de trabalho em nada. Nunca teve uma CTPS.

Janete, mãe de sete filhos, solteira, desempregada. Sua filha de 03 anos e gêmeos de 08 meses são portadores do vírus Hiv. Manifesta que tem um relacionamento péssimo com a sua família, sofrendo de violência física e psicológica. Já perdeu três de seus filhos: um “ainda na barriga, outro de broncopneumonia e o terceiro de anorexia”. Com a morte de um de seus filhos, “meu marido se enforcou”.

Joana, casada, mora com a mãe adotiva e o pai poucas vezes aparece. Diz que o abandono e frustração pela tentativa de reencontrar sua verdadeira mãe lhe doeu mais do que a própria situação do Hiv. Tem muitas dificuldades em conseguir um trabalho.

Quando a pessoa descobre estar contaminada pelo vírus da Aids, introjeta a pressão social de ser um doente de Aids. E isto não é verdade! O medo e a angústia que se fazem presentes trazem o reflexo de uma sociedade que não permite este tipo de doença, não por ser doença, mas pelo fato desta estar vinculada a um falso moralismo de preconceitos e discriminações, fazendo com que:

A vivência do morrer inicia-se muitas vezes com a vivência de morte social, muito antes da morte clínica. Na experiência de milhões de pessoas, a vida toma um significado negativo, transformando-se em um verdadeiro “viver-para-a-morte” (Blank, 1984, p. 29).

Esta vivência – miséria e morte – não se dá em um processo utópico ou de fantasia da morte. Ela se concretiza, quando as respostas dadas pela rede social da pessoa negam o direito básico adquirido.

A referência a estas vivências mostra claramente que a “morte social” é aplicada na medida em que as pré-concepções a respeito são capazes de atitudes de maus tratos. Neste sentido, a partir das atitudes que são tomadas, a reação imediata é a introspecção da culpa de caráter subjetivo, o que permite que as trabalhadoras portadoras e/ou doentes de Aids se anulem frente a certas situações, até para evitarem o constrangimento e a denúncia pública.

Isto é constatado claramente nas denúncias que dizem respeito às demissões injustas do trabalho, demarcando uma condenação à morte social, ao que Pacheco (2000) diz:

Afirmo sem medo de errar que, ao trabalhador portador do vírus da Aids são garantidos os mesmos direitos e deveres que aos demais. Contudo, em contrapartida, lhe é cobrada uma infame submissão ao empregador, como se sua condição sorológica o revestisse de uma marginalidade suficiente para que a manutenção de seu emprego se transformasse em caridade da empresa.

A relação que se estabelece entre miséria e morte social se configura também com a culpa. O vírus da Aids não é introjetado à força na pessoa. O vírus Hiv é adquirido nas relações que são estabelecidas, sejam estas vinculadas ao sexo, à drogadição, ou à transfusão de sangue ou perinatal.

A “morte social” provocada pauta-se principalmente em comportamentos que são abominados pela sociedade. A questão não é abominar, e sim mudar comportamentos e ter a prevenção como princípio de estabelecimento de relações sociais. Na medida em que entendemos a “morte social” como um castigo e como punição, são introjetados a penalização e a entrega à morte total, sendo este apenas um percurso que reproduz a culpa, ou seja:

Com isso, a convicção de que a vida continua de fato depois da morte, representa para a maioria das pessoas uma carga a mais. Conseqüentemente, a morte se torna abominável, por colocar o ser humano face a face com a sua culpa (Blank, 1984, p. 50).

Na experiência crucial de vida, quando a Aids se faz presente, o sentido de continuar vivendo e o sentido de morrer socialmente ou fisicamente acabam se cruzando e atribuindo ao portador de Hiv e/ou doente de Aids, a responsabilidade de decisão. Mesmo encontrando-se diante de um fim definitivo ou de um fim desejado (construído socialmente), a pessoa com Aids experimenta a sua impotência total frente a esta situação de morte.

Por intermédio da Aids, a morte se fez novamente presente na vida das pessoas. Faz-se presente de uma forma diferente: a morte social e a morte física. Mesmo diferente ou com outra face frente a doenças como lepra, câncer, a morte relacionada à Aids, hoje se configura sob outros aspectos: ela traz consigo tabus que ainda não se sabe resolver, processos de culpabilização, exclusão e discriminação social.

