

# AIDS - as epidemias dos vírus e das informações

**Clóvis Ricardo Montenegro de Lima**

## Resumo

*As informações históricas contemporâneas diferenciam-se nos modos de organização do conhecimento e de produção da informação, assim como nos processos de comunicação. Esta sociedade pós-moderna e descentrada vive o esgotamento da racionalidade, dos vínculos e das utopias do trabalho. O diagrama médico de Foucault estrutura a investigação arqueológica da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) na cidade de São Paulo, na década de 80. A genealogia representa o contexto de discussão e os jogos de linguagens na composição das normas de disciplina dos corpos e de vigilância das populações para o controle e a prevenção da doença letal. A medicina opera as tecnologias do olhar e as estratégias de poder, articulando no sistema de vigilância epidemiológica as forças, os desejos e os interesses na organização racional do mundo da vida. A Aids evidencia este olho do poder, que produz o real a partir do perigo virtual. A afirmação da finitude do ser humano cria as condições de possibilidade para o saber e o discurso mediar as relações do homem consigo e com os outros. O mundo racional produzido cristaliza as desigualdades de poder organizar, comunicar e usar o conhecimento e a informação. Neste contexto, acontece a epidemia de informações a partir da Aids, um jogo de forças no campo do saber e do discurso.*

## Palavras-chave

*Aids/Medicina clínica e social; Aids/informação/ Comunicação social.*

Fragmento da dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciência da Informação da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ) em abril de 1992.

## INTRODUÇÃO

A Aids significa, no contexto do saber e do discurso da medicina clínica e social, o encontro com a morte, reforçando a finitude das forças nos homens. As falas e as discussões do normal e do patológico a partir do vírus e da doença são demonstrações do esgotamento do modelo racional da sociedade da disciplina e da vigilância.

A epidemia de Aids representa a disseminação do vírus e da doença no espaço social e das normas e das informações no mundo da representação deste mesmo espaço. Essa epidemia multiplica as possibilidades de composição da medicina dos corpos e das populações, que exigem uma arqueologia da própria medicina e uma genealogia da formação histórica contemporânea.

A articulação metodológica da arqueologia dos saberes e da genealogia dos poderes de Michel Foucault<sup>1,2</sup> permite abrir o lado de dentro e o lado de fora da medicina clínica e social, o que cria o quadro de referência relevante para o exercício do pensamento e da vontade de poder operar os corpos e organizar as populações de outros modos. Estas operações e organizações têm modos ilimitados de representar os atributos das substâncias do ser humano e das sociedades.

Nas sociedades modernas que se formam no século XVIII, a medicina clínica e social representa o campo do saber e do discurso em que se articulam as tecnologias de disciplina dos corpos e de governo das populações. A racionalização do conhecimento e da linguagem expressa os vínculos e a organização social das forças a partir do processo de urbanização da vida, industrialização da produção e proletarização do trabalho.

A medicina clínica humaniza-se a partir do século XVIII com a demarcação da anatomia patológica de Bichat. A conjugação dos sintomas com as estruturas deformadas dos órgãos e dos tecidos nos cadáveres dissecados posiciona a morte como o extremo do saber e do discurso sobre o corpo e cria modos de controle disciplinar sobre eles.

À medicina clínica corresponde a observação técnica do olhar detalhado sobre a superfície, dos corpos. A anatomia patológica abre o lado de dentro ao saber e ao discurso, ao mesmo tempo em que opera uma transformação na própria medicina clínica. Acontece uma explosão do espaço desta a partir da demarcação do volume anatômico.

A mudança na medicina clínica acen-tua-se com a fisiologia de Brouhaiss. A determinação das febres como distúrbio nas funções do corpo amplia as representações racionais para o espaço da biologia, da química e da física. Este modo da medicina clínica tem cada vez mais a dizer sobre os corpos, acumulando tecnologias de disciplina sobre eles.

A expansão das representações, racionais acontece para dentro do volume anatômico e fisiológico dos corpos. Por outro lado, esta expansão também ocorre em sentido inverso. Sendo a própria medicina clínica uma produção social, ela também controla os vínculos e a organização social com as suas oposições do normal e do patológico.

Na época em que o capitalismo urbano e industrial começa a recensar e a dimensionar as suas necessidades de força de trabalho, a doença e a medicina clínica adquirem relevância social: a manutenção da saúde, a cura, a pesquisa de causas e focos patogênicos, bem como a assistência aos pobres, tornam-se encargo coletivo que os centros de poder de vem, por um lado, produzir e, por outro, controlar.

A produção, a acumulação e a circulação do conhecimento e da informação: da medicina clínica são processos sociais. Acontece a valorização do corpo como força de trabalho, o cuidado em definir a competência no campo do saber e do discurso, os esforços em manter o nível de saúde enquanto conceito positivo de uma população, o cuidado com a terapêutica, a manutenção dos seus efeitos, o registro dos fenômenos vitais. A disciplina desloca-se para o terreno do governo das populações.

O discurso e o saber da medicina clínica dirigem-se a um certo número de objetos, sendo a sua produção exclusividade de um certo número de indivíduos designados para exercer certas funções reguladoras na sociedade. O médico personifica o titular autorizado de determinado modo de relação institucional com os corpos e com as populações, com suas modalidades de ensino e de disseminação do conhecimento e da informação.

A arquitetura do saber e do discurso da clínica médica e a genealogia dos poderes que constituem o contexto histórico em que se formam e sobre o qual se exercem são preciosamente estudados e analisados pelo filósofo Michel Foucault. Foucault<sup>3</sup> considera que a medicina clínica e social não é uma ciência:

"Não só porque não responde aos critérios formais e não atinge o nível de rigor que se pode esperar da física, da química ou mesmo da fisiologia, mas, também, porque comporta um acúmulo, apenas organizado, de observações empíricas, de tentativas e de resultados brutos, de receitas, de prescrições terapêuticas, de regulamentações institucionais..."

As representações racionais na modernidade tomam como ponto de partida não apenas a morte, mas as diferentes distribuições dos corpos e das populações. Estas racionalizações observam, inclusive, os detalhes das interações dos seres humanos e dos vínculos sociais.

A sociedade moderna, que se desenvolve nos últimos dois séculos, edifica os aparelhos para produzir saber e discursos verdadeiros sobre as esferas molares e moleculares da vida. Não apenas fala muito e força todo mundo a falar, mas também empreende a formulação da verdade desigualmente regulada. É essencial que o corpo se inscreva não somente em uma economia das forças, mas também em um regime regulado de saber e de discursar.

Organizam-se os aparelhos para produzir saber e discurso sobre os corpos cada vez mais saber e discursos susceptíveis de funcionar é de serem efeito de sua própria economia. Esta explosão corresponde ao esforço dos seres humanos em dominar a natureza nas formações sociais modernas.

O conhecimento e a informação da medicina clínica e social não operam apenas com a interdição, mas com a modulação no mundo da vida. Não se deve fazer a simples oposição entre o que se diz e o que não se diz; é preciso tentar determinar as diferentes maneira de não dizer, que tipo de discurso é autorizado e que forma de discricção e de silêncio é exigido a uns e outros. Existem muitos fluxos e interdições

que integram a estratégia que demarca o campo dos saberes e dos discursos, compondo um modo de ordem social racionalizada.

