

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ**

DRAUZIO VARELLA
(Entrevista)

Ficha Técnica

Projeto de pesquisa – A fala dos comprometidos: ONGs e AIDS no Brasil

Entrevistado – Antonio Drauzio Varella (DV)

Entrevistadores – Dilene Raimundo do Nascimento (DN) e Ana Paula Zaquieu (AP)

Data – 02/05/1998 e 09/05/1998

Local – Rio de Janeiro, RJ

Duração – 3h14min

Transcrição – Regina Vidal

Conferência de fidelidade – Ives Mauro Junior

A citação de trechos da transcrição deve ser textual com indicação de fonte conforme abaixo:

VARELLA, Antonio Drauzio. *Drauzio Varella. Entrevista de história oral concedida ao projeto A fala dos comprometidos: ONGs e AIDS no Brasil, 1998*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 64 p.

Sumário

Fita 1 – Lado A

A infância em um bairro operário em São Paulo; a origem europeia, pais, avós, o cotidiano no cortiço de imigrantes e a morte prematura da mãe; diferenças culturais entre espanhóis e portugueses; dedicação do pai ao trabalho e o esforço que os filhos fossem universitários; ingresso na faculdade de medicina da USP e o trabalho como professor de cursinho pré-vestibular; temperamento autoritário do pai; desempenho 'mediocre' ao longo do curso de medicina e sua conclusão; período de indefinição profissional, encontro com Vicente Amato e a ida para o hospital do Servidor Público; o grande interesse por medicina contrapondo-se ao descaso com o curso médico; contato com a equipe médica do Hospital dos Servidores, interesse por imunologia e a grande virada profissional, no início dos anos 1970; avanços nas pesquisas em imunologia e a aproximação com a oncologia; a pesquisa clínica com o uso de BCG oral em pacientes com Melanoma.

Fita 1 – Lado B

O sucesso e a repercussão das primeiras pesquisas clínicas com BCG oral em doentes com Melanoma; intercâmbio com o hospital Memorial de Nova Iorque, ida para Nova Iorque, em 1983, e o primeiro contato com casos de Sarcoma de Kaposi em doentes de AIDS; o despreparo dos médicos em lidar com a doença, comentário sobre os altos índices de morbi-mortalidade da Síndrome, perfil 'chic' dos primeiros contaminados e o contato com os doentes homossexuais; a 'antevisão' da ampla rede de transmissão heterossexual da doença no Brasil; considerações sobre os mecanismos gerais de transmissão dos agentes infecciosos; ênfase no equívoco científico da apressada associação da AIDS à comunidade homossexual e consequências para o controle futuro; crítica ao preconceito contra os homossexuais; condicionantes genéticos do comportamento sexual; a alta contagiosidade das drogas injetáveis e a ineficácia das campanhas de distribuição de seringas descartáveis; comentário sobre a experiência com uma 'roda de baque' (roda de usuários de cocaína injetável), assistida e gravada em São Paulo, e a descrição do comportamento dos envolvidos; alternativa de prevenção entre os usuários de drogas: substituição da droga injetável pelo 'crack'; a experiência com usuários de drogas no Carandiru/SP.

Fita 2 – Lado A

As diferenças de ação e efeito entre a cocaína injetada, inalada e o crack no organismo humano; a experiência de substituição da droga injetada pelo crack entre os presos do Carandiru; os efeitos nocivos do crack e da cocaína inalada; a pesquisa conduzida entre os presos do Carandiru e o trabalho de intervenção: estratégias de persuasão, atendimento clínico, informações básicas sobre a transmissão da AIDS, contaminação via droga injetável; os sinais de sucesso da iniciativa; efeito da proximidade dos presos com a AIDS e o medo da morte como uma possível explicação da substituição da droga injetável pelo crack; a subnotificação da doença e seus problemas; a predileção pela oncologia e o fascínio pelo desafio à morte; os avanços da ciência médica e o papel do médico junto ao paciente; relação de complementaridade entre a arte (as relações humanas) e a técnica (o saber científico) no processo de cura; comentários sobre a fundamentação técnico-científica da chamada medicina alternativa.

Fita 2 – Lado B

A interação entre técnica e relações humanas como o caminho para a medicina do futuro e a mudança na relação médico-paciente; episódios de desrespeito no atendimento ao paciente presenciados em seu período de 'interno' no Hospital das Clínicas/SP; a precariedade dos hospitais públicos no Brasil, o equívoco na concepção do Estado como entidade prestadora dos serviços de saúde e a experiência como chefe do serviço de oncologia num hospital do INAMPS; a reação de seus pacientes diante do diagnóstico de AIDS; impacto dos novos tratamentos sobre os soropositivos e mudanças na concepção da doença.

Fita 3 – Lado A

A ascendência europeia, o sentimento de pertencimento à cultura brasileira e a opção por viver no Brasil; exaltação à diversidade cultural do Brasil e comparação entre as características culturais dos brasileiros e dos europeus; seus casamentos; comentários sobre o comportamento contraditório dos detentos do Carandiru diante da morte e do diagnóstico de AIDS; comentários sobre as campanhas de prevenção; o equívoco das iniciativas de distribuição de seringas como meio de prevenção da transmissão da doença; a experiência de substituição da droga injetável pelo crack entre os detentos do Carandiru; as especificidades culturais dos países europeus onde a experiência apresentou resultados significativos; o costume de partilhar a droga como uma característica que inviabiliza a eficácia dos programas de distribuição de seringas individuais; a experiência com campanhas de prevenção em emissoras de rádios paulistas e a eficácia das campanhas voltadas para públicos específicos; comentários sobre a campanha do “Bráulio”; o equívoco das campanhas de carnaval; a questão dos preservativos e a reduzida oferta no mercado brasileiro; a importância de campanhas objetivas e tecnicamente engajadas.

Fita 3 – Lado B

A intervenção da Igreja e a influência de interesses políticos no processo de elaboração das campanhas; defesa por campanhas menos políticas e mais técnicas; avaliação positiva da atuação das ONG's/AIDS no Brasil; as condições que propiciaram a proliferação do vírus HIV nas comunidades homossexuais; o pioneirismo das ONG's/AIDS; participação na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo no início dos anos 1990; o projeto de prevenção às DST's; os resultados práticos durante sua participação no governo; a burocracia e irracionalidade dos meios adotados pelos técnicos do governo de São Paulo para a gestão do empréstimo do BIRD destinado ao controle e prevenção da AIDS no Brasil, no início dos anos 1990; avaliação dos resultados destes empréstimos; descrição dos avanços gradativos no tratamento clínico da doença e as dificuldades iniciais em diagnosticar as doenças oportunistas; os efeitos limitados dos primeiros medicamentos disponíveis para o controle clínico da doença; o impacto de sua entrevista num programa de TV sobre estes medicamentos e a rápida liberação de novos medicamentos; a divulgação impactante dos avanços da medicina sobre a comunidade médica como estratégia para os médicos se atualizarem; o grande avanço clínico representado pelos 'inibidores de protease'.

Fita 4 – Lado A

Razões que permitem que doentes de AIDS com elevada carga viral e baixíssimo número de CD4 não desenvolvam doenças oportunistas; a formação genética dos vírus, a ação do vírus HIV e possíveis formas de combatê-lo; os possíveis efeitos colaterais, a longo prazo, das novas terapias anti retrovirais; avaliação dos congressos científicos internacionais; crítica ao comportamento dos ativistas europeus e americanos; garantia de uma maior sobrevida proporcionada pelos retrovirais; o alto índice de desistência durante o tratamento e as dificuldades encontradas pelos pacientes em mantê-lo; a convivência com a morte frequente de pacientes; o fascínio pelos desafios da oncologia; a descoberta, depois de anos de medicina, do importante papel do médico nos últimos momentos de vida dos pacientes em fase terminal; a relação com a morte e a Aids: o caso de seu irmão.

Fita 4 – Lado B

A serenidade do irmão durante o tratamento; sobre a sua relação pessoal com a morte; a AIDS como um dos resultados do processo liberação sexual dos anos 1960; o impacto da AIDS sobre o comportamento sexual da juventude.

Data: 02/05/1998

Fita 1 – Lado A*

DN – Vamos dar início a entrevista com o Doutor Antonio Drauzio Varella para o Projeto “A Fala dos Comprometidos: ONGs e AIDS no Brasil”. Hoje são 2 de maio de 1998, estamos no Rio de Janeiro, os entrevistadores são Dilene Raimundo do Nascimento e Ana Paula Zaquieu.

Doutor Drauzio, a gente tava, é... querendo que o (*ruído*) senhor contasse pra gente quando nasceu, é... onde foi, como é que foi, em suma, a sua infância, sobre os seus pais...

DR – (*muito ruído*) Eu nasci no Brás, em São Paulo. Brás é um bairro de imigrantes, um bairro operário. Um bairro cheio de fábricas... um bairro cinzento, completamente cinzento o bairro, não tinha um verde. Se você quisesse ver uma árvore, você tinha que andar uns três, quatro quarteirões, que tinha um larguinho, aí no largo tinha árvore. Então, nasci no meio da cidade mesmo, do concreto de São Paulo. Meu pai imigrante... meus avós paternos eram imigrantes. Meu avô era pastor de ovelhas na Espanha, aí ele veio para o Brasil com 12 anos, sozinho e... começou a se virar e fazer a vida dele. Aí casou...

DN – Ele veio pro Brasil e foi direto pra São Paulo.

DR – Foi direto pra São Paulo. Aí de São Paulo mandaram ele pra Jaú, que era lugar de café... Na época eles pegavam os imigrantes e jogavam tudo pra lá, pras plantações de café. Tinha acabado a escravidão, né? Então não tinha mão-de-obra. Mas ele era um cara esperto, foi se virando, se virando e um dia foi pra São Paulo, aí comprou uma carroça, aí começou a fazer carretos de carroça e acabou tendo uma companhia de carroças. E ele... recebia a espanholada toda que vinha pra São Paulo, ele, ele organizava, arranjava emprego e tal, era um tipo assim de líder comunitário da, da colônia espanhola lá. Mas ele, no Brasil, casou com a minha avó que era espanhola também, e ele não, não deixou ensinar espanhol pros meninos, meu pai, meus tios. Ele falava: “Não ensino espanhol de jeito nenhum. Porque vocês são brasileiros, se você ensinar espanhol eles podem correr o risco de voltar pra Espanha.” (*risos*) Aí morreu muito mocinho. Ele morreu moço e a minha avó criou os três filhos, né? Meu pai e dois irmãos. Do meu lado materno, meus avós também eram imigrantes portugueses, o meu avô era de Trás dos Montes e a minha avó era da cidade do Porto. Engraçado, que ela era analfabeta, não sabia ler nem escrever e ele lia o jornal pra ela. Então, essa imagem do meu avô sentado na cadeira de balanço, sempre com umas camisetas desse tipo assim e ficava lendo o jornal pra ela, mas ela tinha desprezo por ele, por ela ser do Porto e ele de Trás dos Montes e como aqui, um fosse do Rio e o outro fosse, sei lá, da Bahia, uma coisa assim. (*risos*) Mas pior, né? O trasmontino lá, o cara é considerado assim... como o Nordeste no Brasil, né? Tem um preconceito social forte. Ele... aí a minha mãe...

DN – Mesmo ela casada com ele, ela manteve esse, esse preconceito em relação a ele.

* **LEGENDA:**

Palavra sublinhada: demonstra ênfase na fala.

Ininteligível ou inaudível: palavras incompreensíveis devidos a problemas de gravação ou fala.

DR – Mantinha. Ela falava com desprezo. Ela falava com desprezo: “Tu és de Trás dos Montes!” (*com sotaque*) Toda vez que eles se desentendiam, ela jogava na cara dele. E depois meu pai casou com a minha mãe, meu pai estudou até o nível médio e a minha mãe, eles casaram e não tinham dinheiro para nada, porque o meu avô deixou umas casas pra minha avó e a minha avó criou os filhos com o aluguel dessas casas, criou sem faltar nada, mas naquele regime de só o absolutamente essencial, né? Aí, mas no fim, com o passar dos anos, essas casas foram ficando velhas, né? Foram se deteriorando, o Brás mesmo já foi um bairro que as coisas começaram a se desvalorizar um pouco... no final da vida dela estava difícil mesmo pra ela, tinha o suficiente para ela só e a gente morava numa... o Brás tinha umas coisas engraçadas, essas casas, eles faziam uma coisa comprida assim e faziam uns quartos grandes, desculpe. Um assim dois... dois não. Três, quatro, cinco, um enfileirado do outro. Aí faziam um banheiro coletivo, um banheirinho só pra todas as pessoas, um banheiro, um tanque e aí vinham as cozinhas que eram puxados que eles faziam, assim bem simplesinha, assim no fundo, as cozinhas, cada família cozinhava. E no fundo tinha um galinheiro e aqui, um quarador que era uns caixotes e umas lâminas de zinco assim. Os gatos quan...

DN – Que era comum a todos?

DR – Comum a todos. O varal e o quarador. Mas naquela época não usava muito pendurar roupa. Quer dizer, pendurava, lógico. Mas o pessoal gostava de pôr a roupa no sol, né? Deixar a roupa apanhar sol, e tal. Então, a casa era assim. E cada quarto desse morava uma família. E tinha um porão, que eles faziam não sei pra que era aquilo ali. O pessoal punha (?), ficava cheio de rato, era um inferno o porão. Eram porões úmidos, sabe? Um cheiro de mofo, uma coisa horrível. E... então, eu nasci numa casa dessa.

DN – É o que na época se chamava cortiço.

DR – Era um cortiço. Só que era um cortiço diferente do cortiço de hoje, né? Porque não tinha miséria, ninguém passava fome. Era todo mundo pobre e tal, mas fome ninguém passava. E não tinha... e era uma... era um pessoal (?) (*sussurrando*), eles brigavam, era cheio de problemas. E... mas era uma vida meio comunitária, né? Porque ficava todo mundo um encostado no outro, cada família morava numa... tinha que dividir banheiro, essas coisas.

AP – Eram todas famílias de imigrantes?

DR – Eram sempre imigrantes. Filhos de imigrantes ou imigrantes mesmo. O nosso tinha três dormitórios: na frente morava uma família de um senhor que eram portugueses, no meio morava uma filha de italianos, se falava italiano na rua... eu até hoje... eu não falo porque nunca mais falei, mas eu entendo tudo de italiano e começo a falar e saio falando, mal mas saio falando, porque aprendi quando era criança na rua, se falava italiano muito ali, palavras ainda misturadas de italiano e português. Os homens saiam de manhã cedinho com umas marmitas e iam pro trabalho, assim bem cedo, ainda escuro, eram operários, né? Aí no fim do dia voltava todo mundo pra casa. E a molecada era criada na rua, por que não tem jeito, num quarto, você ia deixar a criança brincando num quarto? Não tinha televisão, não tinha nada. Você acordava, você tomava café da manhã e era proibido de entrar dentro do quarto, de casa. Só quando tinha uma razão pra entrar, entendeu? Aí tudo bem, mas tinha que pedir autorização pra mãe pra entrar dentro do quarto. Porque devia ser um inferno. Imagina aquele bando de

criança entrando, pé sujo, o diabo. As mulheres não deixavam as crianças entrarem em casa de jeito nenhum. Ficava na rua ou brincando no quintal, ali se quisesse. Então, eu acordava ia pra rua e jogava futebol até... olha, era o dia inteirinho a gente jogava futebol, o dia inteirinho. Sete... (*abafado*) sete e meia, oito horas tava saindo na rua, futebol até a hora do almoço. Aí, as mães apareciam na porta chamavam um, dois, quando começava a desfaltar muito o time tinha que parar o jogo, aí todo mundo ia almoçar. Acabava o almoço, voltava e começava o futebol outra vez. Então eu fui criado assim. E aí minha mãe morreu quando eu tinha quatro anos. Minha mãe morreu. Teve uma doença horrível, uma doença chamada astenia grave, a pessoa vai ficando fraca, sabe? Vai perdendo a musculatura, ela tinh... era mocinha tinha 32 anos... 32 anos ela tinha. E ela foi ficando fraca, fraca, fraca e morreu.

AP – Vocês eram quantos irmãos?

DR – Éramos três irmãos. Eu, o meu irmão mais novo e a minha irmã mais velha... E... e aí nós passamos a morar na casa da minha avó que era... a casa era bem próxima. E o... e o meu pai...

DN – Avó materna?

DR – Materna. Minha vó materna. E meu pai, um cara super trabalhador. Mas fanático pelo trabalho, né? Tinha dois empregos, passou a vida assim, tinha dois empregos, trabalhava numa empresa... siderúrgica como contador e a noite trabalhava numa repartição pública. Trabalhava no... Departamento de Investigações. Que era polícia, ele era chefe da seção de arquivos. Naquela época o arquivo era... tudo anotado na mão, né? (*risos*) E ele dirigia essa seção, era cheia de estante, assim. Então se eu queria falar com o meu pai à noite, (?) eu tinha que encontrar com ele no trabalho, que em casa eu não via ele de jeito nenhum. Ele saía de manhã, voltava pra almoçar, eu já tava na escola a hora que ele chegava aí, ele... à noite... ele... chegava meia-noite e meia, uma hora mais ou menos...

DN – E aí você já tava dormindo.