É conhecido que não é o vírus Hiv que mata, mas sim a dinâmica que se desencadeia nas profundezas do ser humano, muitas vezes já antes da infecção com o vírus. Ela é que faz do humano o autor da sua própria morte (Beloqui, apud Paiva (1992, p. 35). Em seu estudo sobre a polaridade vida-morte e Aids, Beloqui nos diz que a Aids foi mistificada e que:

A sua desmistificação só se procederá se aceitarmos sem pavor, mas com respeito, a morte que ela provoca. Aqueles que não conseguirem superar o preconceito social e seu próprio preconceito; aqueles que determinarem morrer, ou ainda, aqueles cujo ego não tenha mais força de resistência e de influência sobre os processos destruidores de seu inconsciente, estes sucumbirão. Mas os que querem, estes viverão (Beloqui apud Paiva, 1992, p. 37).

Entendemos, a partir de tal colocação, que é atribuído ao portador de Hiv e/ou doente de Aids, a responsabilidade de reconfigurar-se em sua existência. Concordamos que a responsabilidade é pessoal e intransferível, mas, ao mesmo tempo, não é tão fácil como parece ser. Não é compreensível analisar a questão da Aids no plano individualizado de cada ser que vivencia esta situação.

A questão da Aids é um fenômeno social que se construiu socialmente e não cabe a cada um resolver a sua situação. Defendemos a idéia de que a questão central não é a de se fazer um esforço incontrolável para superar o preconceito. A questão é combater a discriminação e a

exclusão social que é gerada com base no preconceito com relação à Aids. A determinação em querer continuar vivendo ou em se entregar à morte vai além do simples ato de vontade subjetivo.

O humano, enquanto ser social, projeta-se à existência ou à morte. A “morte social” somente poderá ser superada na medida em que a integridade do ser humano possa ser reconhecida. A construção de uma rede social potencializada é que poderá garantir a reconfiguração da vida. Uma rede social que seja emancipatória e que possa proporcionar relações de autonomia e de fortalecimento, frente a tudo o que se impõe relacionado à Aids e às pessoas que vivem na condição de soropositivos e/ou doentes de Aids.

O compromisso da qualidade de vida

Podemos compreender a epidemia da Aids como um espelho das nossas construções sociais com relação aos valores e princípios que podem reger uma trama de relações sociais. Em pleno período de 20 anos após o surgimento da doença, a desigualdade, o pré-conceito e os projetos de enfraquecimento da promoção humana ainda imperam numa realidade, que se torna cada vez mais presente na vida das pessoas.

Na virada do milênio, todos acreditavam num período de reconfiguração das relações sociais, apostando na solidariedade humana como uma condição de tornar os seres humanos mais iguais e mais justos. Infelizmente, este projeto ficou na utopia, na medida em que se vivencia um período de ameaças, de atitudes terroristas que provocam pânico e medo.

O sentido humano da vida em sociedade torna-se cada vez mais obscuro e secundário. As teias, que formam a rede social de cada ser, passam por um rígido sistema de controle, porque existe sempre a necessidade de que as pessoas com quem o ser humano se relaciona passem por uma aprovação.

Uma compreensão em seu todo desperta o anseio por um acompanhamento social a estas pessoas na possibilidade de potencializar as teias e redes existentes na perspectiva do fortalecimento humano social. A reconfiguração, sem dúvida, acontece na medida em que o portador ou doente de Aids estabelece e concretiza as suas teias com instâncias que contribuem na sua re-projeção, efetivando-se uma rede social de apoio. Assim, reafirma-se a importância das ONGs e projetos sociais que possuem, em sua dinâmica institucional, recursos potencializáveis através de equipes multidisciplinares disponíveis a seus agentes (Kern, 2001).

A idéia de proceder a um acompanhamento integral através de uma equipe multidisciplinar, comprova a necessidade de perceber o portador ou doente de Aids nas dimensões da doença, sejam estas biológicas, sociais e psicológicas, dado o caráter clínico e social da doença.

A existência de uma rede social potencializada pode ser interpretada como uma condição básica de qualidade de vida e de realização plena no que diz respeito à condição humana de ser. A rede social não se apresenta como a “condição salvadora” do humano em suas relações, nem tampouco da sociedade. Mas a sua efetividade apresenta-se como um indicador de dimensão social que garante, tanto ao humano quanto à sociedade, a garantia de sociabilidade e de organização social.