É fundamental que os processos de disseminação e de sedentarismos no campo do conhecimento e da informação da medicina clínica e social sejam entendidos como composição de forças em torno do normal e do patológico. Entretanto, o saber e o discurso não são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele.

Existe um jogo complexo em que o saber e o discurso podem ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito do poder, mas também o obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O saber e o discurso veiculam e produzem poder, reforçam-no; mas também o expõem, debilitam e permitem barrá-lo.

A medicina clínica e social opera a disseminação do conhecimento e da informação qualificada pelo estatuto da verdade, que efetuam não apenas a dominação disciplinar dos corpos, mas também a vigilância e controle das populações. A distribuição deste conhecimento e desta informação da medicina clínica e social demarcam a desigualdade dos indivíduos na relação com a morte e com a ordem social que ela produz no mundo dos vivos.

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolvem as organizações do poder sobre a vida. A instalação anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida, caracterizam um poder de controle infinitesimal da sociedade moderna. A potência da morte é cuidadosamente recoberta pela disciplina dos corpos e pela gestão calculada da vida social.

A medicina clínica e social representa o campo do saber e do discurso que preenchem o volume do corpo e que giram em torno da morte. A partir desta definição da finitude, distribuem-se os acontecimentos no modo racional de exercício do poder. Articulam-se a anatomia política do corpo e a bio-política da população.

O sistema de vigilância epidemiológica<sup>4</sup> utilizado no controle das doenças transmissíveis nas sociedades modernas é um modelo aperfeiçoado do uso do conhecimento e da informação da medicina clínica moderna para controle, prevenção e tratamento de doentes e de doenças. O sistema de vigilância epidemiológica é ele mesmo um modo de estruturação da produção, acumulação e circulação do saber e do discurso.

O sistema de vigilância epidemiológica conjuga tecnologia do olhar sobre os corpos com as técnicas de vigilância e de sanção das populações que caracterizam as formações de poder nas sociedades modernas: prisões, escolas, hospitais etc. Definindo o normal, controlando as séries, regulando o diverso, o sistema de vigilância epidemiológica produz um centro de poder em torno do qual gira a sociedade e se formam os vínculos sociais.

Os sistemas de vigilância epidemiológica das sociedades contemporâneas não são capazes de aprisionar a epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), que se instala em nível mundial a partir de 1980 e que se aproxima dos brasileiros a partir de 1984. O saber e o discurso da medicina clínica e social não têm forças para envolver o vírus sem nome e sem cura.

O agente causador da síndrome de imunodeficiência recebe uma designação, mas não reduz o mal-estar da medicina clínica e social. Esta não tem potência para prevenir e curar com seus instrumentos, as vacinas e os remédios; Apenas olha com detalhes a disseminação do vírus e da doença, produzindo a sua própria disseminação de normas e de informações.

A medicina clínica e social usa a sua força de saber e de discurso autorizados para descrever a epidemia. O vírus circula no sangue e nos fluidos do corpo e se transmite pelas transfusões, pelo compartilhamento de seringas e pela relação sexual. O aumento dos casos deste agravo inusitado faz crescer a curiosidade de todos: querem saber e discursar.

Esse aumento dos casos permite a elaboração de uma modelagem no acontecimento e na distribuição dos mesmos no espaço social. Esta modelagem opera a organização dos casos e a sua distribuição probabilística. A organização e a distribuição são os eixos da disciplina e da vigilância.

O olhar adestrado observa o vírus no espaço social. Contudo, são múltiplos os olhares e as coisas observadas. Cada olhar comunica-se com o outro, compondo a rede do conhecimento e da informação.

A medicina clínica e social transforma a sua própria racionalidade em proposição de ortopedia social. O espaço virtual do risco confunde-se com o espaço da morte anunciada. O jogo de forças articula a individualização dos excluídos.

O recurso à publicidade pelo sistema de vigilância epidemiológica para controlar e prevenir a disseminação da Aids desloca o espaço de discussão para uma esfera onde habitualmente outros desejos e inte-

resses se expressam. Diversos sujeitos e fatores históricos articulam-se na ampliação do universo dos falantes sobre o vírus e a doença. É uma epidemia de informações no espaço social da comunicação.

Criam-se vínculos e solidariedades locais no processo de disseminação da Aids. Formam-se grupos desejantes e de interesses restritos no controle e na prevenção da Aids. Estes grupos produzem o seu próprio saber e o seu próprio discurso, seja porque são portadores de vírus, seja porque se enquadram no espaço virtual dos ameaçados de morte, seja porque convivem com o vírus e suas ameaças.

Estes fluxos de falas e de forças compõem o saber e o discurso da medicina clínica e social. O que a Aids mostra, de modo claro, são as forças envolvidas na representação racional desta medicina. E, por outro lado, abre espaço para outros sujeitos de fala no campo da intersubjetividade sempre instável, em constante composição e recomposição das formas históricas do saber e do discurso.

O enfrentamento das falas no espaço público pode ser entendido como o jogo de linguagem onde se amplia a comunidade de relevância agenciando desejos e interesses, interagindo as forças que resultam nas formas móveis de saber e de discursar. A discussão desloca-se da verdade do valor para o próprio valor da verdade. Não se tematizam apenas a representação e a interpretação da epidemia do vírus e da doença. Discutem-se também as próprias representações e interpretações destas epidemias do vírus e da doença. É uma epidemia de informações.

## AS PALAVRAS E OS VÍRUS

A epidemia de Aids que se inicia e se dissemina mundialmente na década de 80 permite visualizar os diferentes lances no jogo de forças que se referem ao controle dos corpos e das populações. A morte enquanto perigo faz de cada um o espaço por onde fluem as forças que resultam na formação histórica de certo modo de controlar a vida.

A epidemia de informações que acompanha a difusão do vírus HIV e da doença Aids estabelece o tecido de um contexto social específico onde são definidas as normas de o homem se relacionar consigo mesmo e com os outros. Estratégia sinistra: exige de cada um a perfeita interiorização de todas as normas de viver para não morrer terrivelmente.

O Estado, enquanto formação endurecida do exercício do poder, assume o seu papel de mediar os fluxos de informação, exa-

cerbando a potência do sistema de vigilância epidemiológica enquanto mecanismo permanente de controle das populações pelo olhar ortopédico da medicina.

Os médicos são individualidades construídas nas sociedades modernas como autorizados a regulamentar, controlar e punir a vida de todos. Apesar de decidido *a priori* o seu lugar legítimo de legislador, não está bem caracterizada qual a melhor estratégia para disciplinar as sociedades contemporâneas descentradas na epidemia de Aids.

A sociedade, enquanto espaço por onde o vírus circula e se estabelece, vê em todos e em cada um o suspeito que pode trazer o perigo da morte dentro de si. O risco de morrer transforma-se em argumento para conter a anomia dentro da sociedade, para fazer de cada um soldado obediente do combate à peste pós-moderna.