DR – Eu já tava dormindo. Aí via ele de manhã, mal humorado. Que de manhã ele acordava de mal humor desgraçado (*risos*), coitado.

DN – Era comum. (*risos*)

DR – Coitado(*risos*). Coitado. Então, é mais ou menos isso.

DN – E aí, quer dizer, quem cuidou da, da, da formação...

DR – Aí casou outra vez... desculpa. Ele casou de novo, o meu pai. Casou de novo quando eu tinha 10 anos. Aí nós saímos do Brás. Aí ele comprou um sobradinho na Vila Mariana que é um bairro de classe média de São Paulo. Aí desse outro casamento ele teve mais uma filha, que é 11 anos mais nova do que eu. E ele, engraçado o meu pai... porque os espanhóis... eu sempre comparei muito o lado português com o lado, lado... espanhol, os espanhóis são muito rígidos, né? (?) (*sussurrando*) são voluntariosos, eles quando querem uma coisa eles lutam para conseguir aquilo. Os portugueses são mais ou menos semelhantes só que são mais malandros (*risos*). Os portugueses são mais

malandros. O espanhol casa, fiel à mulher, tem aquel... acredita na lealdade. Os portugueses já são meios bandalhas, tinha portugueses que tinham duas mulheres, (risos) duas famílias, engraçado isso. Mas ele, desde que a gente era pequeno ele dizia: “Eu vou pôr meus filhos na universidade. Eu vou trabalhar dia e noite, mas eu vou pôr os meus filhos na universidade.” E as pessoas riam dele. Imagina naquela época, a universidade era pra elite da elite, imagina! Pega uma faculdade como a Medicina tinha 100 vagas: tinha 80 vagas na USP e 60 na Escola Paulista de Medicina, 140 pessoas, mais ou menos. E aí tinha uma faculdade em Ribeirão Preto que tinha mais 60 vagas e uma em Sorocaba mais 60 vagas. Então dava 120... com 140, 260 vagas. Era o que tinha que ser disputado pelo estado inteiro de São Paulo, né? E gente que vinha de outros estados pra São Paulo. Mas ele sempre disse que ia pôr a na faculdade, que ele passou isso pra gente, pelo menos pra mim, pra os meus irmãos também que todos estudaram, mas me passou aquilo de uma forma tão, tão forte, sabe? Que você não imagina, nem, nem... não podia ousar desobedecê-lo nessa, nesse aspecto. Porque era... você via aquele homem trabalhando, trabalhando, trabalhando, trabalhando, a gente dizia: “Pai, a gente pode parar! Pára um pouco. A gente pode trabalhar também” Eu tinha 13, 14 anos, eu vou trabalhar, já dá pra eu me agu... “Não senhor. Até entrar na faculdade você vai só estudar. Você não vai trabalhar de jeito nenhum. E aí a hora que você entrar na faculdade, pode começar”. E foi o que aconteceu mesmo, foi o que aconteceu. E não dava pra você dizer prum cara desse, que você via ali se matando, trabalhando que nem um animal, não dá pra chegar prum cara desse e levar ele na brincadeira, né? Não tem como, não tem como, engraçado isso. E aí eu entrei na faculdade... fiz um ano de cursinho, entrei... e quando eu entrei, eu entrei bem classificado e fui convidado pelo diretor do cursinho pra dar aula no cursinho. Aí comecei a dar aula no cursinho com 18 anos. O meu primeiro salário acho que era o triplo do salário dele. Acho que era o triplo do salário dele. (risos)

DN – E a faculdade foi em São Paulo mesmo.

DR – É. Fiz na USP de São Paulo.

DN – Quer dizer que, então, quem cuidou da educação, da formação de vocês foi sua mãe e depois a avó materna?

DR – Minha mãe, minha avó e essa madrasta que vive com ele até hoje, meu pai ainda é vivo, tá bem velhinho, mas é vivo ainda, vive com ele até hoje.

DN – Porque depois que ele casou, vocês foram...

interrupção da fita

DN - Espero que não tenha quebrado. (risos)

DR – Não. Tava dentro. A pergunta tinha sido depois que ele casou, nós fomos morar com ele na Vila Mariana, que era um bairro bem de classe média, na época era considerado periferia de São Paulo. Hoje é encostado imagina, um bairro central. Aí fui morar lá e aí estudei num bom colégio chamado *LICEU PASTEUR*. Um bom colégio, um colégio francês...

DN – Era colégio particular?

DR – Ah, era. Pra todos, todos nós estudamos em colégio particular. Ele não... punha em escola pública não. “Eu vou dar tudo o que vocês puderem ter de melhor. Agora, vocês é quem sabem o que querem, né?” Mas que sabem o que querem? Tinha que saber (*risos*)... Eu lembro que tinha uns 11 anos de idade, uma vez ele pegou uma prova, um exame de meio de ano, naquela época tinha exame na metade do ano e exame no final do ano. Tirei cada nota horrível nesse exame, tirei 1,5 em História, nunca mais esqueci. Cheguei em casa... eu deixei o boletim a noite pra ele ver, de manhã acordei, fui estudar num canto fiquei estudando pra ele ver que eu tava estudando (*risos*) ele tirou a cinta e me deu uma surra, meu! Uma surra...

DN - Assim que viu o boletim?

DR - ...de cinta, por causa do boletim. Tirou a cinta, tirou a cinta e me encheu de porrada. Quer dizer, não era bem uma livre escolha, não era propriamente uma livre escolha...

DN – Hum, hum. Podia escolher o que quisesse, desde que estudasse bem, né?

DR – Fizesse o que ele queria, né?

DN – Aí você entrou em que faculdade? Foi já direto na faculdade de Medicina?

DR – É, na USP.

DN – Na USP. E como é que foram os cursos na USP?

DR – Olha, eu fui um aluno medíocre. Fui um aluno medíocre, porque eu dava aula em cursinho e me ganhava super bem e dava aula toda noite, à noite inteira. Eu saía da faculdade às cinco horas, ia pro cursinho, começa às seis... o cursinho era no centro de São Paulo, quase na Praça da Sé... e começava às seis e ia até as 11:15. Aí ia pra casa... depois não ia mais pra casa, ia jantar com o pessoal, encontrava com um bando de jornalistas... era nos anos 60, tinha uma efervescência política absurda, absurda mesmo. Você não tinha como ficar fora da política. A política te invadia, você tinha que ter posições, era gente que era presa, sabe? Uma coisa que atingia as pessoas próximas, atingia a gente. E eu fiquei muito encantado por esse clima político de efervescência... intelectuais, tinha gente muito interessante, esses valores de estudar, de ler, a cultura era uma coisa promovida entre a juventude. Ficava feio você chegar na faculdade dizer que você nunca tinha lido Sartre, entendeu? Pegava mal, não ter assistido ‘Oito e Meio’, por exemplo, dividia as pessoas, os que assistem e os que não assistem, era engraçado. Mas era uma coisa positiva eu acho. Porque hoje esses valores, quais são? Se você comprou a calça tal, se foi no (*muito ruído*) barzinho não sei o que, né? Então são os valores de hoje. Então eu me encantei muito com esse mundo, aí ficava com uns jornalistas à noite, e tal. E chegava duas horas da manhã em casa, no dia seguinte pra ir pra faculdade era duro, viu? Às vezes dormia, perdia aula, eu fui um estudante medíocre. Podia ter sido muito melhor do que eu fui. Mas eu ia na média, entendeu? Mais ou menos como os outros que também eram tão vagabundos quanto eu, média da faculdade. Mas eu gostava muito de medicina, sempre gostei muito. Aí quando eu tava no quarto ano da faculdade, nós tínhamos uns 22 anos, a gente dava aula num cursinho, chamava ‘Nove de Julho’... (*muito ruído*)

DN – 22 anos?

DR – 22 anos. Eu tava no quarto ano. No final do ano, eu sugeri... eu peguei um grupo de professores, que eram os que tinham mais bossa pra dar aula, que os alunos mais gostavam: “Por que nós não damos um curso de férias pros alunos?”, porque os cursinho liberavam os alunos um mês antes do vestibular pro aluno ficar em casa estudando. “Os caras largam os alunos órfãos nesse período. Porque não nos juntamos e aí fazemos um cursinho de 30 dias e a gente ganha uma grana?” E abrimos esse cursinho juntou 600 pessoas, pusemos anúncio no jornal, aí juntou, juntou um bando de gente mesmo. Numa manhã, 600 pessoas, não tinha nem lugar pra dar aula. E nós chamamos esse cursinho... aliás eu que dei o nome, de Objetivo que é essa cadeia de escolas que depois foi aparecer. E um cara que... um cara chamado de gênio, que é o cara que... ele pegou o Objetivo, ele também era estudante de Medicina e tal, do sexto ano, só que ele se formou naquele ano. E naquele ano ele se formou e abandonou a Medicina, se meteu nisso, e hoje o grupo Objetivo é uma coisa enorme, 300 mil alunos, acho que é a maior universidade privada do país. Mas aí... eu dei aula ainda um pouco mais, depois me casei, tive duas filhas, aí dei aula um pouco mais, até os 35 anos. Um pouco não, muito mais...

DN – Mas aí, já tava formado?

DR – Eu me formei em 67.

DN – A gente esqueceu de perguntar ou você esqueceu de dizer, quando você nasceu? Agora estou lembrando aqui, estou tentando...

DR – Nasci em três de maio de 43.

DN – Amanhã. (*risos*)

DR – Amanhã, eu faço 55 anos.

DN – Isso já tava na quarta série... quarto ano de Medicina quando começou a dar esse curso de férias. Aí se formou, aí largou os cursos.

DR – Não, continuei dando aula por muitos anos ainda. Dei aula até os 35 anos e eu me formei com 24 anos. Então, dei aula 11 anos além... depois de formado. Mas aí comecei fazer Medicina, (*pigarro*) eu queria fazer Saúde Pública também. Fiz um ano de Residência e Clínica Médica e aí fui fazer Saúde Pública. Você era obrigado a assistir um curso teórico de Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. No mês de maio tava assistindo um aula, inclusive um cara dando aula sobre leite: quantas bactérias tinha o leite C, quantas no B, quantas no A... “Ai, que coisa chata isso! Se eu estudar Saúde Pública pra ficar vendo umas bobagens dessa...” Aí saí e nunca mais voltei. Saí achando que... “Eu vou pra casa...” e nunca mais voltei. Aí na época eu fui atrás de um emprego de Sanitarista... eu estava casado e não tinha filho ainda. Fui atrás de um emprego de Sanitarista e o secretário da Saúde na época de São Paulo, que era o Lesec (?), um professor da Escola Paulista, um cara super preparado, tinha organizado... estruturado a carreira de Sanitarista, você começava, ia pro interior, depois voltava pra São Paulo... e o salário era 1200 reais... cruzeiros, na época, né? Eu lembro que eu

pagava de aluguel 1300. Então, os caras são gozadores, né? Como é que você pode assumir uma coisa dessa, com tempo integral, dedicação exclusiva, se você não consegue pagar o aluguel da tua casa? Aí fiquei um tempo perdido, uns dois, três anos aí, mas perdido mesmo. Não fazia nada, eu dava aula e saía à noite. Aí chegava em casa quatro horas da manhã, já com os jornais, que eu comprava... aí pegava os jornais e começava a ler. Era tão neurótico nessa época, quando começava a clarear o dia, eu corria, fechava as cortinas (*risos*), apagava tudo e dormia, pra não ver o dia, o dia clarear. E fiquei assim uns dois, três anos nessa vida assim.

DN – Por que não ver o dia clarear?

DR – Porque é deprimente, né? Você passar a noite em claro, clareia o dia você está acordado ainda (*risos*). Aí dormia até meio-dia. Vivia assim, uns dois, três anos. Aí um dia eu vinha... passando ali atrás da faculdade encontrei o Vicente Amato, que é esse que fala de AIDS, e o Amato: “O que você está fazendo da vida e tal? Não sei o que...” “Olha, Amato. Eu estou perdido, eu pensei em fazer psiquiatria...”, aliás, esqueci isso aí, nesse período eu passei seis meses no Hospital dos Servidores lá de São Paulo, fazendo estágio de psiquiatria, mas aí vi que não dava praquilo também. Aí, nessa conversa com o Amato ele disse: “Mas, que é isso? Tem experiência de aula. Não pode ir embora da universidade, você tem que ficar por aqui. Só que aqui no Hospital das Clínicas a situação está complicada...”, mas ele dirigia o Departamento de Doenças Infecciosas no Servidor Público, me levou pra lá. Eu fiquei lá de voluntário...(abafado)

DN – E você conhecia o Vicente Amato da onde? Tinha sido seu professor.

DR – Foi meu professor. Ele tinha sido orador da minha turma, então ele me conhecia.

DN – Quer dizer, na verdade, apesar de ser um aluno medíocre como você falou do ponto de vista do estudo, era um aluno que se destacava?

DR – Não. Era participante. Não tendo que estudar, o resto tudo bem. Eu dirigia o *Show Medicina* da faculdade, fui diretor... não sendo pra estudar tava ótimo. Me convidava pra estudar, virava inimigo. Eu odiava, sabe? Odiava as aulas, as matérias, odiava mesmo, achava chato. Não odiava Medicina não, achava aquilo tudo tão chato. E depois como eu trabalhava e ganhava super bem, tinha um patrulhamento, entendeu? Com os próprios colegas: “É. Tamos aqui fazendo o trabalho, ele tá lá ganhando dinheiro...” Então, eu não tinha moleza. Trabalho, eu tinha que fazer mesmo. Ninguém me dava uma força, nada. Os professores também, alguns professores também... entravam nessa competição aí.

DN – Agora, quando que você viu que gostava de Medicina? Porque, na verdade o curso começa com as aulas, quer dizer o curso básico, com aula...

DR – Eu sempre gostei, sempre gostei, sempre gostei desde pequeno. Quando eu era pequenininho, tinha do lado da minha mãe um bando de primos e eles moravam numa chácara que é hoje o centro de São Paulo, em Santana. Moravam... tomavam conta, a minha tia era caseira dessa chácara e eu ia muito pra lá. E os meus primos mais velhos pegavam sapo, esses sapinhos, essas pererecas pequenas e abriam a perereca e não me deixavam ver, porque eu era pequeno e eles não, não me deixavam ver. Mas eles lá se entretiam um tempo com a perereca, ficava um tempo lá e depois eles largavam e iam

embora e quando eles largavam eu ia lá ver, sabe? No começo, eu fiquei encantado com os órgãos, aquele coração batendo, aquelas coisas. Aí pegava uma, uma agulha, uma linha e costurava a perereca, pode? Eles largavam aberta e eu costurava a perereca. De modo que eu sempre gostei disso, coisas de pequeno. Eu não gostei do Curso Médico, porque foi uma coisa pesada pra mim, sabe? Bem pesada mesmo. Muito, muita competição, sabe? Uma coisa difícil mesmo, mas o centro acadêmico, essas coisas, nossa!

Aí fui pro Servidor. O Servidor nessa época, tinha um grupo de pessoas, que olha, acho que o melhor grupo de medicina que eu já vi, formado assim. Tinha caras ótimos, tinha um pediatra maravilhoso, sabe? Que trabalhava lá, dirigia a parte de Moléstias Infecciosas do Servidor, ele dirigia a Oncologia Pediátrica da SECAMAR (?) e ele conhecia doença infecciosa profundamente, conhecia câncer de criança muito, muito bem, e além disso tinha uma clínica particular enorme, enorme. (*muito ruído*) Sabia essas coisas de puericultura, como é que se inclina a mamadeira, como é que você faz, muito interessante mesmo. Tinha o João Mendonça, que é hoje... eu acho o João Mendonça eu acho que é o maior infectologista do país, o João Mendonça, em cultura, em experiência clínica... é super competente mesmo. Tinha um bando de gente mesmo, o Guido Levi que depois dirigiu o Emílio Ribas; Jacy Pastelar que era hematologista, tinha caras especialistas em várias áreas, a gente não perdia consulta pra ninguém, pra ninguém. Aí o Amato me sugeriu pra estudar Imunologia e eu comecei a estudar, e comecei a fazer revisões e aí eu me apaixonei mesmo pela Medicina. Essa fase que me deu mesmo essa ânsia de estudar, de aprender, de recuperar o tempo que eu tinha perdido e tal, foi nos anos 70, quando eu tinha... foi no início dos anos 70, 71 por aí. Eu tinha nessa época 28 anos. Aí comecei a estudar mesmo feito louco, comecei a estudar muito mesmo. Aí veio uma aula de Imunologia, porque a Imunologia naquela época... era a época do início dos transplantes de órgãos, então a Imunologia teve uma grande evolução naquela época, por causa dos transplantes os estudos imunológicos começaram a ter fundos e a pesquisa na área cresceu muitíssimo. E o pessoal que se dizia Imunologista tava completamente fora de, fora de... como se diz *out deted* (?), como você diz, fora de que? Enfim, estava por fora desse campo. Estavam com a Imunologia antiga...

DN – Defasado, em relação às pesquisas que já existiam.