Falar em perspectivas da promoção da qualidade de vida para mulheres que vivem com Aids, é falar sobre condições que possam propiciar a mesma. Nesse aspecto, referimo-nos à concepção de qualidade de vida em três dimensões: material, humana e social (Kern, 2001).

A dimensão material pressupõe condições econômicas que viabilizem um mínimo de sobrevivência: um tratamento digno, acompanhamento profissional, direito ao trabalho, entre

outros. Estas condições não se referem a meros benefícios recebidos. Elas vão além disso. Configuram-se em condições concretas que garantem a dignidade e o respeito à vida humana. São condições concretas que elevam o nível de vida e que possibilitam a satisfação por parte das pessoas envolvidas.

A dimensão humana refere-se aos múltiplos significados das vivências significativas enquanto condições plenas de vida digna. A qualidade de vida como dimensão humana volta-se para a subjetividade em que o portador ou doente de Aids, de acordo com a sua natureza, busca os meios e as formas que contribuem para a sua integridade de ser. A luta contra a discriminação e o preconceito, na possibilidade de ser considerado como humano e não como doença, tem sido a bandeira de pessoas envolvidas com a causa e também de movimentos sociais.

A dimensão social volta-se ao mundo intersubjetivo nas dimensões das teias e redes sociais potencializadas. Assim, o mundo vivido individual cria um significado mais amplo quando vivenciado e construído na condição de estar para o mundo assim como o mundo está para a pessoa. Poder relacionar-se de modo igual, significa um princípio de igualdade que, infelizmente, não se pode confirmar quando se trata de pessoas que vivem com Aids nas relações que estabelecem com pessoas soronegativas.

A dimensão social da qualidade de vida para pessoas que vivem com Aids, efetiva-se também na visão concreta de políticas da saúde que respondam às necessidades prementes que a doença impõe; sejam estas políticas de prevenção, de tratamento, ou políticas que resgatem a condição de cidadania na efetivação dos direitos sociais.

Em 1997, foi publicada a pesquisa “Qualidade de Vida do Trabalhador – o desafio da construção de índices” (Ferlandt e Kern). A pesquisa, realizada em parceria pelo SESI e Faculdade de Serviço Social da PUCRS, pesquisou 1.558 trabalhadores de 225 empresas em 75 municípios do RS, com o objetivo de medir quantitativamente os indicadores e determinar o índice de Qualidade de Vida dos trabalhadores da indústria do Estado.

O desvelamento do fenômeno da Qualidade de Vida revelou um painel único no centro do qual encontrou-se a família enquanto sua base. Sem ela, o trabalhador entendia inexistente a Qualidade de Vida. Acoplados à categoria família, encontramos a saúde e o trabalho que se revelam enquanto dimensões reconhecidas como imprescindíveis, pois constituem-se em elementos que garantem a sobrevivência do núcleo familiar. Neste estudo, em menor ênfase, aparecem as categorias da solidariedade, sociabilidade, cidadania e aspirações, permeadas pela questão dos valores.

Tomando por base este estudo para análise de informações dos depoimentos das mulheres participantes, acreditamos que a qualidade de vida relacionada a todos os fatores que compõem a estrutura de vida das mesmas, torna-se uma categoria que se expressa pela invisibilidade. Não nos é possível visualizar dimensões de qualidade de vida com as reveladas no estudo acima citado, quando a família se encontra desestruturada; quando o trabalho não existe; quando a saúde está ameaçada pela condição imposta pelo Hiv e por outros elementos.

Também não é possível visualizar uma qualidade de vida quando a solidariedade não é vivenciada; a sociabilidade é ameaçada pelo medo da denúncia de ser portadora do Hiv; a cidadania (como pensar em cidadania quando estão ausentes as condições de vida que podem levar até à mesma?); aspirações reduzem-se a esperanças, a simples esperanças de mulheres que convivem com a certeza de serem contaminadas e pela culpa de contaminarem “o fruto de seu ventre”. Superadas estas concepções apenas pela esperança do “fruto de seu ventre” tornar-se o “bendito” através da negação do Hiv.