Exigindo de cada homem a disciplina de buscar e de ter prazer longe do vírus, a Aids não pode simplesmente proibir. A doença do vírus HIV quer ensinar a todos a coisa certa, entra nos detalhes da vida cotidiana, invade os quartos, inclusive os dos motéis, para normatizar e dizer a todo mundo que existe o sistema de vigilância. Amanhã você poderá ser testado, e o vírus talvez esteja dentro de você: cuidado!

Exercendo coerção direta sobre determinados grupos sociais, a epidemia de informações da Aids produz outra epidemia de contra-informações. Cada indivíduo discriminado ou excluído pelos mecanismos de vigilância produz o seu próprio enunciado de justificação, processo de defesa, lance no jogo das falas, relação de forças que se enfrentam.

No mundo descentrado da pós-modernidade, onde as grandes estruturas narrativas legitimadoras dos acontecimentos desmoronam como castelos de cartas, a Aids ocupa o centro de uma epidemia de informações que, por inclusão ou exclusão, posiciona todos os indivíduos dentro da mesma ordem: a ordem da vida contra a morte anunciada pelo vírus HIV ameaçador.

A epidemia é também uma epidemia de querer produzir informação, de controlar os processos de comunicação, de usar a informação. Todos querem informar e se informar. É a sociedade produzida pela epidemia de informações a partir da Aids, e não a sociedade produzida pela Aids.

As tensões a partir da Aids começam no próprio processo de identificação do agente causal, presumivelmente um vírus, por se tratar de ser infectante de células do sistema imune. Os pesquisadores france-

ses do Instituto Pasteur, chefiados pelo médico Luc Montagnier, disputam com a equipe norte-americana do médico Robert Gallo a honra de ter descoberto a terrível criatura.

Inicialmente os franceses designaram o vírus de LAV e os norte-americanos de HTLV-III (*Human T Leukemia Lymphoma Virus*). A designação HIV - *Human Immunodeficiency Virus* foi proposta e adotada por um Comitê Internacional para a Taxonomia dos Vírus como a mais apropriada para o retrovírus agente causador da síndrome.

Em nosso país, a profunda divergência entre as autoridades sanitárias e médicas diz respeito ao próprio conceito do caso de Aids. Esse dissenso diz respeito aos conceitos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, esta última, com o aval de uma comissão de especialistas: concepções diferentes do fenômeno em sua representação e em sua interpretação.

As recomendações do Ministério da Saúde de 1987<sup>5</sup> citam, entre os seus conceitos básicos, os casos confirmados e os casos suspeitos. Os casos confirmados, para efeito de notificação, serão todos os indivíduos que apresentam a doença pelo menos moderadamente indicativa de imunodeficiência celular, desde que sejam excluídas as outras causas que não a infecção pelo HIV, e todos os indivíduos que evoluem para óbito de causa natural não esclarecida suficientemente para a exclusão de doença associada à infecção pelo HIV, com soropositividade para o HIV.

O caso suspeito para o Ministério da Saúde será todo o indivíduo soropositivo para o HIV, que não se enquadra na definição de caso confirmado. Neste caso, a identificação do agente viral situa o indivíduo como caso suspeito de Aids. O manual da Comissão de Aids de São Paulo<sup>6</sup> sobre o combate à doença diz outra coisa diferente no que se refere à vigilância epidemiológica no estado de São Paulo, o que tem especial significação pela concentração de casos naquele espaço geopolítico.

No que se refere aos casos confirmados, devem continuar sendo usados os critérios do Ministério da Saúde. Entretanto, no tocante aos casos suspeitos, o manual<sup>6</sup> ressalva:

"Não usar a definição contida no citado manual do Ministério da Saúde. Rotular como caso suspeito o caso que apresentar sinais ou sintomas sugestivos de Aids e que se encontra ainda em fase de investigação diagnóstica, de acordo com a abordagem clínica convencional".

O manual recomenda ainda as situações que não devem ser notificadas, excluídas do processo de controle: os soropositivos assintomáticos, os com infecção aguda pelo HIV e os acometidos de síndrome linfo-adenopática (grupos I, II e III). Solicita, também, somente a comunicação do número de indivíduos dessas categorias em segmentos nos serviços de saúde.

Operando com critérios de notificação de casos diferentes, os números de casos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Ministério da Saúde passam a representar dois modos distintos de olhar para a epidemia. O Ministério toma como ponto de critério a detecção do vírus HIV. A Secretaria de São Paulo traz para a esfera privada do olhar médico clínico a definição de casos suspeitos e confirmados, o que é uma manobra radical em defesa da sua própria autoridade sanitária de dar valor médico para avaliar a epidemia.

O conselho de regulamentação e de controle do exercício profissional médico no Estado de São Paulo passa a veicular subsídios para que os membros da corporação aprofundem-se no conhecimento das características da síndrome e dos aspectos éticos e legais envolvidos na manipulação do paciente infectado e na proteção do indivíduo sadio.

O Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo de outubro de 1987, que discute a Aids, traz um texto específico sobre a sorologia para detecção do vírus HIV no ambiente de trabalho:

"Tendo em vista o fato de os elementos soropositivos serem funcionários de uma empresa, especial cuidado deverá ter o médico na tutela das informações de que dispõe, impedindo que está de fornecê-las a quem quer que seja sem anuência expressa dos pacientes, em especial tratando-se de médico do trabalho em relação ao seu empregador. Com relação a comunicação à autoridade sanitária, cumpre-nos informar que, no âmbito do Estado de São Paulo, a notificação compulsória é exigida em casos confirmados de Aids; não se impõe, portanto, em face daqueles que são somente portadores do HIV ou de anticorpos anti-HIV".

A perspectiva do sigilo médico no que se refere ao estado de portador do vírus HIV ou de doente de Aids abre tensões, por exemplo, em relação aos indivíduos que apresentam maior probabilidade de possuir e de transmitir o vírus. O presidente do Conselho e médico especialista em doenças infecciosas, Guido Levi<sup>8</sup>, admite o conflito:

"Em relação à infecção comprovada em indivíduos que tem alto risco de transmissão para outros, como nos casos de indivíduos que exercem a prostituição, o nosso ponto de vista é de que aí realmente há necessidade de o médico romper o sigilo. Ele deve comunicar aos órgãos públicos, à Secretaria de Saúde e essa Secretaria tem condições de exercer uma ação efetiva, até policial nesses casos. É um direito que lhe é dado pela legislação..."

Levi<sup>8</sup> confessa os seus motivos para defender o sigilo diante de muitas outras situações:

"Em primeiro lugar, porque a ética médica assim o exige, mas, em segundo, porque esta é uma maneira de contarmos com a colaboração dos indivíduos potencialmente infectados. Todas as vezes que se tentara tomar medidas contra indivíduos pertencentes a grupos de risco, eles se retrairam, passaram a não procurar mais os serviços de saúde do Estado ou particulares e o número de diagnósticos feitos passou a ser menor e, com isso, o número de orientações e aconselhamentos também passou a ser menor e a infecção se espalhou mais na comunidade".