DR – Defasado. Completamente defasado. Aí comecei a fazer levantamento bibliográficos e tal, juntei um mundo de material e aí estudava 12, 13 horas por dia. Aí comecei a estudar feito louco e aí eu comecei a pensar em largar o cursinho, porque o cursinho me tomava pouco tempo, mas ainda me tomava tempo. Mas eu não consegui não, fui conseguir bem mais tarde. E aí... isso em 71. Aí um dia me convidaram pra dar uma aula no Hospital do Câncer, esse pediatra, o Alois Bianque (?) que dava... que trabalhava nos dois, falou assim: “Dá essa aula no Hospital do Câncer.” (*muito ruído*) Estava começando a fazer BCG, a vacina de tuberculose no caso de melanoma, melanoma é um tumor de pinta (?) que parece que vai crescendo, (?) (?), tinham trabalhos feitos de BCG em melanoma, em leucemias e eu fui pra lá. Fui dar essa aula. Quando eu dei a aula os chefes da clínica médica vieram falar comigo: “Olha, você conhece essa parte de Imunologia, isso tá tendo um grande avanço na oncologia...” - porque a Imunologia nessa época deu um salto de qualidade, sabe? Entrou na Oncologia, entrou nas Doenças Reumatológicas que tiveram um grande desenvolvimento, conhecimento das Doenças Reumatológicas, entrou nesses processos auto-imunes todos, né? Nessas reações que ataca o teu músculo cardíaco e entrou nas

infecções também, né? Quer dizer, houve... com o transplante, o transplante de órgãos criou esse *boom* na Imunologia em várias especialidades, né? Eu dei essa aula, ele disse: “Ah, vem aqui dar uma mão pra gente...” Eu disse: “Eu tava afim se vocês me mandassem um caso de melanoma, que eu queria ver... que eu queria ver BCG em melanoma, que eu andei lendo umas coisas e achei muito interessante”. Isso aí, num hospital de câncer, naquela época, era a mesma coisa de eu chegar na sua casa e dizer: “Olha, sabe o que eu precisava? Que você me fizesse um favor. Que deixasse eu tirar o lixo da tua casa todo dia.” (*risos*) “Você quer os casos de melanoma? Graças a Deus!” Porque o melanoma é um tumor super resistente, não responde a quimioterapia, não responde a radioterapia de jeito nenhum. Então não tinha o que fazer com esses doentes e o doente vinha no hospital e por outro lado é um tipo de tumor que dá metástases subcutâneas muito frequentemente. (*muito ruído*) Então a pessoa vê a doença, sabe? Apalpa, pega, vê que está piorando, é agressivo, dá metáteses cerebrais, o cara cai morto, desmaia de repente, sabe? Uma doença feia mesmo, muito feia (*muito ruído*). E às vezes não. Às vezes é uma doença (*inaudível*) quase todo mundo. Muito raro ver casos graves hoje, mas quando dissemina a doença é um pavor. Aí mandaram o primeiro doente que chegou numa sexta-feira e morreu no fim de semana. Eu disse: “Assim não dá, né? Assim também...”

DN – Não deu nem tempo.

DR – Nem tempo. Mandaram outro senhor que tava com uma cirurgia de amputação de braço marcado. Ele tinha tido um melanoma aqui no braço e esse melanoma começou a (*ininteligível*). Eles foram tirando, tirando, tiraram os gânglios de debaixo do braço, que era a cirurgia que se fazia na época. E a doença começou a aparecer no braço, e o pessoal... o pessoal era super radical, propôs desarticular o braço dele, tirar o braço dele fora. Hoje jamais uma coisa dessa seria feita, né? Imagina! O que que adianta? Você tira o braço aparecia uma lesão no pulmão em seguida. Isso é doença disseminada. Ele se chamava sr. Oswaldo. Eu fiz os testes imunológicos nele e tal... e aí eu não consegui o BCG, fiquei tentando conseguir o BCG, que não existia BCG.

DN – Era BCG oral.

DR – Nós só tínhamos oral no Brasil. Só BCG oral.

DN – Ah, mas o usado era o intradérmico?

DR – Era o intradérmico. Aliás o BCG usava mais por escarificação, a preparação liofilizada, né? E nós só tínhamos no Brasil oral, preparação vi... Então toda experiência feita em câncer naquela era com BCG por escarificação. E esse doente, eu não consegui o BCG, a pessoa que me prometia chegava no dia e dizia: “Olha, não deu. Não vai chegar, não sei quem é que tem...” e o cara ia lá eu dizia: “Olha, não chegou.” E ele ficava absolutamente decepcionado, né? O cara tá vendo a doença progredir, chega lá e não tem remédio, né? Aí, pela terceira ou quarta vez que ele foi eu falei: “Olha, vou dar BCG oral pra ele. Porque pelo menos ele está tomando um BCG aí.” O pessoal dizia que o BCG oral não fun... não valia pra na... não servia pra nada, né? Mas os tisiologistas velhos, aqueles senhores confiavam muito no BCG oral, eles diziam que o BCG oral era uma vacina muito interessante. Bom, eu dei o BCG oral pra ele...

Fita 1 – lado B

DR – Um as três semanas depois, aquelas lesões de pele estavam quentes. Quente mesmo, parecia que tinha febre no local. E aí começaram a ficar avermelhadas. Quando começaram a ficar avermelhadas, eu biopsiei uma delas. E continuaram a ficar vermelhas, cada vez mais vermelhas, vermelhas e diminuir de tamanho. E eu fui biopsiando, à medida que eram vi... fáceis, facilmente acessíveis. Até chegar ao final desapareceram todas as lesões e não só desapareceram como deixaram no local um halo hipocôndrico (?), uma mancha branca no local, definitiva. Melanoma é um tumor que produz melanina. E aquela reação imunológica é uma reação tão poderosa que destruía não só os melanomas como destruía os melanócitos normais da pele, esses que deixa a pele pigmentada. Ficava uma mancha branca, branca, branca, branca. Eu fiquei tão fascinado com aquilo, sabe? Eu disse: “O que é isso? Eu pego o primeiro caso...”

DN – Isso com quanto tempo de tratamento?

DR – No primeiro caso. Ah, que a doença sumiu completamente? Uns seis meses, uns seis meses. E aí eu disse: “Isso aqui é a coisa mais fascinante que eu vi na Medicina. O resto ficou todo pobre, entendeu? Imagina!” E aí fui pro Hospital do Câncer, como voluntário de início e fiquei estudando lá, a mesma coisa, eu comecei a estudar Cancerologia fanaticamente mesmo. Aí, em 75 eu montei um consultório pra poder viver e poder parar de dar aula. Aí parei de dar aula e aí comecei a viver do consultório, com dificuldade e tal mas comecei a viver do consultório. E aí pude estudar muito porque eu passava o dia inteiro no Hospital do Câncer, eu tinha um pequena clínica, né? Passava o dia inteiro no Hospital do Câncer e aí publiquei esse trabalho sobre BCG oral e esse trabalho teve uma, uma repercução grande, porque não havia isso no, no mundo, né? Nunca havia sido testado (*pigarro*) tentando BCG por vi... tinha sido tentado no Canadá, mas tinha esses resultados. Eu mandei as fotografias, então saiu... e com as fotografias das lâminas durante o processo de regressão. Isso foi publicado na revista *CANCER*, que era... que é a revista oficial da *AMERICAN CANCER SOCIETY* que na época era a mais importante de todas. Hoje a segunda revista da área, mas na época a mais importante de todas. A matéria tinha dez páginas, o artigo que eles publicaram. Aí o chefe do grupo de Imunologia do *Memorial* de Nova Iorque, chamava Herbert (?) me escreveu dizendo que queria vir ver essa experiência pessoalmente aqui em São Paulo. E veio. Veio, peguei um alemãozão sério e ficou aí dois dias, marquei todos os doentes pra ele ver. Ele veio, viu, examinou pessoalmente todos os doentes e tudo. E aí me convidou pra dar uma aula lá em Nova Iorque, no *Memorial*, em Nova Iorque e eu fui. Eu tinha 35 anos nessa época. Mais, 37 por aí. Eu fui e dei essa aula pro grupo de Imunologia lá. E aí... eu comecei um intercâmbio com eles, volta e meia eu ia pra lá, ficava uns dias no hospital. Quando vinha alguém pra cá, em geral eles encaminhavam pra mim mesmo, pra orientar a pessoa, e tal. Comecei uma convivência ótima com eles lá. Em 1983 eu fui fazer...

DN – Você tentou essas terapia com outros tipos de câncer?

DR – Vixe! Fizemos... com tudo que você puder imaginar. Fizemos em câncer de mama, câncer de ovário, foi uma revolução no Hospital nessa época. Mas depois os estudos mostraram que primeiro: nesses outros tumores nenhum funcionou nada. Não houve nenhum resultado positivo, pelo menos dois trabalhos que nós fizemos bem conduzidos cientificamente, não demonstrou nenhuma eficácia e nos casos de melanoma, nós também não fizemos um trabalho, porque isso aí... porque o grande

trabalho disso, qual seria? É você pegar... vêm as pessoas com melanoma, você divide em dois grupos, pra um grupo você dá a BCG... você opera, pra um grupo você dá BCG e pra outro grupo você dá placebo, não é verdade? É um duplo cego, único jeito de você conduzir um trabalho e depois ver quem é que teve mais recidiva e quem morreu, qual foi dos grupos que morreu mais gente. Nós não tínhamos nem perto dessa estrutura pra fazer isso, entende? Essa coisa só pode ser feita nos grandes centros, que fazem estudos com 1500, 2500, 5000 pessoas. Pegam aí, 40, 50 hospitais universitários; têm os que saem pra checar esses projetos, os fiscais de projeto, de repente o cara desaparece na tua clínica, ele diz: “Pega os dados aí. Tira, quero fulano, fulano, fulano.” Você pega, chama os doentes, não é? É o único jeito de você fazer isso, esse tipo de trabalho com controle de qualidade. Mas a gente usou demais mesmo, muito.

Era uma coisa interessante o BCG, porque ele tem uns subprodutos, por exemplo, os doentes não pegavam mais gripe e resfriado, não pegavam mais. Tomavam BCG oral: “Olha, na minha casa ficou todo mundo gripado e eu não...” Isso é uma coisa que a pessoa nota, não é? Você tá em casa, teu marido fica gripado, teus dois filhos, teu... o porteiro do prédio e você não pega gripe, porque você lembra, não pega. E outra coisa é que os asmáticos, alguns asmáticos melhoravam muito, engraçado isso. E foram tantos que eu até andei dando pra parentes e amigos assim, especialmente pra crianças que começavam com amigdalite, com... essa coisa, a criança vai pegando uma infecção atrás da outra, nunca fica boa, nunca sara completamente, andei dando pra umas crianças dessas da família. Eu tenho certeza que o BCG oral é uma coisa muito interessante. Mas parou de ser fabricado hoje, porque ele é complicado, ele é fresco, você tem que pôr na geladeira, então pra vacinação, pra tuberculose e inexequível. Imagina um país como Brasil, como é que vai mandar isso em geladeira par o resto... tem que manter entre dois a oito graus, ele vence a cada 14 dias, vence. O liofilizado não, dura seis meses, é muito mais simples. Mas era uma coisa muito interessante o BCG oral. E aí fiquei nesse Hospital do Câncer... pra sempre.

DN – E aí começou o intercâmbio mais intenso com Nova Iorque.

DR – Com Nova Iorque. Ah, é. E aí em 83 eu passei três meses lá em Nova Iorque na Imunologia, vendo o que eles estavam fazendo e tudo. E aí eles estavam começando lá aquele Protocolo de *Interferum... Interferum* em Sarcoma de Kaposi. Eu não sabia nada de AIDS. Tinha só curiosidade. Quando a doença apareceu, logo eu fiquei sabendo, porque eu...

DN – Em 73 também não se discutia.

DR – 83.

DN – Ah, em 83.

DR – Mas, eu sabia...

DN – Quer dizer, eles já estavam fazendo essas experiências em função da AIDS?

DR – É. Já era Sarcoma de Kaposi em AIDS, já era dezenas de doentes, dezenas de doentes. E eu fiquei muito interessado em AIDS porque eu conhecia bem Imunologia, tinha uma formação em doenças infecciosas, que trabalhei no Servidor quase três anos, e eu era oncologista e a AIDS dá exatamente tudo isso. Na época, o que acabou

acontecendo com a AIDS é que os infectologistas eram absolutamente despreparados pra tratar de AIDS. Incrível, né? Eles não tinham, eles não tinham experiências de tratar de infecções oportunistas, tratar de infecções em imunodeprimidos. Hoje tem ótimos. Mas na época não tinha, não tinha. Os cancerologistas, os infectologistas que trabalhavam em câncer eram 100 vezes melhor do que eles, 100 vezes. Que tinha... você trata de uma criança com leucemia, uma seps... de uma septicemia numa criança com leucemia, depois você trata em um adulto jovem, é brincadeira, né? É brincadeira! E eles não sabiam nada disso. E eu fiquei tão curioso... aí comecei a ler tudo que aparecia sobre AIDS, eu comecei a estudar, estudar, estudar e aí acabei enveredando por esse caminho também, não parei a Oncologia nunca, eu sou oncologista, vivo da Oncologia muito mais do que da AIDS, mas aí eu não consegui mais... aí não parei mais de estudar AIDS...

Em Nova Iorque aconteceu uma coisa engraçada, porque eu tinha uma experiência grande de cancerologia pesada, no Hospital do Câncer em São Paulo tem um movimento absurdo, absurdo. E eu trabalhei lá quase 20 anos. E teve uma época que era muito raro passar uma semana sem morrer uns dois ou três doentes, eram raríssimos. Tem uma enfermaria lá, morre gente todo dia, naquela época ainda, tinha uma enfermaria de 20, 30 leitos ali, era difícil, impossível praticamente passar uma semana sem morrer alguém. E você com essa coisa de câncer você tem tratamentos muito prolongados com as pessoas, né? Anos e anos, aí você vê uma mocinha que, que teve um câncer de mama, aí ela volta pra revisões periodicamente a cada três meses. Aí depois de cinco anos, você já conhece aquela pessoa e ela aparece com aquela doença disseminada e apareceu, você sabe que você vai morrer daquilo, né? E... é uma coisa que precisa um pouco de equilíbrio pra, pra agüentar esse baque assim... permanente, né? Sem virar um cara: “Isso não é problema meu.” Virar uma pessoa gelada, né? Como... é um dos mecanismos de defesa que os médicos usam, né? E... Mas aí fiquei muito impressionado lá no *Memorial*, porque eram jovens, todos que morriam. E morriam assim desse jeito. Você passava uma visita hoje, tinha 15, passava no dia seguinte tinha 11. Quatro tinham morrido durante a noite. E era tudo UTI com cobertura antibiótica ampla, quatro ou cinco infecções, agentes oportunistas. Também a gente não conhecia a doença direito, devia muita coisa passar batido, né? Naquela época. E eu fiquei... no ambulatório vinha aqueles homens com (?) eram todos homossexuais americanos. E uma gente muito interessante, porque eram costureiros, eram jornalistas, escritores, aquela homossexualidade *chic* de Nova Iorque, foram os primeiros que dançaram, né? E era uma gente muito interessante mesmo, muito. Eu fiquei conhecendo um rapaz que era... ele escrevia pra uma revista chamada *New York*, uma revista chiquíssima de Nova Iorque, só sobre Nova Iorque, uma revista bem *chic* mesmo. E ele escrevia pra essa revista. E aí nós ficamos mais íntimos um pouco, começamos a conversar mais, todo dia lá e ele começou a me contar como era os bares em Nova Iorque. Isso aí tinha que acontecer, você tem noção de como é um bar desse?

DN – Bares *gays*?

DR – Bares *gays*. Você tem noção? “Você precisa ir lá ver, tá começando essa epidemia aí, você nvai lá ver.” Eu fui lá ver mesmo. Peguei um taxi à noite, fui pro endereço que ele tinha me dado lá. Falei o endereço, eu já vi que o motorista deu uma... olhada pelo retrovisor, (*risos*). Aí fui sozinho. (*pigarro*) Mas não dá pra chegar com automóvel lá perto (*tosse*). Um duas quadras antes, eu tive que descer por causa do trânsito, e era uns armazéns, ali no *SoHo*, enormes esses armazéns. E esses armazéns eles faziam um ambiente, você entrava numa salinha tinha uns casais ouvindo música clássica, um

deitado com a cabeça no colo do outro (*tosse*), com tranquilidade, aqueles homens de cabelos brancos, de bigodes, sabe? Aí você entrava no outro lugar tinha *rock*. Pei! (?) de *rock*. De fora você não ouvia... tudo fechado nesse salão. Quer dizer, abria os ambientes dentro do salão e aquele clima super... *gay* mesmo, né? Os homens se beijando, se beijando na boca, todos eles com *jeans* agarrados e eu fui entrando no bar assim, acho que eu me senti como as mulheres (*risos*)... aí que eu valorizei o que as mulheres sentem quando entram em bares de homens... (*risos*) entram sozinha em bares de homens. Engraçado...

DN – Foi assediado (*risos*).