Outro estudo sobre Qualidade de Vida relacionado a pessoas soropositivas, publicado nos Cadernos Pela Vida (2002, p. 16) foi realizado com 182 homens e mulheres Hiv – positivas, desenvolvido pela Psiquiatra Gail Ironson, da Universidade de Miami. Este estudo, basicamente, relaciona a fé e confiança às condições de qualidade de vida.

A pesquisa ressalta que pessoas que convivem há mais tempo com a Aids estão mais propensas a serem altruístas “com grandes ligações de fé e confiança”. Destaca ainda que sobreviventes de Aids, vivendo até 7 anos, têm “mais capacidade de expressar compaixão pelos outros e convicções espirituais”. Estas pessoas também apresentam um menor nível de cortisol – hormônio de estresse que prejudica o sistema imunológico. A auto-estima e a aceitação pela família, amigos e colegas de trabalho. “Também indicam melhores contagens sanguíneas e níveis virais mais baixos durante um ano”.

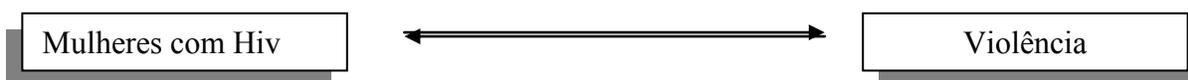
Estratégias de sobrevivência relacionadas a Aids

Falar em estratégias de sobrevivência relacionadas à temática da Aids pressupõe a emissão de um olhar para dentro da singularidade do universo feminino participante deste estudo. Trata-se de mulheres que possuem, em sua singularidade, expressões de um mundo vivido e não vivido, a visibilidade e a invisibilidade daquilo que podemos chamar de “um mundo subumano marcado pela miserabilidade social”.

O contexto, onde estas se inserem, caracteriza uma realidade crucial onde a luta pela sobrevivência é a garantia do “pão nosso de cada dia”. Se, por um lado, estas lutas são visíveis por ações que se desencadeiam como se vincular a programas sociais, ao tráfico de drogas, à submissão aos maridos, entre outros, por outro lado, a invisibilidade se materializa pela representação destes vínculos como uma forma de se submeterem ao que é imposto pelos aspectos culturais e sociais, aspectos estes característicos daquela comunidade.

A vinculação a programas sociais, enquanto estratégias de sobrevivência, fazem com que todos os membros da família destas mulheres tenham e construam um hábito de dependência. Assim, as mulheres vinculam-se aos programas ao passo em que, os maridos destas mesmas mulheres, muitas vezes estão no tráfico de drogas, no crime organizado, em trabalhos subalternos, entre outros.

Na medida em que há este vínculo com os programas, pressupõe-se, na prática, que se reproduz uma relação ambivalente que se estabelece entre o Hiv e a violência. Esta é uma relação que se efetiva com duas mãos, ou seja:



Na medida em que os sintomas da violência deixam de ser apenas sintomas e se materializam na prática, a questão do Hiv para estas mulheres não passa muitas vezes de mais um detalhe que se soma à “desgraça” e às condições subumanas de sobrevivência. E mais, o fato do Hiv tornar-se presente, possui duas representações: a primeira, refere-se a estigmatização, ao processo de culpabilização, da construção de marcas sociais depreciativas e a segunda, é de que, através do Hiv, constrói-se uma relação de sobrevivência na possibilidade de vincular-se a programas sociais como alternativa de obter a certeza da sobrevivência para o dia de hoje.

Para nós, a questão das estratégias de sobrevivência ainda está um pouco obscura, até porque não foi o foco da investigação. Porém, é uma temática que muito nos instiga. A proposição é de que a partir do presente estudo se instaure um processo de investigação acerca desta temática. Na continuidade deste estudo, as estratégias de sobrevivência vinculadas ao Hiv/Aids será a próxima temática a ser investigada.

Em síntese, esta pesquisa foi significativamente desafiadora. Uma vez que estamos trabalhando no Campus enquanto professor, assistente social de campo e pesquisador, conferiu a nós o compromisso de compreender a pesquisa enquanto uma atividade que se propõe à construção de conhecimento e também, o exercício da mesma em meio ao processo de trabalho junto aos usuários.