O controle do fluxo da informação que indica o conhecimento da situação de portador do HIV ou de doente de Aids faz parte da estratégia de controle de toda a sociedade em função da existência da epidemia. A maior eficácia do exercício de vigilância disciplinar está associada ao recorte claro daqueles que estão autorizados a produzir, fazer circular e receber a informação: os médicos.

Em outubro de 1987, realiza-se a II Jornada Paulista de Ética Médica, que tem entre os seus debates específicos o tema "Ética Médica e Aids": discriminação do aidético, atenção médico-hospitalar ao aidético, responsabilidade do médico na equipe multiprofissional e sigilo médico. Nos relatórios da Jornada, aparece a denúncia do médico Paulo Roberto Teixeira<sup>9</sup> das estratégias de vigilância disciplinar:

"É uma observação absolutamente corrente os serviços médicos estarem se prestando a detectar indivíduos infectados nas empresas, sem o conhecimento do indivíduo, com a transmissão do resultado não para o paciente, mas para a empresa, que o utiliza via de regra para uma demissão".

Neste mesmo ano de 1987, no quadro de uma discussão e de definições de normas democráticas de organização social, realiza-se, na cidade do Rio de Janeiro, a 1ª Conferência Nacional de Ética Médica, com 240 delegados representando 137 mil médicos de todo o país.

A tarefa fundamental desta conferência é elaborar um código de ética médica, a partir de um projeto de resolução elaborado pelo Conselho Federal de Medicina e discutido por profissionais de todo o país, adequado ao ordenamento social que estava sendo estabelecido pelo Congresso Nacional Constituinte entre 1986 e 1988.

O Código de Ética Médica<sup>10</sup> aprovado na Conferência recebe a homologação em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina, através da resolução nº 1246/88:

"A medicina, enquanto profissão, tem por fim a promoção, preservação e recuperação da saúde, e seu exercício é uma atividade eminentemente humanitária e social. É missão do médico zelar pela saúde das pessoas e da coletividade, aliviar e atenuar o sofrimento de seus pacientes, mantendo o máximo de respeito pela vida humana, não usando seus conhecimentos contrariamente aos princípios humanitários".

O Capítulo 9 do Código de Ética Médica trata exclusivamente do segredo médico. O Artigo 102<sup>10</sup> veda ao médico:

"Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente... a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento".

O Artigo 105<sup>10</sup> faz referência ao papel do médico nas relações entre empresa e empregado:

"É verdade revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade".

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo elabora parecer específico sobre "Aids e Ética Médica", em plenária realizada em 3 de maio de 1988, a partir de elaboração do conselheiro Antonio Ozório Leme de Barros, em colaboração com o presidente do Cremesp, Guido Levi. O parecer refere-se a seis temas principais: Aids e discriminação, relação médico-paciente, Aids e instituições, Aids e medicina do trabalho e Aids e pesquisa.

Em relação a discriminação a partir da Aids, o Cremesp<sup>11</sup> esclarece:

Não há fundamento científico na conduta que preconiza a segregação dos chamados grupos de risco como forma de controlar a doença. Todos os trabalhos que têm

sido produzidos apontam para a necessidade de se obter do paciente infectado pelo vírus da Aids, sobretudo, a colaboração e ter para com ele respeito e consideração. Somente assim, compreendendo-se na medida do possível a enorme variedade de fatores que presidem, no plano existencial, afetivo e social, as relações entre cada indivíduo e o mundo que o cerca, pode-se obter uma situação favorável ao encaminhamento adequado das alternativas de abordagem dos problemas que surgem em função da doença".

Em relação ao paciente, o Cremesp orienta o médico no sentido de informar amplamente o mesmo acerca de suas condições e perspectivas, a fim de que possa exercer plenamente o direito de tomar decisões pessoais, incluídas aqui aquelas que dizem respeito ao seu bem-estar. Enfatiza-se ainda para o cuidado quando revelar o resultado de exames ao paciente, assegurando-se de comprovações antes de dar qualquer informação que lhe possa causar sofrimento desnecessário.

Em relação ao sigilo profissional o parecer do Cremesp<sup>11</sup> bate na mesma tecla:

"Aquilo que pertence à esfera da intimidade de cada um de nós, assim deve permanecer, a não ser que seu titular não o deseje. O segredo médico, portanto, é a proteção de que dispõe o paciente para que nada que seja estritamente pessoal chegue ao conhecimento de terceiros sem sua anuência".

No âmbito da medicina do trabalho, há dedicação especial ao sigilo médico nas recomendações do Conselho Regional de Medicina de São Paulo<sup>11</sup>:

"... aquele referente à informação devida pelo médico ao empregador. Alguns destes, acreditando ter este direito, têm exercido pressão sobre os médicos de suas empresas a fim de que lhes sejam fornecidos nomes de funcionários soropositivos... Tal fato configura ilicitude por se constituir em inversão indevida na esfera da privacidade de outrem; o médico que, cedendo a tais pressões, concede estas informações, viola nessas circunstâncias o sigilo profissional, posto que este procedimento não configura nenhuma das hipóteses de exclusão de ilicitude (legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular do direito)".

A epidemia de Aids torna-se poderoso; eixo regulador de: múltiplas tensões sociais, a partir dos dispositivos que aciona na regulação do comportamento sexual, do uso de drogas, das condições de: funcionamento de prisões e dos serviços de saúde, assim como da própria medicina. A Aids estabelece um diagrama de relações que funcio-

na como mapa do tecido social disciplinado e vigiado.

O contexto e os efeitos sociais da epidemia de Aids exigem que se abram outros canais de expressão para a representação e para a interpretação do fenômeno. A própria comunidade de relevância de discussão do tema se amplia, com diferentes grupos de interesses de acordo com o estabelecimento de um contrato social que previna a morte terrível.

Os veículos de comunicação serializadores convidam a todos para exporem as suas perspectivas, trazendo para a esfera pública uma avalanche de formações de discurso. É o procedimento pelo qual a ilusão coletiva de conhecer apenas confirma o poder daqueles a quem a sociedade burocratizada determina como autorizados a saber e a falar.

Um dos protagonistas deste teatro de exercício de poder é o médico especialista em doenças infecciosas e então superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Vicente Amato Neto. Amato<sup>12</sup> produz ferozes críticas em artigos publicados periodicamente, especialmente aos não autorizados, que ele designa "Achistas":

"... Achistas são os que procedem conforme as normas do achismo, conduta baseada na extrema valorização dos caprichos e impressões pessoais não apoiadas pela lógica ou documentação científica... Se levarmos em conta que hoje só podemos combater a Aids recorrendo à educação e à informação corretas... torna-se patente a imprópria influência dos achistas, que conturbam..., exigindo correções, desmentidos e retorno às justas diretrizes..."

Os chamados meios de comunicação de massa são poderosos disseminadores da epidemia de informações a partir da Aids no espaço social. Quase tudo ganha espaço na mídia: a origem do vírus, a pesquisa de vacinas, os testes com drogas antivirais, o poder dos testes sorológicos, os pacientes famosos, os casos de discriminação, a morte.