DR – Uma coisa... mas ninguém me importunou, não. Também fiquei na minha com cara de bravo. Aí veio uma cena inacreditável. Veio um cara, veio um viadinho, com roupa de couro, daquelas que não tem bunda, sabe? Aquela roupa desse jeito. Daí tinha uma sacristia, o negócio parecia aqueles coisas de rezar, tinha o negócio que ajoelha... e ele se colocou lá. Juntou um bando de gente em volta, mas um bando. E ele veio, dançou, fez uma dança e eu fiquei olhando de longe. Aí sobe um outro cara, um halterofilista com braços enormes, aí começa a passar uma vaselina no braço... Ali tinha umas 200 pessoas, ou mais de 200 pessoas, em volta daquele, daquele, daquele, daquele lugar ali, e o cara penetrou o outro com o braço inteiro, eu nem sabia que era possível isso, penetrou com o braço inteiro. Eu fiquei olhando aquilo, um bando de gente l... e os outros... a audiência urrava, urrava, riam, falavam coisas, gritavam... uma coisa indescritível, uma cena indescritível mesmo, uma coisa patética. “Esses caras são todos loucos...”

DN – Era uma *performance* que eles estavam fazendo.

DR – “Tudo gente desequilibrada, não é verdade? Gente desequilibrada.” Você não pode falar isso porque aí diz: “Ah! Não!!! Você é contra os ho...” Eu não tenho nada que ver com o que o cara faz da vida, mas uma coisa dessas é uma coisa, sei lá... Não pode uma pessoa... equilibrada, uma pessoa que tenha equilíbrio... O que que é o equilíbrio? É você não ser dominado pelas emoções, tomado por elas, não é? Não pode uma pessoa... achar bonito um negócio desse, gritar, participar de uma cena daquelas, sabe? É uma coisa chocante mesmo, uma aberração, uma coisa chocante. E... aí eu... nesse lugar aí encontrei um grupo de brasileiros, todos *gays*, super viados, falando, gritando, eles são muito engraçados, eu tenho muitos amigos homossexuais, eu gosto deles. E eles falando, não sei o que e tal, e eu ouvi falar português ali e eu cheguei perto deles, comecei a conversar com eles lá... E eles transavam nesses lugares que é uma coisa absolutamente anônima. Um deles disse que tinha um lugar desses onde o cara chegava num sofá, ficava de quatro num sofá e se encostava numa janela aqui e do lado de fora... só tinha essa janela que se comunicava, e os caras iam entrando e iam comendo essa pessoa que ficava aí nesse lugar...

DN – Se que eles se vissem.

DR – É. Sem saber quem era a outra pessoa que estava ali atrás. Sem ter noção. E o cara também que tava transando com outro, também não sabia quem é que tava ali. Eu falei: “Putá!! Isso aqui vai dar uma desgraça! Vai dar uma desgraça! Imagina?” - já sabia o que era um vírus, já se imaginava... tinha até gente que dizia que devia ser um retrovírus. Falei: “E isso aí, passando desse jeito, vai embora. Vai embora. E não vai ter

homem, mulher, não vai ter nada, não existe doença sexualmente transmissível que seja... que tenha poupado um dos sexos, não existe, qual é delas, né? Se até hoje não surgiu nenhuma, não vai ser agora.” Na época se dizia que era doença exclusiva de homossexuais, a imprensa séria falava isso, uma doença dos homossexuais, a peste *gay* etc. Falei: “Isso vai passar pra mulher direto! Esses caras transam aqui desse jeito, vão pro Brasil; São Paulo e Rio de Janeiro tem comunidades homossexuais enormes, porque todo mundo migra para essas cidades, o cara homossexual apanha no interior, né? Aí o moleque vai embora pra São Paulo ou vem pro Rio. E aí... isso vai espalhar nas comunidades homossexuais... São Paulo tem droga injetável... no Rio não tinha nessa época, os traficantes daqui não deixavam, mas São Paulo tem droga injetável, aí vai passar pros usuários de droga injetável e aí vai embora. E aí vai pra mulherada.” Eu antevi...

DN – Esse raciocínio você fez, já nesse momento?

DR – Nessa noite. Nessa noite. Eu saí de lá andando, tava um frio desgraçado, eu nem tinha roupa direito pra isso e... eu nessa noite eu percebi isso, que vai acontecer uma desgraça no Brasil. E fiquei incomodado com isso, sabe? Fiquei incomodado mesmo. Falei: “Putá!!” Mas parecia tão lógico pra mim naquele momento, tão lógico, eu não tive mais nenhuma dúvida. Sabe quando você vê uma coisa e tem certeza absoluta? Eu tinha certeza que vai acontecer isso. Aí quando eu voltei eu fiquei meio perdido, eu disse: “Putá! Eu agora faço o quê? Arranjo uma desculpa? Só tenho curiosidade científica para esse problema aí.” Eu tinha que fazer alguma coisa, mas eu também trabalhava no Hospital do Câncer, vai fazer o quê, né? Um médico mesmo. Aí fui conversar com um colega que tinha estudado na minha época, na faculdade e trabalhava no Ministério da Saúde. E ele..

DN – Agora, só um instante. Quer dizer, esse raciocínio foi feito nesse momento e com uma certa facilidade, né? Pelo que você está falando, de conseguir perceber uma rede de transmissão pro vírus e que acabaria atingindo heterossexuais, as mulheres, em suma, não pouparia sexo, né? Como o senhor falou. Por que... quer dizer, será que foi difícil também pros outros fazerem esse raciocínio?

DR – Olha, eu não sei... depois da época da faculdade eu virei muito estudioso, leio muito mesmo. E leio não só coisa da minha especialidade, gosto de ler coisa de biologia, assino *SCIENCE*, assino a *NEW ENGLAND*, eu leio, lógico que não leio inteiro, mas eu folheio, pelo menos, vejo a parte básica e tal. Pra mim veio... mas olha, veio um pacote na cabeça assim, juro por Deus! Não foi fruto de grande raciocínio. Veio como um pacote, eu disse: “Putá! Isso aqui está na cara que está passando, se espalhando desse jeito aí, né?” Agora, existe alguma doença sexualmente transmissível, algum agente, seja ele o que for, uma bactéria, um vírus, qualquer um deles que dê só em homem? Não existe! Não existe bactéria: gonorréia dá em homem e dá em mulher; não existe fungo: candidíase dá em homem e dá em mulher: não existe vírus: herpes dá em homem e dá em mulher. Quer dizer, não existe nenhuma doença sexualmente transmissível que só dê em homem! Vai ser essa a primeira? A natureza não é assim, não é verdade? A natureza tem mecanismos gerais, né? Não cria um mecanismo especial pra um ser na natureza, não existe isso. Eu achei claríssimo que isso ia passar para as mulheres, claríssimo. E além do que, você vê uma coisa muito simples, mas bem prosaica até: sexo anal não é exclusividade dos homens, né? Da relação sexual entre os homens, faz parte do repertório das relações heterossexuais e uma parte importante, uma

parte muito importante. Quer dizer, aí você ia achar que um vírus não ia passar... ia diferenciar um reto da mulher do reto do homem, que é isso! Não é? Estava na cara... estava super na cara que ia acontecer isso.

DN – E você acha que esse... essa, essa categorização de câncer *gay*, peste *gay*, em suma, de doença de homossexuais atrapalhou... atrasou o controle da AIDS de alguma forma?

DR – Atrapalhou muito. Acho que foi uma sacanagem... sacanagem com as mulheres isso, porque... mulher nenhuma nesse primeiro momento se sentiu atingida, mulher nenhuma. Primeiro que tinha mulheres...

DN – Quer dizer, na verdade nem homens heterossexuais se sentiram atingidos.

DR – Lógico! Era peste *gay*, se é peste *gay* só dá em *gay*. Porque essa é a expressão mais dura do preconceito social, né? “É com eles, tudo bem! Esses caras merecem. Também olha os que eles fazem aí, né? Eles fazem por merecer.” Quer dizer, uma imbecilidade, como se o cara tivesse a opção de ser homossexual ou heterossexual, que é isso? Eu pergunto para os meus doentes: “Quantos anos você tinha quando se masturbou a primeira vez?” “Seis anos.” “Foi pensando em homem ou em mulher?” “Em homem.” Tinha seis anos. Tem garoto de dois anos de idade você olha já é um bichinha, não é verdade? A homossexualidade tem raízes... tem uma, uma, um componente genético que é muito forte. Não é ele que condiciona! Tudo bem, pode não ser ele que condiciona, você não tem nenhum comportamento que seja condicionado pela genética puramente. Você não consegue nunca separar o homem do meio que ele se encontra, não é? Se você... nasce a criancinha, você tapa o olho dela, ela tem todas as células necessárias, 30 dias com o olho tapado, tirou, tá cega, não é? Tá cega. Que se o hom... Se o meio ambiente não tem um impacto com os genes, não ativa o fluxo de informação, esquece. Não existe. Então é lógico que a homossexualidade tem aspectos do meio ambiente também, mas tem aspectos genéticos fortíssimos. Isso não é questão de opção, imagina! Não é questão de opção. Nem me passa pela cabeça eu transar com um homem, nem que eu tivesse preso há 20 anos. Nem me passa pela cabeça, é uma coisa que não... Deus me livre! Não tenho qualquer interesse. E tem caras que são assim no... outro extremo, ele só interessa relação homossexual, ele só tem tesão por outro homem, não tem por mulher. Agora, entre esses dois extremos... esses comportamentos extremos, ortodoxos, você tem uma variabilidade... você tem todas as posições intermediárias. Todas. Todas. Então, em questão da bissexualidade, os bissexuais são mais frequentes do que os homossexuais, muito mais. O cara puramente homossexual é raridade. É raridade. É que a gente vê o cara faz aquele jeitinho de bicha e tal, o cara está sempre no meio de mulheres, aí todo mundo diz: “Imagina! As mulheres não querem nada com ele.” Primeiro: muitas mulheres têm interesse por eles (*risos*). Muitas mulheres. Eles tem uma coisa... intermediária aí, né? Não tem aquela boçalidade do homem, tem aquela delicadeza... são homens, não são mulheres, fisicamente são homens. Então, não havia como... por todo lado que você pensasse a questão, você chegava a conclusão que isso ia passar assim.

Aí você chega na droga injetável. Puta, a droga injetável não tem como o cara não pegar. Toda essa coisa de seringa, ‘Vamos distribuir seringa’, fica atrás da escrivadinha, fica atrás da escrivadinha. Um cara que nunca viu uma roda de baque desse (?). Porque a hora que você vê a roda de baque (?) você diz: “Olha, a seringa é de menos. É o de menos.” Porque as coisas que eles fazem, a contaminação de tudo que usam, a seringa é

o de menos.... A seringa é do menos. (*muito ruído*) Então, isso aí vai espalhar entre esses caras, lógico! Um pegou, pegam todos.

Imagina em laboratório, você pega... os tubos de ensaio onde se colocam vírus, os vírus que vão pra geladeira, são tubos de ensaios especiais. O cara trabalha com luva, trabalha com fluxo contínuo, ali, tremendo cuidado, tarraxa o tubo, fecha o tubo, tarraxa o tubo. Aí pega isto e põe na geladeira. Dentro da geladeira, a menos 20 graus Celsius, saí vírus de um tubo, sai, passa por essa rosca e entra em outro tubo e vai contaminar a outra cultura, nos melhores laboratórios do mundo! Agora, você acha que você pega aí cinco adolescentes, boçais, ignorantes, enlouquecidos por aquele negócio, você acha que vai esperar o quê? Vão adotar as técnicas de assepsia para vírus? Esquece! Esquece! Esquece! Eu acho legal, tudo bem! Faz isso aí. Talvez seja uma forma de você atrair os usuários de droga, tá bom! Mas dizer que isso tem impacto? Tem que parar de usar droga injetável, porque não dá, não dá. Eu fiz num armazém no Butantã lá em São Paulo eu juntei cinco caras, um equipamento de TV e ficamos filmando eles tomando baque, eu tenho umas quatro horas de filme de vídeo dessa...

DN – Tomando o quê?

DR – Baque. Baque é cocaína da veia.

DN - Ah!

DR - Eles fazem assim: são cinco pessoas... nesse tinha um cara que só aplicava, só aplicava. Então cada um chega com a sua seringa...

DN – Isso sem eles saberem?

DR – Não, nós juntos. Eles estavam na gaveta já, eles ganharam a cocaína pra fazer isso. Aí queriam que eu comprasse a cocaína. Eu falei: “Também tem dó, né? Compra vocês.” Aí puseram, (*risos*) eles cada um chega com a sua seringa, com uma, com um vidrinho de água destilada da farmácia, algodão... que é de uso pessoal, tudo bem. Os cinco. Aí eles pegam dois copos, um com água cheio até a boca e outro vazio e uma colher. Aí o cara pega, quebra a ampola, põe um pinguinho de água de nada... primeiro põe a cocaína, aí pega a ampola põe um pinguinho de água de nada, aí pega o protetor da agulha e dilui... dissolve. Aí pega uma seringinha de insulina, aquela pequenininha, que não deixa marca no braço, puxa aquilo. Aí ela tá aqui do lado vai tomar o coisa, tá agarrando aqui, (segura o braço, põe o braço pra cima) você agarra aqui, salta a veia, aí o cara vai e *tchum!* Pegam todas, eu nunca vi o cara errar uma na noite inteira, *tchum*, pega na veia. Aí ele pega a seringa... que toda a droga tem um ritual. O ritual do cigarro, você não fuma em quarto escuro, você quer ver a fumaça saindo; você pega o cigarro bate, uns apertam, outros o maço abre e faz uma gravatinha com o maço, toda droga tem um ritual. O bebum... o pinguço joga pro santo um pouco (*risos*), ele pega a veia e aí... ele não injeta não, ele puxa o sangue na seringa pra ver se tá na veia. Aí não injeta tudo de uma vez não. Ele puxa e injeta. A quantia, a quantidade que ele injetou ele aspira outra vez na seringa e o cara que tá tomando fica encantado em ver o próprio sangue assim entrando e saindo da seringa, entrando e saindo da seringa. Então, a injeção leva um minuto, um minuto e pouco, só que o sangue veio pra dentro da seringa, contaminou o interior da seringa inteira, agulha, tudo, né? Bom, tirou, tá. Seguinte, você, a mesma coisa, vou repetir a operação, mas aquilo dá um efeito muito fugaz, por isso que chama de baque, dá um *tchum* no cérebro assim, *tuuum* no ouvido e acabou, já passou. Já

passou. As primeiras vezes ainda dura um tempo, mas com esses caras que estão tomando assim, são segundos. São segundos, um minuto, dois minutos, vai. A loucura mais forte são segundos, ainda fica um ou dois minutos meio bobão e aí começa a se agitar. E aí começa a se agitar.

Porque a cocaína é uma droga que você não pode olhar pra ela. O cara dependendo de cocaína quando ele olha pra cocaína ele tem cólicas abdominais, ele tem diarreia, tem que correr para o banheiro, vomita. Eu tenho lá no Carandiru um cara que assaltou uma loja na Augusta, lá em São Paulo, quando a moça abriu a gaveta da loja e viu que tinha um bom dinheiro ali, ele pensou na bocada que ele ia comprar a cocaína e começou a vomitar no meio do assalto, só de pensar, olhar pro dinheiro, droga brava. E aí ele vai, quando chega no terceiro... ela já está agitada agora, já estaria agitada agora, nesse tempinho que passou já estaria agitada... e aí dá a volta completa. Bom...

AP – Com a mesma seringa?

DR – Não. Cada um com a sua seringa. Repete toda a operação: dilui a água, pega o coisa, dissolve a cocaína e tal, não sei o que. Bom, aí ele pega... chegou a tua vez outra vez. Eu pego a seringa, vou naquele copo cheio de água, aspiro e joga no copo vazio, contaminei o copo, né? Contaminei o copo. Bom, aí eu pego outra vez, cocaína, a água, pego aquela seringa, aspiro, é a tua seringa, só que eu acabei de contaminar, nesta passagem agora eu contaminei a colher também, que na primeira passagem ainda não tava contaminada, agora está. Aí o outro, vai lá na mesma seringa, aspirou, pega o mesmo copo, lava e joga aquela coisa que vai ficando uma sanguieira assim no outro copo, uma coisa nojenta e vai assim a noite inteira, quer dizer, está tudo contaminado ali...

DN – Cada um com a sua seringa.

DR – Cada um com a sua seringa. Tá tudo contaminado, tá tudo contaminado. A loucura é tanta que no final, quando nós tava acabando tudo assim, o pessoal já estava recolhendo os equipamentos, veio um cara, pegou aquele copo... aquele copo que foi jogado todo aquele sangue, pegou o copo, eu falei: “Não é possível que o cara vai beber isso?! Não é possível, eu não acredito que o cara vai fazer uma coisa dessa!” Pegou o copo e começou a beber. Eu dei um grito, corri lá, peguei ele pelo braço: “Ô meu! Você está louco? Olha o que você está bebendo, isso é sangue!” “Pensei que fosse água.” Ele já tinha bebido a metade daquele negócio, não percebeu que aquilo era sangue, não era água... ..

Então, só tem uma estratégia pra isso: é trocar a via da administração da droga. Trocar a via. Foi o que a gente fez no Carandiru. Cheguei lá, digo: “Putá! Vou chegar aqui vou dizer pra essa malandragem...”, Carandiru tem sete mil presos, é a maior cadeia do... mundo, acho que é, né? Falei: “Vou chegar aqui e vou dizer pra esses caras: ‘Digam não as drogas’ Eles vão rir na minha cara! “Olha, é isso aí! Tá certo! Vamos dar a maior força.”” (*risos*) Não tem papo com isso! esses caras que falam de droga não tem qualquer noção do que seja a droga, nunca fumaram um baseado, não é verdade? Nunca fumaram um baseado. E aí no Carandiru, eu fiz o quê? O cara que não consegue largar a droga, fuma... não consegue largar fuma, o efeito é o mesmo. Porque a cocaína... a cocaína, você quando aspira a cocaína, você joga a cocaína contra a mucosa nasal, né? E ela vai absorvendo através da mucosa...