Neste sentido, a proposta do presente estudo se configurou enquanto um empenho em compreender os aspectos visíveis e invisíveis relacionados aos sintomas de vida e de morte de mulheres soropositivas. Concluimos que:

→ A construção do sofrimento relacionada aos impactos da Aids na vida cotidiana das mulheres, evidencia uma relação de igual para igual, ou seja, a Aids constitui-se num elemento que soma elementos ao sofrimento instituído pelas condições de vida das mulheres soropositivas. Assim, o sofrimento se torna visível na medida em que, como em outras situações, reproduz-se a discriminação, o pré-conceito, o não acesso aos direitos básicos e também, a falta de sentidos em procurar os direitos garantidos.

Considerando um conjunto de efeitos colaterais que o tratamento da Aids provoca, muitas das mulheres se negam ao comprometimento e à seqüência do tratamento. Uma vez que ali “falta tudo”, constrói-se uma representação negativa do tratamento anti-retroviral. Alguns dos efeitos colaterais são, por exemplo, o vômito e a diarreia. Por que assumir, então, o tratamento que provoca diarreia, se muitas vezes falta até o próprio recurso de assepsia, como exemplo, o papel higiênico? Estes são elementos, talvez, que possam ser considerados insignificantes, mas, no cotidiano destas mulheres, estes elementos se tornam determinantes em decisões que devam ser tomadas.

→ A depreciação da identidade da mulher é o estigma que deixa de ser subjetivo para uma expressão cotidiana. A mulher soropositiva, como também outras, passa a vincular-se a programas sociais enquanto estratégia de sobrevivência em detrimento de uma condição de autonomia frente aos seus processos sociais de exclusão. A imagem da mulher soropositiva neste espaço, é a mulher sofrida, dependente, pobre, portadora de uma beleza que só pode ser vista aos olhos daqueles que a acompanham e a passam a admirar pela sua valentia e coragem em dar continuidade e preservar, ao menos, o sentido de viver no dia de hoje.

Levando em conta que, quando se materializa o estigma na vida da pessoa, estabelecem-se relações de igual para igual entre as que vivenciam a mesma problemática, neste campo de trabalho, esta concepção não pode ser confirmada. Existe um significativo medo de revelação da condição de ser soropositiva ou doente de Aids. Existe sim, uma “camuflagem” na busca de recursos. Até porque, para todas as pessoas que buscam auxílio em suas naturezas específicas no Campus, não há especificamente uma revelação a que projeto ou programa está vinculado. Isto se dá por um mecanismo de defesa de proteção, evitando ao máximo, a revelação de ser soropositiva. Ali se reforça, ainda, a concepção de quem tem o vírus da Aids ou doente de Aids é aidético! E aidético assume a condição de culpa e todas as representações negativas possíveis que uma comunidade pode lhes conferir.

→ A fragilização da mulher nos seus aspectos físicos, psíquicos e emocionais decorrentes do impacto da Aids forma um conjunto que compõe o sofrimento e o estigma da diferenciação de ser mulher, mãe, dependente, somada à condição de ser soropositiva. Percebemos, na prática, que a fragilização é tão visível em todos os sentidos a ponto da vulnerabilidade tornar-se também uma condição de sobrevivência.

Na medida em que falta o “pão e o leite”, são constantes as expressões de algumas mulheres que se colocam na condição de buscarem outras estratégias de sobrevivência, como por exemplo, a prostituição por período determinado. O fato de serem soropositivas não importa. Coloca-se esta condição numa concepção de invisibilidade, pois neste momento, o que interessa é buscar o recurso para a sobrevivência material.

E, para não dizer que não falamos em flores, revela-se, neste estudo, uma condição singular de ser mulher a partir das mulheres que contribuíram para que este estudo pudesse ser desenvolvido. Empiricamente e carinhosamente, mulher é sinônimo de flor! Até porque, mulher gosta de flores! Para fazer esta relação, é preciso então que a mulher seja bonita, vistosa, decente, atraente, perfumada, entre outros tantos adjetivos.

Aos padrões impostos sobre a beleza da mulher, as que fazem parte deste estudo não correspondem: não possuem frascos de maquiagem em seus quartos ou em seus toaletes. Até porque, a maioria delas não possui quarto e muito menos toaletes. Possuem sim, frascos de remédios que compõem o coquetel AntiAids.

Carregam consigo, em vez de quilos de maquiagem, expressões de sofrimento e de medo; carregam em suas veias, em vez de vaidade, o vírus que as diferencia das demais em todos os aspectos.