O jornal *Folha de S. Paulo*, em sua edição dominical de 27 de fevereiro de 1987, traz um encarte de oito páginas: *Tudo sobre Aids*<sup>13</sup>. A primeira página faz a representação gráfica da escalada do medo: em dezembro de 1985 apenas 50% temiam a doença e naquele momento 64% temiam a doença. A chamada explica: "Risco de morte certa muda a vida das pessoas".

A epidemia de informações não opera como simples processo de interdição das orientações e dos comportamentos, mas orienta-se muito mais no sentido de autorizar certos modos de ser e de agir consi-

derados mais seguros para o controle e a prevenção da doença. O estímulo ao uso de preservativos de borracha (camisinhas) deve ser entendido neste contexto. O fabricante da marca mais conhecida, Johnson e Johnson, afirma que as vendas aumentaram 45% apenas no ano de 1987.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define fazer do dia 1º de dezembro, todos os anos, o Dia Mundial de Luta contra a Aids, a partir de 1988. É interessante registrar que uma das iniciativas para marcar este dia é o Projeto Nomes, que busca resgatar a dimensão humana da morte daquele que foi um caso de Aids. São apenas colchas de retalhos com nomes de pessoas.

Em 1º de dezembro de 1989, o próprio Ministro da Saúde, Sergio Tsuzuki<sup>14</sup>, toma a palavra para falar publicamente:

"Ao se contar a história do final deste século, um problema ocupará lugar especial: a Aids. Pelo impacto social e epidemiológico que mundialmente tem causado, pelos esforços para preveni-la traduzidos em recursos - humanos, tecnológicos e financeiros - investidos em pesquisas para a sua cura, a Aids surge como uma doença com vários níveis de expressão... É preciso não esmorecer diante dos obstáculos que são muitos e de várias ordens. Não recuar no confronto com os estigmas e os preconceitos. O conceito de solidariedade, tão importante na relação com os pacientes e seu grupo social, deve ser ampliado... Tornar transparente cada etapa desse embate para que a população possa exercer seu direito à saúde: informando-se sobre os riscos, as formas de transmissão e mecanismos de prevenção e recorrendo aos serviços..."

A epidemia de informações a partir da circulação do vírus HIV no espaço social aumenta o processo de produção, disseminação, aquisição e uso das mesmas. A comunicação como exercício de poder exige que os grupos de interesses procurem espaços para expressar as suas próprias representações e interpretações.

As vítimas do vírus, da doença, das normas têm a sua própria representação e interpretação das epidemias. E produzem a sua própria epidemia de Informações. Um técnico em patologia clínica, servidor público estadual em São Paulo, torna-se um dos porta-vozes destas vítimas e dos desviantes: Paulo Cesar Bonfim, que ganha também espaço na mídia.

Bonfim<sup>15</sup> advoga que o controle e a prevenção da disseminação do HIV é um compromisso de todos e também esclarece a formação do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa) na cidade de São Paulo em 1985:

"Tornou-se claro para alguns cidadãos que era urgente a criação no Brasil de um grupo autônomo, sem vinculações estatais, que lutasse, juntamente com as instituições públicas, por um tratamento adequado, por parte do Estado, da questão da Aids, onde os interesses da comunidade como um todo fossem garantidos".

Bonfim precisa de aliados. Ele procura esses aliados Bonfim<sup>16</sup> cobra do Estado a ação de vigilância epidemiológica:

"São necessárias medidas eficazes que possam estruturar um serviço de saúde de boa qualidade... É preciso lutar juntos para que um dia possamos ter um serviço de saúde pública com qualidade. Cabe a cada um de nós dar sua contribuição, controlando, fiscalizando, denunciando e, por que não, elogiando e incentivando o que for merecido".

Por outro lado, Bonfim sabe dos desejos e dos interesses das vítimas e dos desviantes. Em outro momento, Bonfim<sup>17</sup> fala diretamente para os portadores do HIV:

"Se você fez o teste e o resultado foi positivo, não se desespere. Apenas redobre os cuidados, com você e com os outros. Não se descuide quanto às medidas preventivas nas relações sexuais para que você não se exponha a novos contatos com o vírus e, também, principalmente, para não contaminar outros indivíduos... Seja discreto em relação ao teste, simplesmente para não criar em torno de você um grupo de apoio... Arme-se contra a possibilidade de ficar doente... Procure comer e dormir bem. Trabalhe normalmente, desenvolvendo seu potencial naquilo que você gosta e divirta-se".

Bonfim<sup>18</sup> faz um paradoxal apelo para que se estabeleça o contrato social em torno das normas de disciplina e de vigilância do vírus e da doença:

"O trabalho de prevenção da Aids em seus aspectos informativos e educacionais, e a sensibilização para a convivência com o soro positivo e o paciente de Aids, não devem se restringir unicamente às empresas. Cabe às escolas, em todos os níveis, às associações de classe, de bairros, aos partidos políticos, enfim, à comunidade, toda a responsabilidade pelo controle, diminuição e erradicação desse terrível mal, pois a Aids é um compromisso de todos nós. Façamos de todos os dias o Dia de Combate à Aids".

Em outubro de 1989, realiza-se o 2º Encontro Brasileiro de Organizações Não-Governamentais de Prevenção, Informação e Apoio aos Pacientes com Aids, no qual se destaca a aprovação da Declaração dos Direitos Fundamentais da pessoa Portadora do Vírus da Aids.

A Aids não é uma doença, mas envolve muitas doenças e efeitos sociais. A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>19</sup> refere-se à existência de três epidemias: 1) a epidemia 'silente', em que o vírus começa a infectar e transmitir-se em cada comunidade; 2) a epidemia de doenças causadas pela imunodeficiência, que pode ser provocada pela infecção pelo HIV; 3) a epidemia de reações e doenças sociais que, mundialmente e em cada sociedade, podem ser provocadas pela Aids.

A dita terceira epidemia, as reações de preconceito, pânico, discriminações etc. constituem doenças tão graves e devastadoras quanto as que são provocadas pelo vírus. Podem ser explosivas, adoecendo sociedades inteiras. Por este motivo, devem ser enfrentadas em todos os âmbitos. Assim, surgem em todos os cantos grupos de defesa dos interesses das vítimas e dos desviantes, em organizações não governamentais (as ONGs).

O Programa Global da Organização Mundial de Saúde sobre a Aids<sup>19</sup> privilegia o papel das organizações não governamentais no controle e na prevenção da disseminação do HIV:

"A mais importante contribuição que as ONGs podem prestar a qualquer programa de controle da Aids é a experiência em trabalhos comunitários. Este enfoque pode ajudar a preencher o vazio existente entre a política nacional e a ação local. Em geral, as ONGs podem responder mais imediatamente do que os governos às necessidades locais. Coletivamente, as ONGs podem contribuir com uma vasta experiência baseada na comunidade, para qualquer estratégia, nacional ou internacional, de atendimento e controle da Aids".

As organizações não governamentais não significam, em si mesmas, organizações antigovernamentais. Elas assumem responsabilidades diferentes das dos órgãos governamentais, sendo que ambas são específicas. Criam-se redes de ações de governo e da sociedade organizada para responder ao desafio global da Aids. As ONGs se multiplicam: são 11 Gaps em todo o país no ano de 1990.