Fita 2 – Lado A

DR – Eu tava falando da absorção da mucosa. (*pigarro*) Então, a mucosa vai absorvendo, vai absorvendo e vai caindo na circulação, aquele... a droga, né? Vai caindo na circulação. Então fica como um gráfico. A concentração que vai caindo na circulação é mínima, (*muito ruído*) vai aumentando, aumentando, aumentando, aumentando, atinge um máximo e depois vai diminuindo outra vez, até desaparecer. E o cara tem um tempo de ação da cocaína, uma fase eufórica, e tal e depois ele vai entrando numa depressão que só melhora cheirando cocaína de novo, é droga compulsiva, né? Quando você injeta na veia é completamente diferente, porque você injetou na veia, caiu no coração direito, vem pro pulmão, volta pro coração esquerdo, é bombado e vai atingir o cérebro, né? Aí sobe pela carótida, bombado e pronto.

DN – Mais rápido.

DR – Rápido, por isso chamam de baque, né? *Bam!* É uma coisa... parece que bateram na cabeça, né? Quando você fuma é igual ou mais rápido ainda. Que quando você... a droga fumada, (*choro de criança*) qualquer droga fumada chega no cérebro mais depressa que quando injetada na veia. O cigarro é assim também. O viciado em cigarro pega um... na hora em que ele dá a primeira tragada... *Ah!* O alívio é imediato. Ele sai da síndrome de abstinência imediatamente. E a cocaína a mesma coisa, se você fuma, já cai no pulmão, não perde esse tempo de circulação venosa, já cai direto no pulmão, vai pro coração direi... esquerdo e pronto, pro cérebro. Então o baque... o efeito do *crack* é um efeito mais rápido que o efeito do baque ainda, um substitui o outro. O usuário de *crack*, o baqueiro, não cheira cocaína, não tem nenhum interesse em cheirar cocaína. Não gosta daquela... daquela coisa de sentir um *zuumm*, não é isso. Ele quer sentir outra coisa: *Tam!* No cérebro de uma vez, entendeu? Ele não quer sentir uma excitação que vai crescendo, crescendo, crescendo, atinge o máximo e depois cai, ele acha que é pobre isso. Ele quer tomar um baque mesmo, ele que um *tam* no cérebro e o *crack* dá a mesma coisa. Então, o que aconteceu? Lá na cadeia, o *crack*... isso aí nós fazemos palestras, juntamos os presos num grande cinema lá e passava a cadeia inteira, várias vezes fizemos isso e dizíamos: “Fuma. O cara que não consegue ficar fora, fuma. É melhor, não passa AIDS.” E acabou a droga injetável. Não existe. No Carandiru não existe droga injetável mais. O crack, em 92 entrou e varreu a cocaína injetável da cadeia. Varreu, não existe mais. Você até ouve falar às vezes um cara que não sei o quê, mas é...

AP – Agora, os efeitos nocivos do *crack*, né? São piores ou não?

DR – A mesma coisa, os dois são horríveis. O único lado, a desvantagem do *crack* em relação à cocaína, é que o *crack* pega muito o pulmão, né? Dá fibrose pulmonar, né? E a cocaína você não expõe o pulmão à fumaça direta da droga, né? E o *crack* não. Você vê que o *crackeiro* volta e meia tem pneumonia, e etc, né? Quer dizer, nesse sentido é pior. Mas não envolve a droga injetável. Aí o pessoal diz: “Ah! Tudo bem! Mas acontece que o... viciado em drogas acaba vendendo o próprio corpo pra conseguir as drogas.” Bom, no caso do *crackeiro* eu acho um pouco difícil isso. Porque primeiro... alguns lógico, mas não a grande massa. O *crackeiro* vai entrando nessa, ele... tudo o que ele tem... olha, eu conheço vários garotos desses, vários que tão lá no Carandiru, que eram meninos aí da periferia de São Paulo, que tavam ali, levando aquela vidinha esforçada da família, não sei o quê. Faz 13, 14 anos, aí um dia saíram num grupinho, aí o cara

falou: “Aí, experimenta. Dá aqui uma cachimbada e tal...” *Páá!* Deu a primeira, nunca mais parou, meu! Nunca mais... Nunca tinha experimentado, deu a primeira... aí naquela noite o cara, o companheiro dá pra ele e tal, não sei o quê... Já acordou de manhã, já roubou um dinheirinho da mãe, saiu pra comprar mais... e aí começa, a vida do crime, entrou no crime. Experimentando uma vez, é droga barra-pesada, mesmo. E o cara fica... pobre. E eu na cadeia, pra saber se o cara é *crackeiro* ou não, eu dou uma olhada pro pé dele de cara. Se tem um tênis novo, não é. Se tem um tênis novo ou tênis mais ou menos em condições, não é *crackeiro* de jeito nenhum. O *crackeiro*, a primeira coisa, vende o tênis, vende a calça, vende tudo e vai pra uma derrocada física assim brutal. Vira sujo, vai pra sarjeta, não é um tipo de cara que... prostituição tem que ter um charme, né? Não é assim! Não é com caras nesse nível que você faz prostituição. Então... e ainda que alguns se prostituam, a transmissão por via sexual é muito menos eficiente do que a transmissão por via... injetável. Então eu acho que é vantagem. De verdade, eu acho que é vantagem. Eu acho que o *crack* tem um lado bom. Tem um lado bom: o de acabar com a droga injetável.

DN – A necessidade de quem usa *crack* é muito mais intensa do que a cocaína?

DR – Não, não. A mesma coisa. Mas o... que cheira, é mais intensa, ela é mais... forte a sensação, né? E... mas... a necessidade... a vontade de cheirar cocaína ou de tomar *crack* é a mesma coisa, é droga, é a mesma droga na verdade, né? É que o *crack* é mais compulsivo dos que os que cheiram. Os que cheiram cocaína ainda tem um certo controle, porque o efeito é mais demorado... O *crack* não. O efeito é muito mais passageiro, muito fugaz. O cara tem que ficar repetindo, repetindo, repetindo e vai fazendo dívida e... já sai de lá e tem que roubar pra conseguir dinheiro pra pagar, senão o outro mata... Se existe um inferno na terra é esse aí. Mas tem um aspecto positivo. Tem um aspecto positivo.

Nós fizemos um estudo no Carandiru em 1990, testamos 1492 presos, todos que participavam do Programa de Visita às Vítimas que eles tinham lá e... encontramos 17.3% positivos em 1990. Em janeiro de 94, nós repetimos esse mesmo estudo, aí com 900 presos, mas um estudo super bem conduzido com participativo (?) publicado no exterior, tinha caído para 13,7. Quer dizer, diminuiu mesmo, não tenho dúvida que isso diminuiu a incidência de AIDS. É uma estratégia que funciona essa de substituir a cocaína injetável pelo *crack*. E isso é uma coisa que eles mesmo entendem, eles mesmo entendem, porque AIDS pra eles não é teoria. Não é teoria como é aqui fora pra nós. “Ah! A AIDS, que problema a AIDS...” Teve algum caso na família? Não. Tem algum amigo com AIDS? Não. Então é dos outros, né? Lá não, lá tá no meio deles, eles vêem o cara morrendo. Agora não, que melhorou um pouco, mas ainda morre demais, tuberculose, morre um monte de gente aí. Então, eles estão a par do que está acontecendo. O cara pode ser malandro, ladrão, mas ele não quer morrer não. Não quer morrer de jeito nenhum. Então, eu acho que essa estratégia é uma coisa que funciona, que dá certo, mas é difícil você... isso é um assunto que não dá nem pra discutir com as autoridades, né? Imagina você dizer uma coisa dessa? Mas eu acho que nas áreas em que o *crack* substituiu a cocaína injetável vai diminuir o número de casos de AIDS. Na natureza, pro vírus, não interessa se o cara cheira cocaína, fuma *crack*, não interessa nada. O vírus quer saber de se multiplicar, só. Se ele encontra um jeito fácil de passar ele passa. Se não tem esse jeito fácil de passar não passa, acabou. É simples, né? É simples.

DN – Agora, você tá falando do trabalho em Carandiru por que é médico do Estado e

foi trabalhar no Carandiru?

DR – Não, não. Eu fiz uma... em 1990 eu fiz um vídeo de AIDS... 89. E esse vídeo, que é onde tem essa história do... essa coisa...

DN – Dos cinco que... tomaram baque.

DR – Dos cinco... baqueiros lá. Aí eu fui lá no Carandiru... mostrar a cadeia como era, dar umas entrevistas com os presos lá. E fiquei muito impressionado com aquilo ali. Estivemos na... porque o Carandiru é um complexo de cadeias. O que se chama Carandiru é a Casa de Detenção, é a casa onde morreram aqueles 111, que teve aquela chacina, essa que está sempre nos jornais, na televisão, é a Casa de Detenção. Tem 7200... 7000 presos mais ou menos. A atrás tem a penitenciária. A penitenciária tem 2000, pequena. A penitenciária já vão os caras que já tem pena, que já... tão condenados, né? A penitenciária é mais organizada, legal. Era um preso por cela, agora são dois. Mas uma coisa razoável. Carandiru tem sala com 30! É um depósito. E eu fui lá, que na penitenciária tinha um hospitalzinho... hospitalzinho. Tinha um andar lá, um andar de enfermaria, eram celas comuns, né? Mas tinha um médico lá, Getúlio, nunca soube o nome dele, tinha sido meu aluno no cursinho até, e ele... cuidava dos doentes de AIDS lá e aí fiquei muito impressionado com a figura dele. Um rapaz jovem ainda, super sério, sabe? Poucas palavras, ali no meio dos doentes, eu fiquei com aquela imagem na cadeia na cabeça, eu sempre gostei muito de cadeia, assistia a filme de cadeia quando era garoto, ficava fascinado com o ambiente de cadeia. E aí eu resolvi conversar com o chefe do departamento médico lá. “Olha, num lugar desse...” - Desculpa. Chutei as duas, né? - “...num lugar desse aqui é que é o lugar certo pra se fazer uma campanha pra AIDS, porque está numa marginalidade aí.” - Na época todo mundo injetava, não existia *crack* ainda, em 89, 90 - “...você está no meio dessa marginalidade e você pode... aqui é o lugar de atingi-los, né? Porque na rua, onde é que você vai achar esses caras aí? Vai marcar uma reunião? Todos os marginais de São Paulo reúnem-se tal hora, em tal lugar? Eles estão fugindo da polícia!” E ele falou: “Olha, eu acho que é legal. Mas acho que você não devia fazer aqui na penitenciária não. Acho que devia fazer na detenção, que é um lugar... aqui ainda tem um serviço médico organizado, lá as coisas são piores.” Aí eles me deram um pouco de canseira lá, o diretor... cadeeiro não gosta de gente de fora... no ambiente de trabalho, entendeu? Eles não gostam. Eles não gostam não. E... meu deu uma canseira para falar com ele... no final consegui falar e aí combinei de fazer esse trabalho. Nós começamos fazendo esse estudo, a gente colhia sangue, colhemos sangue desse pessoal todo. Como era o pessoal que tem visitas íntimas, eles tinham essa relação deles todos. E... e aí fui lá pra conhecer. No primeiro que entrei na cadeia mesmo, entrei, bateu o portão, *Beur!* Atrás de mim assim, que portão de cadeia bate, faz barulho...

DN – Igual em filme, né?

DR – É igual em filme.

DN – Aquela sensação confinamento. (*risos*)

DR – Eu fiquei... eu senti um... aquela coisa forte assim, um arrepio mesmo do ambiente. E aí fiquei fascinado por essa sensação de estar nesse ambiente, no meio da malandragem, não sei o quê. E comecei a ir lá... e vou lá até hoje. Um dia por semana,

eu vou lá. Agora, nesse momento o que eu faço é atender aos doentes. Vou, atendo os doentes com AIDS, mas na época, durante uns quatro... durante uns cinco anos, nós fizemos essas palestras no cinema também, juntaram os presos e fazia palestra lá. E é uma coisa interessante, dá pra aprender, a gente fala assim, fazer palestra, dá a impressão que você põe um anúncio: ‘Palestra Doutor Drauzio Varela Quem quiser, por favor...’ Se for assim não vai um cara, não vai um! Então, nós tínhamos uma organização assim. O cinema... A Casa de Detenção é desse jeito aqui (*ruído desenhando no chão*), você entra... você entra tem uma porta aqui, aqui tem um lugar que se chama Divinéia, é um pátio assim, é um pátio de distribuição. Aqui na frente da Divinéia, de quem entra aqui, tem o pavilhão seis. Aqui tem o dois, cinco e nove. Aqui tem o oito, sete e quatro. Quer dizer, são três fileiras de pavilhão e uma aqui no meio, tá certo? E a muralha em volta disso tudo e cortando também a cadeia em dois pontos. Então você... aqui nesse pavilhão seis, esse aqui da frente, tem um cinemão, um cinema grande, que eles queimaram numa rebelião em 85 lá. E lá cabe umas mil e tantas pessoas. Então, você tem que levar os presos de um pavilhão pro outro. Só que isso é um movimento complicado, porque eles têm muito... porque num pavilhão o cara tá tranquilo. Quando ele muda de pavilhão, vai encontrar outras pessoas lá e às vezes se estranham. Então, a gente fazia... e também você não pode... porque eles ficam soltos durante o dia. Oito horas da manhã abre a cela e solta todo mundo, cinco horas fecha outra vez...

DN – Ficam todos na Divinéia?

DR – Não. Ficam todos... no pavilhão. Cada um num pavilhão, mas tem uns que tem trânsito e cruzam o pavilhão... é uma multidão de gente, uma multidão. Lá parece centro de cidade, aquilo, pra lá, pra cá o tempo inteiro. Aí a gente fazia como? Você ia dar aula... “Hoje vai o 5º andar do pavilhão cinco que tem 400 presos.” Então pegava o 5º andar do pavilhão cinco, às oito horas da manhã só abria o 5º andar do cinco e descia a escada até o pavilhão seis, até o cinema. Entrava no cinema... aí depois soltava os outros, depois que esses já tinham sido retirados do pavilhão. Eles chegaram no cinema, ficavam lá e aí eu punha um vídeo de... um vídeo de... cantor popular enquanto o pessoal ia chegando. Esses... sertanejos da periferia da cidade, esses... eles adoram pagode, são loucos por pagode. E aí... depois eu parava e dizia: “Olha, agora vocês vão assistir um vídeo sobre AIDS.” Aí eu passava um vídeo educativo sobre AIDS. “Terminando, eu vou dizer umas palavras.” Aí eu descia no meio deles ali, com um microfone, um microfone com um fio enorme, cumprido. Essa parte de telão que montavam, tudo quem montava era uma universidade de São Paulo, A UNIP. Universidade Paulista. Me dava toda a cobertura pra fazer isso, mandava os técnicos e tudo. E aí, eu... dava três mensagens básicas, só, rapidinho, bem rápida. Eu respondia as perguntas, eles faziam perguntas e depois eu dava três mensagens rápidas. Que era primeiro: AIDS passa de homem pra mulher, de mulher pra homem e entre dois homens, passa nos dois sentidos. Uma linguagem bem simples mesmo, passa pra lá, passa pra cá, vírus não reconhece macheza, porque pra eles o cara que transa com homossexual, o ativo não é... não é homossexual de jeito nenhum. Homossexual é o que dá, o outro não é, não é, e ponto. Não e não se consideram. Você pergunta pro cara: “Você já teve relações homossexuais?” Ele fala: “Não. Só com mulher de cadeia.” O homossexual na cadeia é mulher de cadeia, não é considerado homem, de jeito nenhum. Então ele não se considera homossexual. Então essa era a primeira mensagem. A segunda era que AIDS não pega no contato casual. Então, o cara pode morar no mesmo xadrez que é outro, que não tem possibilidade de passar e o argumento que eu usava

sempre era se passasse, se pegar, eu tava morto já. E o terceiro era esse da droga. Eu dizia: “Olha, eu como médico sou contra a droga, nem posso ser a favor. Mas o cara que toma baque na veia vai pegar AIDS, vai pegar. Se não pegar hoje, pega amanhã, pega daqui a seis meses, todos vão pegar AIDS. E são esses caras que levam a AIDS pra casa da gente, pra irmã da gente. São caras irresponsáveis. Esses caras é que infectam as nossas irmãs. Então, se o cara não consegue ficar fora da droga, fuma. Não injeta na veia de jeito nenhum. Essa é a mensagem. E procurando jogar um pouco de agressividade da massa contra o cara... que, que toma na veia, caracterizando o cara como irresponsável e não como malandro. É este cara que vai infectar... a minha irmã em casa. Por que? Porque o cara que tá preso, não tem nada mais importante do que a família. Se perde o contato com a família, acabou. E a família... e as mulheres...

DN – É quem vai fazer a visita a ele.