Assim, configura-se um outro padrão de beleza: a beleza da luta contra a morte, mesmo quando os sentidos de vida lhes faltam; a beleza da esperança, quando vivem sob a iluminação do mesmo sol, mas percebem que vivem na sombra de outros e, mesmo assim, a vida ainda vale a pena. A beleza de ser mulher não se configura pelos padrões sociais pré-estabelecidos, mas muito mais, pelas vivências significativas onde cada uma consegue ser bela a seu jeito e tornar a vida bela, mesmo quando a vida não é mais tão bela assim!

Referências

AMORIN, Elisiane. *Vírus e mecanismo de defesa*. Manual de Orientações. Material elaborado para fins didáticos. SAE – Serviço de Assistência Especializada. Canoas/RS, 2001.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

BELOQUI, Jorge. A polaridade vida-morte e a Aids. In: PAIVA, Vera (org.). *Em tempos de Aids*. São Paulo: Summus, 1992.

BLANK, Renold J. *Viver sem o temor da morte*. São Paulo: Paulinas, 1984.

CHEMANA, Roland. *A Aids no século*. Tradução por Francisco Settineri e Liz Nunes Ramos. In: Correio da APPOA. *Psicanálise e Aids*. Porto Alegre: 1998.

COMISSÃO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS. *Relatório Azul*. Assembléia Legislativa do RS. Porto Alegre: 1996, 1997, 1998, 1999.

- DANIEL, Herbert. In: *Relatório Azul*. Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 1996.
- FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do Serviço Social na era da globalização. *Revista SS & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 61, nov. 1999.
- . *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1997.
- FERREIRA, Vital de Lima. *Aids e vida. Um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV*. Uberlândia: Lemos, 1994.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução por Márcia Bandeira de Mello Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- GUARESCHI; JOVCHELOVITCH. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- GUIMARÃES, Carmem Dora. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: PARKER, Richard et al. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- HOLLO MAY. *A solidão e a ansiedade do homem moderno*. 23. ed. São Paulo: Vozes, 1996.
- KERN, Francisco *A instituição como produção do social*. Trabalho realizado no Curso “Instituição: produção do social”. Curso de Mestrado. Faculdade de Serviço Social/PUCRS, 1994.
- KERN, Francisco A. os sentidos das teias e redes sociais no contexto da aids. Tese de Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social. PUCRS, 2001.
- LABAKI, Maria Elisa de Abreu Pessoa. A situação de desamparo e a Aids. In: *Correio da APPOA*. Psicanálise e Aids. Porto Alegre, 1998.
- LINSK, Nathan; DE CARLO, Pámela. *What are HIV prevention needs of adults over 50*. Universidade da Califórnia São Francisco, EUA. Tradução por Francisco R A de Moura. São Paulo: USP, 2001.
- MANN, Jonathan et. al. *A aids no mundo*. Tradução por José Stalin Pedrosa e Lilia Rossi. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- MARTINELLI, Maria Lucia. *O Serviço Social e as demandas na contemporanidade*. Palestra ministrada na Faculdade de Serviço Social.PUCRS, 1999.
- . O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. Um instigante desafio. Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa. PUCSP – NEPI, 1994.
- . Palestra ministrada no evento da comemoração dos 25 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. PUCRS, 2002.
- MERLEAU PONTY, Maurice. *A estrutura do comportamento*. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.
- . *Fenomenologia da percepção*. Tradução por Reginaldo Di Piero. São Paulo: Freitas Bastos: 1971.
- OLIVEIRA, Silvia Lucia de Castro. Mulheres que não podem dizer não e a Aids. In: *Correio da APPOA*. Psicanálise e Aids. Porto Alegre, 1998.
- PARKER, Richard et. al. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PAULILO, Maria Ângela. *Aids: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras, 1999.

POLLAK, Michael. *Os homossexuais e a Aids: sociologia de uma epidemia*. Tradução por Paula Rosas. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

RUBIO, Alfonso Delgado. *96 respostas sobre AIDS*. Tradução por Vera Lúcia do Amaral. São Paulo: Scipione, 2000.

SEFFNER, Fernando. *O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório*. Canoas: Stomatos, nº7, 1998.

SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. *O mosaico que compõe o sentir e o agir da família frente a AIDS*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Serviço Social. PUCRS, 1999.