É curioso que o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids de São Paulo<sup>20</sup> cria o seu próprio código de silêncio, assumido pelo voluntário quando assina a sua filiação:

"Comprometo-me a não divulgar ou comentar em nenhuma hipótese, com qualquer pessoa estranha ao Gapa, o nome, o endereço, a profissão ou qualquer outro dado pessoal referente a qualquer paciente que esteja sendo ou tenha sido atendido pelo Grupo, mantendo o mais comple-

to sigilo às questões relativas a este trabalho, assim como respeitar as normas a serem fixadas pela diretoria ou comissão a que pertencer. Assumo total responsabilidade pelas consequências que o não-cumprimento deste compromisso, ora firmado, possa acarretar".

O poder de digerir as informações que circulam no espaço social e em transformar o que era desvio em ordem parece ser infinito. É na ameaça de morte que passam as forças necessárias para vigiar os corpos e governar as populações. O Estado e as frações endurecidas do poder usam a opção entre a miséria e o subsídio para fazer seus os saberes e os discursos que lhes eram externos.

Paulo Cesar Bonfim torna-se o coordenador do programa de controle e de prevenção da Aids da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, em 1989, na gestão de Luiza Erundina, do Partido dos Trabalhadores. No carnaval de 1990, distribuem-se 100 mil camisinhas e adota-se o *slogan* "camisinha - vista esta fantasia".

Dar exemplos vivos era uma tradição da filosofia antiga. Michel Foucault morreu com Aids em 1984. Paulo Cesar Bonfim morreu com Aids em 1993. A Aids não é uma lenda. Os trágicos versos de Caetano Veloso advertem: "Só mesmo um genocida em potencial - de batina, de gravata ou de avental - pode fingir que não vê que aqueles que tendo sido vítimas preferenciais da Aids estão na condição de liderar o movimento para deter a disseminação do HIV";

## **A EPIDEMIA DE INFORMAÇÕES: DAS TENSÕES MOLECULARES À ÉTICA DA DISCUSSÃO**

A formação histórica moderna organiza o mundo da vida a partir dos processos de urbanização dos modos de existência de industrialização da produção de riquezas e da proletarianização da força de trabalho dos cidadãos. A modernidade ergue seus vínculos e suas utopias na representação da memória e da projeção das ficções da história.

O uso da razão dirige a sociedade que situa o esclarecimento como instrumento seguro e promissor do verdadeiro controle da natureza e da sociedade. As relações dos homens com as coisas, consigo e com os outros inscrevem-se no processo de aprisionamento dos acontecimentos no espaço das construções metafísicas.

Apesar dos otimismo com uso da razão, no sentido do esclarecimento e de emancipação do homem da escravidão da vida nas cavernas sem luz, a expansão das produções racionais e das linguagens autorizadas pelo espaço social não tiveram apenas o efeito de maior domínio da natureza pelo homem, mas também um maior domínio do homem pelo homem.

Na sociedade moderna, a racionalidade estratégica da contabilidade do capital e a separação do trabalho organizado de todos os critérios do trabalho doméstico imediato e do valor de uso, do ritmo da fome e da satisfação são as principais forças subjacentes à racionalização formal.

A estrutura da sociedade moderna molda-se através do trabalho, por um tipo de trabalho remunerado, regido pelo mercado, aproveitado de forma capitalista e organizada empresarialmente. Este trabalho abstrato desenvolveu uma força tão percuciante, que penetrou todos os domínios do mundo da vida natural e social.

Max Weber\* estuda o fenômeno de colonização do mundo da vida pela razão em sua forma metódica e científica, isto é, vinculada ao estatuto da verdade. Weber analisa o modo pelo qual a sociedade aparentemente amorfa se transforma em espaço dotado de racionalidade e de sentido. Esta racionalidade articula o sentido da ação social, onde a dominação de uns por outros aparece como se aqueles tivessem adotado como seus o conteúdo da vontade manifesta do dominante.

A dominação é uma forma de poder, mas não é idêntica ao poder. A dominação expressa-se como organização e se manifesta sob a forma de governo. Weber distingue três modos básicos de dominação: a carismática, a tradicional e a burocrática. A dominação burocrática busca a sua legitimação no primado da regra racional estabelecida pela própria burocracia. O legislador define a verdade, o que resulta em formalismo como um aspecto fundamental.

A burocratização de todas as esferas do mundo da vida social significa o ordenamento de um certo tipo de dominação e de sua subjetividade correspondente. As organizações sociais burocráticas não participam da reprodução pura e simples de uma formação histórica, mas de sua reprodução sempre transformada.

A sociedade organizada em sua forma burocrática opera com a discriminação do conhecimento e da informação. A hierarquização a partir de valores funcionais adequados ao poder do capital e das forças

dominantes demarcam as desigualdades de forma sutil, mas nem por isso menos eficaz do que aquelas advindas das relações de propriedade dos meios de produção de riquezas.

O conceito de competência tem a função precisa de marcar a desigualdade em uma esfera que não é mais aquela tradicional das capacidades e talentos, mas em uma outra, produzida pela sociedade burocratizada: a desigualdade entre os detentores do saber e os despossuídos. A competência acrescenta a regra de interdição que pesa sobre a regra de exclusão. A estas duas regras, uma terceira vem acrescentar-se: o monopólio da informação e, conseqüentemente, do saber e da sua manipulação.

Chauí<sup>22</sup> fala de forma clara sobre o lugar da informação na organização social:

"Seja qual for o estatuto econômico, a posição dentro de um sistema global de dependências sociais, um indivíduo participa da vida social em proporção ao volume e a qualidade das informações que possui, mas, especialmente, em função de sua possibilidade de acesso às fontes de informação, de sua possibilidade de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de intervir como produtor de saber".

O discurso competente é o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que pode ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e de ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram pré-determinados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência.

No mundo burocrático e organizado pelo conhecimento do homem, passa a relacionar-se com a vida, como o corpo, com a natureza e com os demais seres humanos por meio de mil pequenos modelos científicos nos quais a dimensão propriamente humana da experiência desapareceu. Em seu lugar, surgem milhares de artifícios mediadores e promotores de conhecimento que constroem a todos a se submetem à linguagem do especialista que detém os segredos da realidade vivida e que permite ao não especialista a ilusão de participar do saber.

A racionalidade moderna deve ser vista como a superioridade de uma forma espe-

cial do conhecimento, que funciona como estrutura de explicação e ordenamento das coisas e do mundo e como princípio regulador das relações entre os homens. Esta racionalidade corresponde à formação de uma sociedade em que modo de conhecimento e de informação determina os vínculos e a organização social.

É neste contexto de discussão sobre o lugar do conhecimento e da informação, das estratégias de sua produção, organização e disseminação que se revelam as diferentes perspectivas na representação e na interpretação do esgotamento das energias da racionalidade moderna e de recomposição da intersubjetividade.

A informação no contexto da comunicação humana tem sido ela mesma observada pelo olhar metódico produtor do saber e do discurso qualificado de verdade. A noção básica comum em todos os usos da palavra informação é a idéia de estruturas que são modificadas, donde ele retira o conceito de que informação é aquilo que é capaz de transformar estruturas.