DR – ...as mulheres da família são as que dão suporte. Os irmãos não vão, claramente. O pai não vai, briga, diz que não é mais filho dele. Quem vai, quem é? É mãe, é a irmã, as mulheres que não esquecem, vão lá, coitadinho, não sei o quê. Eu acho que essa estratégia deu certo. Quer dizer, não acho que eu tenha feito isso, que eu tenha sido... mas coincidiu. Coincidiu. E hoje pego um monte deles lá na enfermaria: “Toma baque na veia?” “Não. tomei até aquela época lá quando começaram aquelas palestras lá no pavilhão seis eu parei.” Muitos disseram isso, muitos mesmo. Nós nunca fizemos um estudo pra ver o impacto da intervenção, né? Mas muita gente falou isso e eu acredito. Porque se você tem uma via de administração que dá o mesmo efeito que a outra? Uma passa AIDS e a outra não passa AIDS? E você não quer morrer? Ninguém quer morrer! Eu se tomasse na veia ia parar e fumar crack agora. Agora, se me dissessem: ‘Diga não às drogas!’ Pode ser que eu não conseguisse dizer não. Imagina! Como se o cara que usa droga, usasse porque ele... optou por usar droga, ele entra naquela e não consegue mais sair. Qualquer fumante sabe disso, não é? Você entra nessa e não consegue mais escapar disso.

AP – Nesse seu contato lá no Carandiru ficou muito claro pra você esse medo da morte? Era muito presente mesmo?

DR – Ah, lógico! Ninguém quer morrer! Nós fomos selecionados... na evolução da espécie entre seres que não queriam morrer! Aqueles que não ligaram pra estarem vivos ou mortos, morreram e não deixaram descendência. Nós somos... nós tamos aqui nesse momento porque os nossos antepassados souberam se multiplicar, se preservar, pelo menos até a multiplicação.

AP – E eles se sentiam próximo da AIDS?

DR – Muito próximos. Porque não é teoria, você tá vendo ali. Você vê um cara que tem 120 quilos, de repente, tá carregado pesando 45 quilos. São imagens muito fortes. São imagens muito fortes essa.

DN – E vendo... e eles vendo todo dia, né?

DR – Todo dia.

DN - Tá ali, o dia inteiro...

DR - E aí o cara vai pro, vai pro, vai pra enfermaria e... nunca mais volta! Se solto não foi, morreu, né? Morreu. E na família, perdem irmãos com AIDS, perdem irmãs com AIDS, têm sobrinhos que nasceram com AIDS, sabe? Não é uma coisa da classe média que fala: “Ah! Tem aquele menino que era homossexual, pegou AIDS, coitado...” Não é! É uma coisa de massa mesmo. Você tem uma AIDS que corre solta na população de baixa renda aí, que nem é contada. Olha, pra você ter uma idéia de como não é contada, eu não conto no Carandiru! Eu não conto e não notifico. Você vai dizer: “Ah, você é irresponsável!” Então vai lá você notificar pra mim, porque eu não vou parar pra ficar preenchendo aquele papel daquele tamanho com uma fila pra atender com 40, 50 pessoas pra atender. E também não vou levar isso pra casa depois pra ficar preenchendo isso a noite inteira. Aliás, nem pode. Tem que ser feita na hora. Você perde mais tempo preenchendo a ficha do que... do que entrevistando doente. Se uma pessoa como eu, motivada em relação a essa doença, etc. que tenho uma formação científica... uma pretensão de ter uma formação científica mais sólida e tudo, eu não conto, eu não conto... não é verdade? Então, esses dados numéricos aí são dados que você fica... tudo bem. E como se contar o número de abortos no Brasil. Tinha uns números aqui, o Brasil tem três milhões de abortos, mas quem contou isso? (*risos*) Como é que sabe que tem três milhões de aborto? Clandestino!

DN – Agora... pensando essa, essa questão dos presos, né? Do Carandiru, deles terem medo de morrer, deles terem essa... até uma mudança mesmo, na postura deles, né? Pra evitar a morte. Como é que é isso pra você? De tá se deparando... na verdade é isso, né? Tá se deparando com a morte... no seu... cotidiano profissional... porque a área de oncologia... e a área da AIDS, né?

DR – Mas eu gosto desse tipo de Medicina, sabe? Se tivesse que... parar essa Medicina que eu faço pra fazer alguma coisa assim mais tranquila, ser Dermatologia ou Oftalmologista, não tem graça. Não tem graça. Pra mim tem graça é isso. Estar ali com os doentes que vão morrer, entendeu? Que podem morrer, que tem uma doença potencialmente fatal. Acho que isso é a Medicina no grau mais... no grau máximo mesmo. A Medicina mais interessante que pode existir. Essa... essa luta mesmo tua com... com a morte. Não é uma luta que você vai ganhar, não. E muitas vezes... você entrou já sabendo que vai perder. E vai perder feio, vai perder feio (*risos*).

DN – Mas às vezes ganha também, né?

DR – Às vezes ganha, mas às vezes perde. Geralmente perde. Quer dizer, quem faz como eu, que recebo já doentes graves, já com doença avançada, perde, muitas vezes perde. E aí você tem que desenvolver uma... ver o que você quer da vida, né? O que que você quer? Você quer fazer esse tipo de Medicina, você tem que se portar... direito, porque as pessoas nesse momento confiam em você, né? Isso traz uma responsabilidade muito grande, porque não é... você vai num dermatologista, ele te dá uma pomada, você passou, não funcionou, você vai em outro dermatologista que vai te dar outra pomada, né? Mas tem essa opção, né? Nesse tipo de coisa que eu faço é mais difícil, porque as pessoas morrem, né? Coisas graves, doenças graves. E às vezes tem que se conformar que... você... não tem o que fazer mesmo a não ser... amparar essa pessoa pra ter uma morte mais decente. O que não é pouco. Você conseguir que um doente morra sem dor, por exemplo. Ou que morra tranquilo, sem entrar em desespero, sem desesperar a família toda, é uma coisa muito legal. É coisa mais difícil da Medicina é isso. Porque a

Medicina tem um lado técnico... que é absolutamente fundamental. Medicina sem a técnica, esquece. Então médico que não estuda, não estuda mesmo o tempo todo, não tá estudando o tempo todo, não tem condição de acompanhar a técnica hoje, os avanços tecnológicos da Medicina. Você pra poder acompanhar, você tem que tá lendo e não só lendo, viajando também pro Exterior, acompanhando, fazendo cursos, conversando com pessoas... é o único jeito que você consegue acompanhar isso. Mas isso não é tudo. Não é tudo. Porque... a arte de curar envolve a técnica de curar, não é? Mas ela tem um outro lado que é onde se dão bem esses que fazem as Medicinas Alternativas aí: os Homeopatas, os Ortomoleculares, os não sei o quê, essas bobagens todas aí que não servem pra nada. Mas você chega no consultório do homeopata: “Ah! Que bonitinho! Como que você está? Tá bem?” - olha o olho - “Senta, por favor. Aceita um chá? Quando é que você nasceu? Como é que foi a tua vida? Como é que não sei quê? De que lado você dorme? Do lado esquerdo ou do lado direito?” Você só de contar isso, você já tá melhorando. Só de contar o que você tem, você já tá melhorando muito. Aí ele fala: “Olha, você faz o seguinte: duas gotas de duas em duas horas. Porque a doença... desequilibra a energia do organismo. A doença é um processo resultante do desequilíbrio da energia do organismo. Esse remédio aqui vai... por em ordem a energia do teu organismo e aí você vai se curar da tua doença sozinho.” Aí você fala: “Nossa! Olha que mágica! Como é que eu não pensei nisso antes? Estou com a energia desequilibrada, tomo isso aí, conserto a minha energia e fico ótimo.” E melhora mesmo. Pra uma porção de doenças, melhora. Melhora. Você está com dor, melhora a dor. Toda doença que dependem do estresse melhoram, só de conversar. Só do doente encontrar o médico já melhora. Essa semana aqui, a gente tava no Carandiru, aí chega um moleque que: “Ai, ai, ai!”, carregado... e gemendo... e se jogou no chão e levantava do chão... É cólica renal, né? Só tem cólica renal que faz isso, né? Mas eu estou vendo ali... que eu tava atendendo um outro, tô vendo que... falei: “Dá um Buscopan na veia dele aí.” Os enfermeiros são tudo preso também. Aí começa: “Peraí! Pára com o braço aí!” Eu falei: “Não vai dá certo isso aí. O cara não pára!” Aí fui lá, peguei o cara, chacoalhei: “Vem cá, deita na maca.” “Eu não aguento subir.” “Aguenta sim! Nós vamos te ajudar. Fica quieto, acalma aí.” Pusemos ele na maca. “Acalma! Abaixa a perna. Fica quieto, relaxa.” “Não dá!” “Dá! Fica quieto.” Aí parou um pouco o braço e o cara pegou a veia dele. Quando ele espetou a veia, o outro falou: “Ah, graças a Deus!” Não fez nada, espetou a agulha no braço e o cara já tava melhorando? Aí você vai dizer: acupuntura, né? (*risos*) Acupuntura.

DN – O efeito da acupuntura.

DR – O efeito da acupuntura... Agora, essa é a arte de curar. Esses caras só tem a arte, eles não têm a técnica. E só com arte você não faz nada. Você não faz nada, né? E com a técnica só, você faz um pouco, mas não faz o que poderia fazer, né?

DN – E aí nesse... (*risos*) aproveitando esse, esse assunto. Quer dizer, você computa todas as... as medicinas alternativas. Não...

DR – Lógico. Lógico.

DN – Inclusive acupuntura.

DR – Lógico, lógico. O requisito básico da ciência é ser reproduzível. Por que esse trabalho que vocês vão fazer vai ter uma... vai ter uma... vai ser um trabalho científico

no final de tudo? Porque vocês vão ter as fitas, o texto escrito... Se a pessoa disser: “Não. Mas ele falou isso mesmo, aquele idiota?” “Falou. Tá aqui...”, vai lá está a fita... Reproduzível. Se vocês não gravam isso, não tem texto escrito, vão lá e contam o que vocês ouviram, isso não é ciência. Nunca será. E no final, vocês vão lembrar dessas idiotices todas que as pessoas falam aqui? Não vão lembrar mais. Não dá pra fazer de outro jeito. Se você pega doentes asmáticos aí, eu vou dar pra esses doentes asmáticos o BCG oral que eu falei. Eu dou BCG oral. Alguns vão melhorar, outros não vão melhorar e aí eu vou dizer o quê? Que o BCG oral é o melhor, funciona pra asma? Qualquer coisa que você der... Aspirina também alguns melhoram, outros não. Em asma sabe quantos chegam a responder ao placebo? 40% dos estudos feitos. 40% responde a placebo. Hipertensão moderada, 14 por 9,5; 14 por 10, 20% responde ao placebo, em todos os estudos. Que quando você vai testar um hipotensor, você faz um placebo junto, né? Pra comparar. Aí você olha o hipotensor, 60% melhorou. Você fala: “Ah! Que ótimo!” Placebo, 20%. “Ah! Não, não. Tem que dá esse remédio, que melhora muito mais gente.” O cara esquece 20% melhorou, você tomando nada, tomando uma, uma, uma pílula de talco. Tomando uma pílula de talco. 20%, às vezes vale a pena você dar uma pílula de talco, mas explicar pro cara: “Olha, 20% responde essa pílula de talco aqui. 80% não. Vamos tentar um mês. Que a tua hipertensão não é grave, você fica um mês assim. Daqui a um mês, se passar... se a tua pressão voltar ao normal, você fica tomando essa pílula de talco. Se não voltar ao normal, aí vou te dar um diurético. Pronto.” Não dizer pro cara: “Olha, agora você vai fazer um anti-oxidante que vai agir nas tuas artérias e fazer a tua pressão cair...” ou “Vou te dar umas gotinhas que vão colocar... acertar o nível da tua, da tua, da tua energia vital...” Que isso? Isso é enganar o doente, né? Isso é enganar. Não tem nenhum valor científico isso, não tem nenhum interesse prático, não tem nada. Você lê essas coisas... eu leio essas coisas falo: “Esses caras são loucos.” Juro por Deus do Céu! Você não pode falar isso porque eles se ofendem e tal. Acho que o certo... desliga o microfone um pouco.

interrupção

DR – (*muito ruído*) Você caía na rua, ralava o joelho. Vinha em casa chorando. A tua mãe pegava fazia o quê? “Vem cá, filhinha! Não. Não foi nada...”

DN – “Dá beijinho, que passa.” (*risos*)

DR – “Dá uma aguinha com açúcar.” Você tomava água com açúcar, “Melhorou, filhinha?” “Melhorei.” A tua mãe dizia o quê? Por que que ela te deu água com açúcar? “Ah, o açúcar é calmante.” Açúcar não é calmante! Como o açúcar é calmante? Açúcar não tem nada de calmante! É a tua mãe que é o calmante, entendeu? É ela que era calmante. “Vem cá, filhinha! Toma um açuquinho...” Dão açúcar porque é doce, a criança gosta, né? Naquela hora não vamos dar água com sal, que a criança... Deus me livre!

DN – Mas a água com açúcar funciona até pra adulto.

DR – Funciona pra todo mundo! Lógico, reduz o estresse. Reduz o estresse. E o mecanismo de estresse provoca grande mal estar. O mecanismo do estresse foi feito pra quê? Pra você fugir do leão. Você vem, bate de cara com o leão, você libera uma quantidade de adrenalina, teus pêlos eriçam... isso aí é herança... nossa animal, eriçava, porque o animal fica maior eriçado, né? Quando tinham pelos. Aí você reduz a... a quantidade de sangue no cérebro, reduz na periferia toda, o cara fica pálido, né? E aí

tem a... concentra todo... a grande parte da circulação nos músculos e sai disparado ou avança em cima do leão. Terminou aquilo, esses imediatos foram consumidos. No mundo de hoje, o estresse é uma coisa permanente. Você está aqui agora, você tá pensando no teu carro: se tá lá, será que não roubaram o carro, na tua casa, no que tá acontecendo com o seu filho. Você tá o tempo inteiro assim no mundo de hoje. Você tem um estresse permanente e isso agrava qualquer processo. Se você tá nervoso e tem uma dor de cabeça, é pior do que quando você tá calmo e tem uma dor de cabeça, né? É pior. Então, se alguém chega nessa hora e te dá uma agulha com açúcar, fala com você, põe a mão, te pega, te tranquiliza, você melhora. Você melhora. Eu acho que isso é função do médico. Só que não é função do médico que não sabe nada de Medicina, que só sabe fazer isso. Isso é função do médico que conhece medicina que aí sim você tem um médico completo. No futuro, esses caras é que vão ser os médicos, os grandes médicos serão quem? Serão os caras que conhecem até...

Fita 2 – Lado B

DR – Então, ao lado da técnica, conseguem ter valores humanos que permitam a eles... se relacionar com essas pessoas de uma forma a conseguir o máximo de resultado que a técnica pode trazer de benefício, né? Acho que esse vai ser o futuro.

DN – Você acha que a tendência está sendo essa?

DR – Eu acho. Eu acho sim. Eu acho. Eu tenho muita esperança nessa geração mais jovem. O pessoal fala mal: “Ah, esses meninos agora não estudam como no nosso tempo...” Velho é louco pra pôr defeito nos outros, sabe? Dizer que: “Nunca foi, como era no nosso tempo.” O cara esquece, né? Esquece como era no tempo dele e depois fica repetindo essas coisas pra impressionar os mais jovens. Mas, na verdade, eu acho que hoje é muito melhor. Primeiro, que hoje você tem uma garotada que sabe Medicina. Sabe Medicina. Estudam Medicina. Eu tenho uma filha fazendo o 2º ano de Medicina e ela... e ela estuda dez vezes mais do que eu estudava. Dez vezes mais. Não sei se vai continuar assim a vida inteira, mas, enfim... E ela não é nenhuma... nenhuma primeira aluna da sala não. Tem muitas... é uma das primeiras, mas tem um grupo grande ali, uns 15 ou 20 que estudam assim. No meu tempo não tinha. Não tinha isso. Segundo que a Medicina evoluiu muito, né? Muito mesmo. E eu acho que esse tipo de... e a Medicina viveu naquela época uma coisa muito pavorosa, sabe? Você já entrava no internato, você via o assistente quando conversava com o doente nos hospitais públicos, já começava... ele falava com você num tom e com o doente no outro. Ele dizia assim: “Você perguntou se ele está com dor de cabeça?” Falei: “Não, esqueci.” “Ô, seu Zé, tá com dor de cabeça?” Era assim o tratamento com as pessoas. O tratamento com as pessoas.

Lá em São Paulo ele chamavam... quando o cara era muito, muito... esses caras ignorantes, broncos, né? Eles chamavam de troglodita. “Vou examinar um troglodita hoje.” Assim, era normal, era coisa que as pessoas falavam. As meninas... faziam aborto e ficavam sangrando. Aí eles levavam pro Hospital das Clínicas, que era o maior pronto socorro da cidade, né? Equipararia aqui o quê? Levam pro Miguel Couto aqui no Rio. Levava essas meninas sangrando pro Miguel... pro Hospital das Clínicas. A gente fazia... tinha que completar a curetagem, porque essas... essas curiosas aí enfiavam agulha de crochê no útero da menina e deixava a agulha de crochê lá. Depois mais tarde, passaram a usar sonda vesical, que melhorou, mas antes era uma agulha de *crochet*, lavava a agulha e enfiava a agulha no cólon do útero da menina. Aí furava a bolsa do

feto, o feto era eliminado. Mas era eliminado por infecção, porque furavam, infectava e eliminava. E algumas não conseguiam eliminar as membranas todas e aí ficava sangrando sem parar. Um risco enorme de infecção. E aí você tinha que curetar. E a gente como interno, passava no pronto socorro de obstetrícia... fazia 30, 40 curetagens por dia. 30, 40. Falando isso parece brincadeira que era uma atrás da outra. A gente até... Era engraçado porque eram sempre mocinhas humildes, elas vinham de saia, meia de lã... podia estar o calor que tivesse, saia, meia de lã comprida assim e um lencinho na cabeça. (*risos*). Você olhava na fila já sabia... e vinha andando com a perna um pouco aberta assim, um andar meio de pata choca assim. Você olhava na fila já sabia quem era que ia... quem ia pro PSO, Pronto Socorro de Obstetrícia. E... a gente curetava sem anestesia. Não tinha anestesista no Pronto Socorro. Pegava o colo do útero com aquela pinça, que faz *crack*, uma pinça que fura, pegava o colo do útero com aquilo, levantava e passava a cureta no, no útero da moça, que o colo já tava dilatado, porque diziam primeiro: que o que dói é a dilatação do colo e esses colos já vinham dilatados, já tavam sangrando já. E segundo: que... quer dizer, se curetar o útero num... dá, dá uma cólica só.. é uma dor horrível. Devia ser uma dor pavorosa. Tinha meninas que escorria lágrimas dos olhos, choravam durante... não tinha anestesista. Essa era a primeira razão. A segunda razão sabe qual era? Se a gente põe anestesista, corre a onda aí, que aqui no Hospital das Clínicas você vai, te dá um anestesia, você dorme, quando você acorda já terminou tudo, então você vai estimular os abortos aí fora. Olha, isso é o que as pessoas diziam. Eu uma vez quando falei com o assistente: “Escuta, imagina se vai estimular? Qual a mulher que vai dizer: “Ah, lá no Hospital das Clínicas eles dão anestesia pra gente. Então vou engravidar pra poder fazer um aborto.” Então é essa a lógica que ela vai usar? Mas era isso que se dizia! Hoje você não vê mais isso, né? Hoje você não vê mais isso de jeito nenhum. Quer dizer, Medicina ainda, no Brasil, tá longe de ser respeitosa com o público e tal, mas existe um pouco mais de... uma Medicina mais humana, eu acho no total. Acho mesmo.

DN – Porque em geral, o que as pessoas, é... se queixam em relação aos médicos, é exatamente o atendimento... o pouco caso, diria assim, no atendimento, o serviço público... Aí a gente também tá falando do Rio de Janeiro, né? Pode ser que haja uma diferença razoável entre o serviço de São Paulo e do Rio de Janeiro. No serviço público, principalmente do paciente entrar... e não ser examinado.

DR – Isso é em todo lugar, né? Isso é em todo lugar. Medicina... O Estado, o Estado prestar assistência médica é um mal entendimento da função do Estado. Não é função do Estado fazer isso. O Estado tem que prover assistência médica a população que não pode pagar, só ela. Mas prover assistência médica não é... não é prestar assistência médica, entende? Isso foi uma coisa que foi mal entendida. Em todos os lugares que fizeram isso a Medicina virou um lixo. Um lixo! Eu estive num Centro Oncológico de Moscou, passei três semanas lá. Quando cheguei o primeiro dia, falei: “Não dá pra acreditar que esse seja o Centro Oncológico de Moscou. Não dá para acreditar! Acho que o Miguel Couto é melhor que o Centro Oncológico de Moscou.” Coisa antiga! Os médicos usavam uma, uma, uma, uma... um avental que vinham até o chão e um chapéu desses *pizzaiolo*, branco, sabe? Esses que você vê nas pizzarias, aquele chapéu célebre assim? Chapéu de médico na Rússia! Era final do regime comunista. Não dá pra acreditar. Uma, uma... uma sacanagem, uma corrupção. Isso aqui que sai na televisão, que diz o cara... que o médico pra operar o doente pediu 10 mil por fora, vai lá eles gravam, aparece no FANTÁSTICO, e tal, na Rússia era rotina. Rotina! A Medicina era assim: “Quer operar?” “Quero.” “Tudo bem. Vou marcar pra você aqui pra janeiro de

99.” “Eu não posso esperar até janeiro de 99.” “Então, quanto é que você pode pagar? A gente pode te operar rapidamente.” “Rapidamente quando?” “Amanhã.” Isso assim, o tempo inteiro em todos os lugares. Essa Medicina estatal fica tão corrupta que não tem mais como você acertar isso, não tem mais.

Eu trabalhei num hospital público em São Paulo durante dois anos, chefeei um serviço de oncologia no Hospital do INAMPS. Esquece! Não há como administrar isso. Não tem a menor chance. Você não pode demitir quem não trabalha. O cara é pego roubando, você prova que ele está roubando e você não consegue demitir o cara. Tem que abrir um inquérito, começa um processo... Em suma: “Mas pegou. Tudo mundo viu. Olha aqui, tava o cara saindo com remédios... que custam... mais de cinco mil dólares, e tal...” “Ah! Mas aí tem que... tem que lavar um flagrante. Tem que...” E começa um processo! Esse processo leva de dois, três anos e o cara fica recebendo! Não tem como acertar. Isso aí é uma imbecilidade que os políticos impuseram e que nós ficamos aí parados, paralisados... “Ah, é! Tá difícil de acertar...” Não é que está difícil, não tem como! Só não acaba isso porque... sempre pode piorar um pouco mais. É uma coisa que já deu errado. Tem que esperar mais o que pra se chegar a conclusão que os hospitais públicos não funcionaram no Brasil? O que que precisa? Eu fico olhando isso às vezes... De vez em quando a imprensa pega e vai, devassa, faz... Precisa aparecer o que mais, meu? O que mais? Apareceu aqui no Rio aquele médico fazendo parto da criança na pia! O que mais precisa saber que isso aí não dá certo? Precisa parar de pôr dinheiro nisso, porque são rios de dinheiro. São montanhas de dinheiro que vão pra esses lugares que são inúteis, não servem pra nada. São mal baratadas, por incapacidade, desinteresse, corrupção, falta de responsabilidade, enfim, pelo que você quiser: o fato é que não chega no doente. Se eu ligar aqui pra Clínica São Vicente agora e dizer: “Quanto que é a diária aí?” A mocinha vai me dizer não vai? “A diária aqui custa tanto.” Quanto é a diária num hospital público? Quanto custa cada doente no Miguel Couto?

DN – Nem o diretor do hospital deve saber. (*risos*)

DR – Ninguém sabe. Ninguém sabe. Ou se sabem, eles não publicam, tá certo? Por que que não faz o cálculo de quanto custa um doente no Miguel Couto pra ver se não sai mais barato pro Estado mandar o doente pra Clínica São Vicente e fechar o Miguel Couto. Por que pro Estado... pro doente, qual é a diferença? Melhor pro doente, se ele for atendido na clínica São Vicente. Pro Estado, que diferença vai fazer? É o dinheiro que o Estado... o Estado pega o dinheiro, só isso. Ele vai pagar aqui ou lá. Se sai mais barato você pagar lá pra que você vai gastar esse dinheiro aqui? Tem que ser assim lógico. Sabe? Nos anos 60, nós achávamos que os hospitais tinham que ser públicos, que a saúde tinha que ser gratuita pra todos... Eu achava isso. Alguém que me dissesse o que eu estou falando agora, eu ia dizer: “Crápula! Vendido ao... ao imperialismo ianque.” Mas nós estávamos errados. Temos que reconhecer que nós estávamos errados! Essa idéia veio errada. Não é assim que funciona. Não dá certo continuar nisso de jeito nenhum. Tem que acabar. Porque isso não tem como acertar.

Se eu ganho... 1000 reais pra trabalhar quatro horas por dia num hospital, eu que sou médico. E aí eu entro e vejo que um trabalha terça-feira, outro trabalha quarta, outro trabalha quinta, cada um vai um dia só por semana, eu me organizo. Então, o dia que eu tenho que ir lá é segunda-feira, isso é rotina entre os médicos, você sabe que é, né? Você sabe que é. Aí o meu dia é segunda-feira. Eu já arranjo compromisso pra terça, pra quarta, pra quinta, arranjo uma amante pra sexta-feira... eu ponho a minha semana toda organizada. Bom aí: “Agora vai ver um grande aumento de salário. Nós vamos, estávamos ganhando 1000, vamos passar a ganhar 5000, mas vamos querer que os

médicos trabalhem...” O que que eles fazem? “Vamos, lógico! Vamos trabalhar. Agora sim. 5000.” Mas o cara já sabe que não pode confiar nisso. Porque agora são 5000, mas até ele ter outro aumento vão passar 20 anos. Daqui a pouco esses 5000 com a inflação, como sempre foi aqui no Brasil, esses 5000 representa 500 de hoje. Ele vai estar ganhando menos do que ele tá ganhando agora. Ele vai largar o que ele já pegou fora e vai se dedicar? Um cara que já tem 20 anos de casa? Que já acostumou ali que ele não faz nada, que ele passa, que ele receita, e *tchau*, vai embora. E vai agora cancelar, brigar com a amante, trocar... abandonar os outros empregos... não vai! Você não tem como resolver isso! E são tantos detalhes na lei...

Eu quando dirigi esse serviço, era assim: o pessoal da manhã saía uma hora, impreterivelmente. Uma hora, *páá!* Eles largaram o que eles estavam fazendo e *tchau!* Mas tinha uma hora de tolerância, de atraso pra quem chegava. Então, ninguém chegava uma hora. Então, de uma às duas não tinham enfermagem, nem auxiliar de enfermagem, ninguém. Os doentes gritavam: “Doutor, pelo amor de Deus! Me traz um papagaio! Por favor!” Eles ficavam sem graça de pedir pra gente... aí a gente ia, pegava um papagaio, levava... Lei! Lei. Eles tem direito. O... o funcionário público que prestava um exame, não precisava trabalhar num dia. Porque tinha prova, prova? Nem exame, prova. Então, você pegava uma auxiliar de enfermagem aí que fazia supletivo, tinha... prova naquela semana toda, não ia a semana inteira trabalhar e você não pode fazer nada porque está dentro da lei! É lei! Eles tem direito de fazer isso. Como é que você vai administrar um lugar desses? Você tem um cara lá, um médico que não trabalha, que não vai, é vagabundo, não aparece, é ignorante, não sabe nada de Medicina, não está interessado, trata os doentes a pontapé. Você diz: “Vou tirar esse cara daqui!” Vai pôr aonde? Ele tem direito de estar lá. Você não pode demitir, você pode tirar ele da tua clínica, ótimo! Você chega pro diretor do hospital: “Olha, eu não quero esse cara aqui.” Ele diz: “Você quer que eu ponha ele aonde?” “Acha um lugar pra ele aí.” “Mas ele é Oncologista, onde é que eu vou pôr um Oncologista aqui no hospital?” Você já cria um mal estar, entendeu? Você já cria um problema nesse momento. Você não pode demitir e contratar outro, e você tira o cara de lá, não é que você tirou aquele e você pode pôr outro no lugar. Não pode, porque não abriu a vaga. Não tem como administrar. Olha, eu tentei de tudo quanto foi jeito nesses dois anos. Tudo, tudo, tudo, não consegui. Isso que eu estou falando pra vocês eu escrevi um artigo quando saí de lá, chama, ‘*PAQUIDERMES ESTATAIS*’, mandei pro ESTADO DE SÃO PAULO. Eles publicaram, deram até um destaque, fizeram um editorial sobre o artigo e tudo. Que é isso. Não tem como! O cara que diz pra mim: “Não. Eu agora vou pegar esse hospital, eu vou pôr em ordem, nós vamos melhorar a saúde pública...” Eu ficou olhando, esse cara ou é ingênuo ou é mentiroso. Porque não consigo ver a terceira possibilidade, ou é ingenuidade, ou é burrice ou é má intenção. Não tem como melhorar isso, não tem como acertar de jeito nenhum, acabou, isso tinha que parar. Não pode parar de uma hora pra outra. Mas tem que criar um sistema que você fosse tirando o dinheiro disso e passando pra esse outro sistema. Só que esse outro sistema qual é? Não é um sistema de medicina privada, embora medicina privada possa existir, tudo bem, sempre existirá. Ninguém pode acabar com o direito de ir lá, pegar um dinheiro e pagar uma pessoa pra te olhar, pra te dar a opinião dela a seu respeito, para te dar uma orientação médica, isso vai sempre existir. Mas nesse esquema público, nós já temos o sistema. Nós já temos. Não precisava inventar nada. O esquema certo é o esquema das Santas Casas de Misericórdia... Aqui no Rio tem Santa Casa de Misericórdia?

DN – Tem.

DR – Todo lugar tem! Você vai nessas cidadezinhas pequenininhas do interior tem uma Santa Casa...

DN – Todo lugar tem.

DR – ...de Misericórdia ali. Você entra, é limpinho, porque as senhoras cuidam, tem freiras que cuidam. É limpinho, é bem organizado. Os... fazendeiro da região, os industriais, as pessoas que têm dinheiro, fazem parte da mesa da Santa Casa, eles criam uma coisa social. Pegam essa gente, que é gente que conhece a estrutura do poder, não é? O diretor do hospital público não tem que ser um pobre coitado... porque ele é do PT, você põe na direção do hospital público, ele não vai conhecer ninguém, é pobre. (*risos*) Tem que ser um cara rico, tem que ser um cara poderoso, com as condições de trazer recursos, de buscar, que conheça os empresários, que conheça as pessoas, que façam as pessoas fazerem doações, a Santa Casa faz isso. A primeira Santa Casa é a de Santos, do país, foi Brás Cubas que fundou a Santa Casa. Olha, Brás Cubas! Brás Cubas morreu flechado por um índio em Santos, pelos Aymorés, em mil seiscientos e nada... (*risos*) Eles criaram... o Brasil foi descoberto, 100 anos depois montaram as Santas Casas. Estão até hoje aí, com dificuldades, com não sei o quê, por que? Porque o governo dá cano, o governo não paga! Toda Santa Casa tem não sei quantos milhões pra receber do governo que não paga. Está na cara que esse é o sistema... não tem um dono, um cara, o dono da Santa Casa que vá lá ganhar dinheiro com a Santa Casa, embora possa ter corrupção também, lógico. Mas, não é uma medicina privada a medicina que a Santa Casa faz. Tinha que transformar todos esses hospitais em Santas Casas e pronto. Acabar com esse negócio de funcionalismo público. Saúde não é pra... saúde precisa de técnicos, tem que ser um sistema ágil. De repente, você precisa de uma enfermeira especializada em AIDS. Até ali não tinha AIDS! Você precisa contratar essas enfermeiras. Tem que ter agilidade, tem que sair aí. Aí surge uma nova técnica, você tem que buscar um médico. Tem que buscar um médico, trazer um cara bom, que ganhe bem, pra operar gente pobre. Por que? Porque já, já sacanagem é o cara ser pobre, né? Ser pobre e não ter... não ter direito a essa assistência que tá aí é que o... é que é a grande perversidade, né?

Então eu acho que esse sistema é perdido. Ele é o responsável por essa distorção toda. (*pigarro*) Médico não pode trabalhar assim. Não pode trabalhar desse jeito, sabe? Ganha... todo mundo ganha a mesma coisa. “Ah! Quanto é?” Você é médico. O salário de médico aqui é mil. Não pode ser assim! Porque o cara ganha mil e vê que o outro não trabalha e ganha os mesmo mil, pra que que eu vou me matar? Não pode ser assim. Você tem que privilegiar os talentos pessoais. Você tem que dizer: “Bom, vamos estabelecer um critério. Dentro desses critérios, os que forem mais eficientes vão ganhar melhor. Os que forem menos eficientes vão ganhar menos. E os que não forem eficientes vão pra rua.” Enquanto não tiver esse tipo de mentalidade, esquece! Esquece! Imagina a Medicina, do jeito que evolui... e olha como nós estamos enfrentando essa evolução da Medicina, essa loucura toda com essas... paquidermes mesmo, né? Miguel Couto, Hospital das Clínicas de São Paulo, essas repartições públicas pesadas, aquelas máquinas de escrever velhas, aqueles funcionários que vão trabalhar de barba comprida, todo pobre, né? Pega três, quatro conduções pra chegar no hospital... Eu depois que pego três ônibus, quero que alguém cuide de mim, não quero cuidar de ninguém, não.

DN – Pega três ônibus e fica uma hora em cada um. (*risos*)

DR – Em cada um? Quero que alguém depois faça uma massagem nas costas, me dá

uma força... Eu agora lá pegar os outros e cuidar de doentes? Porque doente é chato que dói, não é verdade? Você fica doente você não fica chata? É insuportável! A gente não se agüenta! Você fala: “Ah! Eu quero sair. Não, não vou sair. Acho que vou ficar em casa. Acho que vou... não vou tomar um chá, então. Mas chá não quero...” Doente é assim, pô! A gente não se agüenta! Imagina você cuidar de doentes... de outras pessoas doentes? Tem que estar ótima, né?