A ciência da informação produz a objetivação para facilitar a comunicação de informação entre as ações humanas, participando da estruturação dos textos e das mensagens pelo emissor para afetar as estruturas de cognição do receptor. Isto implica que o emissor tenha conhecimento das estruturas do receptor.

Goffman<sup>23</sup> descreve a ciência da informação como o campo interdisciplinar que emerge com o processo de proliferação do conhecimento científico no pós-guerra. O seu conhecimento de uma disciplina científica da informação agrupa as abordagens de vários fenômenos envolvidos na noção de informação, que exige o estudo dos princípios do comportamento de todos os processos de comunicação e dos sistemas de informação associados.

Goffman<sup>24</sup> elabora uma teoria geral da comunicação no quadro disciplinar da ciência da informação, em que esta aparece como o estudo privilegiado dos processos de comunicação orientado para três problemas: o comportamento, a representação e a metáfora dos processos epidêmicos e suas representações matemáticas para a otimização e a estabilização de sistemas de comunicação, especialmente para melhorar a *performance* de recuperação da informação.

Goffman<sup>24</sup> considera o concerto fundamental que marca o comportamento da comunicação a noção de contágio, claramente um fator determinante que aparece em dois processos de comunicação muito familiares, designados de transmissão do conhecimento e de transmissão de doenças.

\* Apud PRESTES MOTTA, BRESSER PEREIRA<sup>21</sup>

Existem muitas características semelhantes entre os dois processos: no caso das doenças, nós estamos nos referindo ao material infectante que pode ser transportado e transmitido, enquanto, no caso do conhecimento, trata-se de transporte e transmissão de idéias, boas ou más, dependendo do ponto de vista.

Por sua vez, as noções primitivas de conhecimento, de informação e de idéias compõem a mesma relação umas com as outras que no caso das noções primitivas de doença, agente e material infectante. Na transmissão de conhecimento, as idéias jogam as mesmas regras do material infectante; informação corresponde ao agente cujo material infectante é transmitido e a interação entre um indivíduo e uma idéia podem ou não resultar em uma acumulação de conhecimento, da mesma forma que a interação entre um indivíduo e o material infectante pode ou não resultar em um caso de doença.

No modelo usado por Goffman<sup>24</sup>, existem dois elementos necessários para o desenvolvimento do processo epidêmico: uma população específica e a sua exposição ao material infectante. Os membros desta população podem ser distribuídos em uma das três classes mutuamente exclusivas que são feitas a partir do fator tempo: infectantes, susceptíveis e excluídos.

Os infectantes são os membros da população que são hospedeiros do material infectante. Os susceptíveis são os que podem se tornar infectantes (ou infectados) a partir do contato com o material infectante. Os excluídos são aqueles que foram removidos de circulação por várias razões, da imunidade à morte. Estes membros podem ter sido infectantes ou susceptíveis antes de serem excluídos.

Este processo de interação é dependente do fator tempo, isto é, uma seqüência de eventos acontece descrevendo um determinado comportamento. Um indivíduo está exposto ao material infectante pelo contato direto com um infectante ou por meio de um hospedeiro intermediário. O indivíduo exposto pode ser resistente ao organismo infeccioso e, neste caso, este é rejeitado, ou pode ser infectado por ele, e neste organismo infeccioso desenvolve um processo invasor.

Goffman<sup>24</sup> usa este processo analógico entre a epidemia e a comunicação para modelagens, que lhe serve de suporte para a construção de sistemas de recuperação da informação. Ele trabalha com o desenvolvimento da teoria matemática da epidemia para estudar os processos de comunicação, com as suas representações probabilísticas e estocásticas.

Este processo de aproximação analógica da representação dos processos sociais das epidemias e da comunicação insere-se ainda na tradição moderna de dominação racional da natureza, das coisas e dos homens. A própria ciência da informação configura um meta discurso sobre as representações e as interpretações do saber e do conhecimento.

Entretanto, os contextos sociais evidenciam o esgotamento da modernidade e da subjetividade que lhes correspondem. O limiar do século XXI abre-se como o espaço virtual de sérias ameaças mundiais à vida, aos corpos e às populações: a espiral armamentista, a difusão incontrolada de armas nucleares, o empobrecimento estrutural dos países em desenvolvimento, o desemprego e os desequilíbrios sociais crescentes nos países desenvolvidos, os problemas com o meio ambiente sobrecarregando, as altas tecnologias operadas às raias da catástrofe. Guattari<sup>25</sup> adverte para estes perigos.

O paradoxo se mostra por toda parte: de um lado, o desenvolvimento contínuo de meios técnicos e científicos potencialmente capazes de resolver os problemas sociais e ecológicos dominantes e determinar o reequilíbrio das atividades socialmente úteis sobre a superfície do planeta e, de outro lado, a incapacidade das forças sociais organizadas e das formações subjetivas constituídas de se apropriarem desses meios para torná-los operativos.

Nossa época exacerba a produção de bens materiais e simbólicos em detrimento dos territórios existenciais individuais, engendrando um imenso vazio na subjetividade que tende a se tornar cada vez mais absurda e sem recursos. O que está em questão são as reconstruções dos modos de ser. Elas podem ser operacionalizadas não apenas por mutações na subjetividade, mas também por ação comunicacional.

Trata-se, então, de buscar os pontos de ruptura nas estruturas sociais e os esboços de uma outra economia do desejo. Olhar as partes mais móveis da sociedade que tentam mudar, sem a dependência do pretensamente normal e verdadeiro. É apostar nas minorias, que podem querer ser definitivamente minoritárias. É a revolução molecular de que fala Guattari<sup>26</sup>.

O exercício da vontade articula as batalhas contra todas as formas de coerção e de controle, explode com os diagramas da disciplina e da vigilância. Esta autonomia pode ser encontrada no próprio tecido social, em que se formam núcleos de vontade coletiva de singularidade das coisas, dos pensamentos e das sensibilidades.

Não se trata de se perguntar se se deve ou não se organizar, mas se se está ou não

reproduzindo a subjetividade dominante. Só haverá autonomia para a reapropriação da vida, à medida que os grupos sociais de base forem capazes de escolher para si próprios onde agenciar os seus desejos.

A estratégia de combate penetra infinitesimalmente o tecido social, cultivando o dissenso e a produção singular da existência. Cada um com seu grupelho! No reino das organizações de base, os grupelhos aceitam ser o que são, em tal número, que podem substituir as instituições da sociedade moderna.

Na arena das batalhas cotidianas, não luta diretamente por dinheiro ou por poder, mas por definições. Trata-se da integridade e da autonomia dos estilos de vida, como, por exemplo, a defesa de subculturas tradicionalmente estabelecidas ou a transformação da gramática das formas de vida. Estas lutas têm lugar no espaço da comunicação cotidiana e, apenas eventualmente, condensam-se em formações subjetivas mais complexas.

Tais cenários são o espaço de possibilidade da formação daquilo que Habermas<sup>27</sup> designa de esferas públicas autônomas, que se põem em comunicação umas com as outras tão logo o seu potencial é direcionado para a auto-organização e para o emprego auto-organizado dos meios de comunicação. As formas de auto-organização reforçam a capacidade coletiva de agir.

Habermas<sup>28</sup> avança para além do espaço restrito das esferas públicas autônomas em direção ao empreendimento intersubjetivo de uma ética da discussão. A fixação de uma orientação para a ação coletiva, a coordenação de intensões individuais e os acordos práticos necessitam de uma argumentação para que sejam justificadas e legitimadas.

A ética da discussão proposta por Habermas<sup>28</sup> deriva: de uma concepção construtivista da aprendizagem, na medida em que compreende a formação discursiva da vontade como forma de reflexão do agir comunicativo e na medida em que exige, para a passagem do agir para a discussão, uma mudança de posicionamento ético no espaço social.

A organização social autônoma ultrapassa os marcos estritos das reivindicações econômicas e sociais, buscando a liberação total da sociedade. Ela está próxima dos sistemas acentrados, redes de autômatos finitos, onde a comunicação se faz a outro vizinho qualquer, onde os canais são pré-existentes, onde os indivíduos são todos intercambiáveis, definindo-se somente por um estado em um dado momento, de tal modo que as operações locais se coordenam e o resultado final se sincroni-

za independentemente de uma estrutura central.

A forma do rizoma apropriada pela revolução de Guattari<sup>26</sup> se aproxima desta autonomia. A solução sem general encontra a multiplicidade acentrada, que comporta um número finito de estados e de sinais correspondentes de velocidade do ponto de vista de um rizoma de guerra ou de lógica de guerrilha, sem se calcar em um, ou sem copiar uma ordem central. Esta multiplicidade, arranjo ou sociedade rejeita como intruso todo elemento centralizador ou unificador.

As condições sociais em termos de qualidade dos ganhos e perdas, ultrapassando a idéia de uma organização racional da produção e da distribuição das riquezas, está cada vez mais vinculada às estratégias da comunicação. A multiplicação das comunicações possibilita a socialização dos indivíduos, reduzindo a sua inércia de conjunto, com suas condutas de defesa estereotipadas, estimulando as condutas inovadoras e desejosas de autonomia.

## Aids - virus and information epidemics

### Abstract

*The contemporaneous historical formations differ from each other in the way they face the organization of knowledge and the production of society as well as in the processes of communication. This post-modern non centered society faces the ending of rationality, of the links and the utopia of work. Foucault's medical diagram structures the archaeological investigation of the Aids in São Paulo city in the 80's. The genealogy represents the context of discussion and the languages games in the construction of the rules for the body discipline and the vigilance of the population in order to control and prevent the lethal disease. Medicine works with the technologies of the view and the strategies of power, articulating the forces in the system of epidemiological vigilance, the desire and the interests in the rational organization of the world of life. Aids highlights this eye of power which produces reality from virtual danger. The affirmation of finitude of the human being creates the possibility for knowledge and discourse to mediate the relations of man with himself and with the others. The rational world produced freezes the differences in the way knowledge and information are organized, communicated and used. In the context there is an epidemic of information which has its origins in Aids, a game of forces in the field of knowledge.*

### Keywords

*Aids/Clinical and social medicine; Aids/Information/social communication.*

A discussão do contexto social contemporâneo parte da observação da modernidade esgotada, o que faz com que muitos pensadores se fixem na peculiaridade das situações cotidianas e abandonem as utopias de uma sociedade plenamente ordenada. Aceitando ou não a designação de pós-moderna, a sociedade não se reconhece mais nas construções racionais que produzem e justificavam os vínculos e a organização da modernidade.

A multiplicidade de teorias elaboradas para a representação e a interpretação do mundo da vida ordenado pelo conhecimento e pela informação, que se enfraquecem a cada dia, apenas expressa a perplexidade do ser humano que se descobre incapaz de dominar de modo absoluto as forças que traz em si e que interagem com os outros.

Deleuze tenta, de modo bastante simples, confortar este ser humano atônito:

"Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico, que deixa então de ser teórico, é porque ela não vale nada ou que seu momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras: há outras para serem feitas", (*apud* Foucault<sup>29</sup>).

Os revolucionários moleculares, não importa a designação que recebam, dirigem-se aos desejos que protestam, procurando aliados. Precisam de aliados. E têm a impressão de que estes aliados já existem, que não esperam por nós, que há muitas pessoas que estão fartas, que pensam, sentem, trabalham e falam em direções análogas.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
2. \_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: história das violências nas prisões*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1984.
3. \_\_\_\_\_. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
4. REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Lei Federal nº 6.259/75*, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações e sobre a notificação compulsória de doenças.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Recomendações para a prevenção e o controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA/AIDS)*. Brasília, 1987.
6. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *AIDS: como combater*. São Paulo, 1989.
7. AIDS. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, set./out. 1987.
8. SIGILO médico na AIDS: aspectos médicos e legais. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, set./out. 1987.

9. 11ª JORNADA Paulista de Ética Médica. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, nov./dez. 1987. (encarte).
10. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.246/88*: homologa o Código de Ética Médica. Rio de Janeiro, 1988.
11. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. AIDS e Ética Médica. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, mai./jun. 1988. (encarte)
12. AMATO NETO, V. Achistas, oportunistas e outros istas no contexto da AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 30 ago. 88. p. C-2.
13. TUDO sobre AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 22 fev. 87, 8p. (encarte).
14. TSUZUKI, S. O desafio chamado AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 dez. 89. p. 03.
15. BONFIM, P.C. AIDS - compromisso de todos nós. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 29 dez. 87. p. C-2.
16. \_\_\_\_\_. Vampirismo. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 03 nov. 87. p. C-2.
17. \_\_\_\_\_. Quem se interessa pelo teste HIV? *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 21 jun. 88. p. A-12.
18. \_\_\_\_\_. Susan Sontag e o convívio com as doenças. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 18 out. 88. p. C-2.
19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Programa Global sobre AIDS*. Relatório da OMS. Genebra, 1988.
20. GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO DA AIDS DE SÃO PAULO. *Curriculum Vitae*. São Paulo, 1990 (apostila),
21. PRESTES MOTTA, F. C., BRESSER PEREIRA, L.C. *Introdução a organização burocrática*. 6 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986:
22. CHAUI, M.S. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 1980.
23. GOFFMAN, W. Information science: discipline or disappearance. *ASLIB Proceedings*. v. 22, n. 12, p. 589-96, Dec. 1970.
24. \_\_\_\_\_. A general theory of communication. *A unifying theory*. New York: se, p. 726-47, sd.
25. GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.
26. \_\_\_\_\_. *A revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
27. HABERMAS, J. A nova intransparência: a crise do Estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. In: *Novos Estudos*, n. 18, p. 103-14, set.1987.
28. \_\_\_\_\_. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
29. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. e Org. de Roberto Machado. 6 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

*Artigo aceito para publicação em 18 de outubro de 1993.*

### Clóvis Ricardo Montenegro de Lima

Médico especialista em Medicina Tropical e Mestre em Ciência da Informação e em Administração Hospitalar e de Serviços de Saúde.