DN – Agora, retomando a questão da AIDS e falando em doente, né? Qual que é, em geral assim, a primeira reação do doente, quer dizer, você que atende em consultório também, né? Doente de AIDS. A primeira reação quando eles sabem do diagnóstico de HIV positivo?

DR – É muito variada a reação. Muito variada. Mas eu tenho uma experiência engraçada. Eu, às vezes, tenho doentes que vem já muito assustados... A desgraca acontece quando você transou com uma pessoa que apareceu com AIDS. Eu não desejo isso pra nenhum inimigo. Você transou com uma pessoa. Passa-se um tempo, essa pessoa morre de AIDS. Você fica sabendo que a pessoa está com AIDS. Não há quem não entre em pânico. Não há quem não entre em pânico. Aí, o cara vai tem que fazer um exame. Às vezes tudo bem, foi um caso de, (*pigarro*) um caso de dois anos atrás. Mas às vezes foi um caso de 15 dias atrás. E aí não adianta fazer o exame, você tem que esperar três meses pra fazer. Um inferno! É um verdadeiro inferno. Então... todo mundo fica muito tenso com essa coisa de faz o teste, vai pegar o resultado, não sei quê... E, na hora que o resultado vem positivo, muitas vezes vi pessoas de se desmontarem mesmo, sabe? De chorarem, se desesperarem e: “Por que eu?” Sempre a mesma pergunta: “Por que eu?” Eu sempre penso nessa: “Por que não eu?” E... no Carandiru é completamente diferente. No Carandiru já muitas vezes... o cara falou: “Ih, Doutor, colhi meu exame aí. O senhor vê o qu...” - só o médico que pode dizer pra ele - “...O senhor vê o que deu aí.” Eu chego pro cara e falo: “Olha, deu reagente aqui que é... positivo. Você teve contato com o vírus. Nós temos que repetir o teste...” Alguns ficam neutros, completamente neutros. “É? Ô, doutor! Deu positivo mesmo? Deu? E agora tem que fazer o quê?” “Vamos repetir o teste.” “Tá bom! O senhor manda colher aí?” “Mando.” E vai embora. Uma gente que já vive numa, numa... situação de vida tão perigosa, tão perigosa que... uma coisa dessa, que ele pegou um vírus, que um dia pode ter AIDS e tal, é uma preocupação mais distante. Naquele momento ele tem preocupações muito mais próximas, ele corre riscos acho que, muito mais altos. Ele tá numa cadeia, você pode morrer a qualquer momento. De repente, alguém se desentende lá e sobra pra você. É engraçado mesmo. É... sim! É lógico que as reações individuais variam muito, mesmo (*ininteligível*). Mas a reação de gente levando uma vida normal, etc. como nós, classe média, que tá tocando a vida e sabe de uma coisa dessa, desestrutura muito mais do que um cara que tá aí pegando a vida a tiro, né? Desestrutura mais, como média, sem dúvida nenhuma. Carandiru é engraçado. Às vezes, o cara... Uma vez estava com um amigo lá, dei uma notícia dessas prum outro, ele disse: “Escuta, esse cara já sabia, não sabia? Que tava com AIDS?” “Não. Eu tô dando a notícia agora.” “Agora? E ele reagiu assim?” Ele ficou com a cara que ele estava antes, quando eu falei. Com a mesma cara. “É? Então, deu positivo. Tá bom.” Uma fatalidade, sabe? Uma coisa que...

DN – Uma a mais, uma a menos.

DR – Uma fatalidade.

DN – Em geral, quando as pessoas chegam no consultório, já passaram por outros médicos, outros serviços?

DR – Às vezes sim e às vezes não. Às vezes sim e às vezes não. Às vezes vem... eu faço muito coisa de imprensa, fiz muita coisa pelo rádio, em São Paulo. Faço ainda televisão, campanhas... agora não mais sobre AIDS só, mas... às vezes me procuravam por isso. Gente que me conhecia, tinham ouvido falar de mim, tinham me visto em entrevista...

DN – E como é que tem evoluído agora, já com o passar dos tempos, a reação dos doentes, em relação a, a evolução da doença mesmo.

DR – Hoje existe tratamento pra AIDS, né? E isso mudou muito as coisas, mudou demais. Hoje não morre mais ninguém... bem tratado, gente que tem acesso a medicação, é muito raro morrer de AIDS, muito raro mesmo. Difícil. Se você trata direito, conhece, sabe como receitar os remédios, que forma fazer, é raríssimo. Mudou muito nesse sentido, né? A AIDS virou mais uma doença crônica, diferente daquela época, que morria na cara da gente. Uma infecção você curava a primeira, curava a segunda, quando você achava que era a terceira, já vinha junto a quarta e a quinta e uma hora não dava mais. Era assim que acontecia sempre. Aí tinha uma conotação direta com a morte. Acho que isso está mudando um pouco em relação a AIDS. Todo mundo sabe que a AIDS mata, etc. mas hoje já tem tratamento... já é uma visão um pouco mais otimística [*sic*] assim em relação, otimista em relação a AIDS.

DN – Doutor Drauzio, é por causa... eu estou preocupada com a sua hora (risos), estou tentando fechar e a gente, em suma, conseguir marcar um outro encontro, tá?

(ESTA FITA NÃO FOI INTEGRALMENTE GARVADA)

Data: 09/05/1998

Fita 3 – Lado A

DN – Vamos dar início a segunda etapa da entrevista com o doutor Drauzio Varella para o Projeto ‘A Fala dos Comprometidos: ONGs e AIDS no Brasil’. Hoje são 9 de maio de 1998, estamos no Rio de Janeiro. Os entrevistadores são Dilene Raimundo do Nascimento e Ana Paula Zaquieu.

Doutor Drauzio, na... semana passada... na entrevista passada, em suma, contando a sua história pessoal, falando dos seus... avós paternos, avós maternos... é... você inclusive descreveu, ou melhor, qualificou bem os espanhóis, né? Quer dizer, a, a... os espanhóis como são, os portugueses como são, né? Dizendo que os espanhóis são rígidos, voluntariosos, determinados, fiéis, legais... e leais e os portugueses mais ou menos semelhantes, mas não tão fiéis, né? E, quer dizer, contou também a característica pessoal do seu pai, da determinação dele em... se empenhar em vocês estudarem, de todos os filhos fazerem universidade e... disso ele não abria mão, né? Quer dizer, mostrando uma, uma determinação muito grande. E... quer dizer, com essa, essa ascendência a gente estaria perguntando hoje como é, em suma, como é que você se posiciona nessa... nessa influência espanhola, portuguesa, essa coisa da determinação...

DR – Eu acho que não. Eu, eu, eu, eu me sinto absolutamente brasileiro, sabe? Nunca, nunca... senti nenhuma ligação com a Europa, de jeito nenhum, de jeito nenhum, nem pensar. Eu tomei consciência dessa ascendência física, essa ascendência que eu tenho, pela aparência física. Uma vez tinha um filme do Carlos Saura, chamado ‘BODAS DE SANGUE’, assistiram aquele filme? E eu vi aqueles homens... “Nossa, meu! Parece a minha família!” Altos, carecas, uns homens... altos, todos magros, né? Uma gente de boca fina, né? Eu pertencia a essa geração de gente aí (*risos*). Foi a primeira vez que eu tive essa sensação. Porque eu me identifico mesmo com o Brasil, eu nunca tive vontade de sair do Brasil, essas coisas que o pessoal tem, minha geração... Tenho... viajar sim, tudo bem. Mas morar fora do Brasil? Jamais. Já tive até oportunidades relativamente boas, mas esses lugares aí que todo mundo é igual, né? Tá louco! Nunca tive isso. Eu sempre me achei brasileiro mesmo, sabe? Brasileiro, não é porque eu sou nacionalista não, mas, acho que aqui no Brasil nós formamos um grupo diferente dos europeus, dos americanos que são muito mais homogêneos, rígidos. Aqui foi uma mistura... mais legal. Eu não sinto essa ascendência não, nunca... pensei nisso: meu lado espanhol. Jamais. Acho que eu não tenho lado espanhol (*risos*). Devo ter fisicamente, talvez tenha até a estrutura do pensamento, né? Mas que eu perceba não, de jeito nenhum.

DN – Quer dizer, e esse ser brasileiro significa ser mais flexível?

DR – Sei lá! Eles encaram a vida mais do jeito que do Brasil se encara a vida, né? Que é diferente dos outros países, né? Nós somos mais afetivos uns com os outros, temos... uma relação familiar mais... uma relação mais centrada na família, né? E essa... coisa meio bagunçada que você tem que sobreviver no meio da confusão, apesar de tudo, dá uma agilidade que fica muito interessante, né? Você vê, eu como médico posso ter uma clínica particular, tocar um centro de pesquisa como eu estou formando agora, assistir... passar uma tarde por semana numa cadeia em São Paulo. Isso prum médico americano? Isso é absolutamente impossível. Um médico europeu? Jamais! Que é isso? Não haveria possibilidade de fazer uma coisa assim,

DN – Porque não lida com essa diversidade.

DR – É. E as coisas lá são todas certinhas. O cara tem emprego, tem uma posição, é tudo organizado, legal, com um bom salário... mas ele sabe que ele vai fazer nas férias de janeiro de 2005. Ele sabe o que vai fazer: que vai sair com a mulher, que vai passar na casa da sogra, que vai deixar o cachorro, que vai... que vai levar as crianças pra não sei onde e aí vai pegar o avião e vai pra... pra Ilha de Majorca e vai passar do dia 12 ao dia 19. Assim que eles vivem. O pessoal que faz... que faz pesquisa básica de laboratório, eles levam o laboratório para casa e acabou. Não tem tempo pra mais nada. Estudam o tempo inteiro, sempre fazendo coisas e viajando, quando viajam é a trabalho também, é o tempo todo. De modo que eu nunca tive interesse por esse tipo de vida, não.

DN – Hum, hum... Outra questão também que nos ficou assim, em relação ao... a narrativa da etapa passada, é... foi quando você conta que tentou emprego de sanitarista na Secretaria de Saúde de São Paulo, mas o salário não pagava nem o seu aluguel, né? E... em suma, você não... não assumiu isso, esse emprego, e ficou uns dois, três anos perdido até que encontrou o Vicente Amato e foi pro Hospital dos Servidores. Quer dizer, o que deu pra entender é que nesse momento você já era casado...

DR – Era casado.

DN – Era casado e não tinha filhos e estava tentando emprego de sanitarista, mas mesmo assim...

DR – Casei depois que me formei, um pouco depois, uns dois anos, depois que me formei. Dois ou três anos.

DN – É. Aí relata, quer dizer, nesse período de dois, três anos perdido, que... dava aula no curso à noite, chegava em casa quatro horas da manhã...

DR – Quer dizer, não é perdido. Eu trabalhava de monte... (*risos*)

DN – É, sim, claro! (*risos*) Porque trabalhava a noite no curso, né? E o salário...

DR – Trabalhava pesado...

DN – E era um salário razoável.

DR – ...era um salário bom.

DN – Pois é! Mas eu estou usando ‘perdido’ porque você mesmo...

DR – Perdido na Medicina...

DN – ...é. Você mesmo usou essa... esse termo, né? E chegava quatro horas da manhã em casa, ia dormir já com... o sol amanhecia, até fechava a janela que era pra não ver o dia amanhecer... Aí ficou... ficou a questão o seguinte: e esse casamento? Quer dizer, nesse, nesse processo...

DR – Eu fui casado com essa mulher, eu fui casado com essa mulher 11 anos. Tive dois filhos... duas filhas com ela... são moças, uma tem 24 e a outra tem 22 anos. Aí me separei e aí conheci a minha segunda mulher, me casei com ela. Isso foi em 81, me casei com ela. Quer dizer, eu conheci, a gente foi ficando junto, foi casando... foi um processo isso. E eu estou casado com ela até hoje.

DN – Hum, hum. É... ainda em relação a entrevista passada, aí pegando a questão do Carandiru, né? Que tem um momento, que você fala que o preso, pode ser malandro, ladrão, mas que não quer morrer. E mais adiante relata a reação de um dos presos ao receber o diagnóstico de HIV positivo, né? Recebeu com uma certa indiferença...

DR – Não um. Vários.

DN – É. Quer dizer, que era até uma reação comum, né? No presídio. É... em suma é um pouco assim. Como, como, como você vê isso, a medida que, na verdade, eles têm medo de morrer, e uma reação quase que indiferente com um diagnóstico de HIV.

DR – Eu acho que é porque eles sabem que a doença, que a AIDS, é uma coisa que eles poderão desenvolver no futuro. E quem vive nesse tipo de ambiente, quem vive no mundo do crime, não tem essa preocupação... as preocupações imediatas são tão mais importantes que ele não tem essa preocupação com o futuro tardio. Eu acho que isso se deve a isso. “Tudo bem. Eu posso morrer de AIDS, mas eu posso morrer amanhã no xadrez aqui. Eu passar pela rua alguém me matar. No próximo assalto, eu posso tomar um tiro e morrer.” Quer dizer, entra tudo num clima de fatalidade, né? Diferente da gente que já tenta programar a vida mais a longo prazo, e tudo, né?

DN – Acha sempre que a morte está bem distante, né?

DR – Está bem distante... Aí você... acha que... você tem controle sobre a vida. No momento que o cara sabe que está com AIDS, ele sente que não tem controle nenhum. Controle? Perdeu o controle. Eles não. Eles já não têm muito controle mesmo do que vai acontecer com eles, né? E acho que aí dá uma sensação um pouco mais de... de aceitação, né? Dá uma aceitação mais fácil. Que não é igual pra todos. Lógico! Também têm uns que reagem de outra forma, e tudo. Mas a reação mais comum é essa. Engraçado, nunca vi lá o cara... aliás, vi pouc... mas pouquíssimos. É exceção total. O cara na hora chorar e se... sabe? Se descontrolar. É o oposto da sociedade de fora, que essa reação é mais frequente, né? Lá é exceção. (*tosse*)

DN – Hum, hum. Agora, pegando aquela observação que você fez, em relação aos usuários de droga, a proposta de seringas, distribuição de seringas pra prevenção da AIDS, né? Um programa de prevenção da AIDS em que você questiona isso, porque, de repente, o elemento de contaminação não tá na seringa, exatamente, né? Mas aquela descrição que você fez na roda de, de baqueiros, né? Que tem um foco de transmissão ali no copo que eles usam pra lavar...

DR – A colher, a parafernália toda.

DN – É. Mas essa é uma... é um mote das campanhas de prevenção da AIDS dirigidos aos usuários de drogas, né? E aí, na verdade, a gente queria discutir a questão da campanha de prevenção em geral. Foi feito o questionamento em relação ao usuário de

droga...

DR – É, eu acho que a questão do usuário de drogas, é uma questão... esse tipo de campanha tem que ser feita por gente que tá no meio deles. Não dá prum cara no escritório fazer uma programação de como você vai tratar com o usuário em droga. Porque a vida do cara que usa droga é um caos... tal que mesmo tando perto você se atrapalha, sem tá perto, você não tem noção do que vai acontecer com eles. Eu acho que se o objetivo da distribuição de seringas é entrar em contato com essa população, usar a distribuição de seringas como pretexto pra que o Estado financie uma campanha de prevenção a AIDS, cujo o objetivo, na realidade, é entrar em contato com o usuário de drogas, estabelecer um contato com eles, eu não tenho nada contra. Agora, dizer que o objetivo é... que você dá a seringa pro cara, você vai reduzir a transmissão da AIDS, eu duvi... eu, eu tenho muita dúvida. Eu tenho muita dúvida, por essa razão primeira: vírus contamina cultura em laboratório, nos melhores laboratórios do mundo. Agora, você imagina numa roda de adolescentes pirados, né?

AA – Você acha que é a cultura da droga.

DR – Não. Não é a cultura. É o jeito de preparar a droga.

AA – É a cultura, o modo de como se preparar a droga...

DR – É, o modo de se preparar a droga, isso é que...

AA – Ensinar... tem uma certa cultura no preparo.

DR – Não adianta. Não adianta, que é isso! Você treinar um cara pra mexer com cultura de vírus... você mete um cara no laboratório, ele trabalha anos no laboratório, um cara PHD, um cara formado, com tese em doutoramento... dá uma bobeadinha, esquece de lavar uma pipeta, por um segundo encosta em outro lugar, pronto. Infectou com vírus! Você vai ensinar a moleque de 17 anos, que fica tomando aquilo na veia? Eu descrevi pra elas uma sessão da outra vez. É impossível! É humanamente impossível...

DN – É impressionante. É impressionante. Eu fiquei muito impressionada com a descrição dele.

DR – O cara no fim bebe sangue. Bebe sangue! Quer dizer, pô! E não percebe que bebeu sangue, acha que tá bebendo água? O que é isso? Isso não tem solução desse jeito! Depois tem um segundo ponto... por exemplo, vou te dar o exemplo do Carandiru. Eu quando cheguei lá, achei que era certo distribuir seringas pros presos na cadeia. Achei que tava certo, porque não tinha... se não distribuir seringa, o que eles fazem? Um usa a seringa do outro. Só que o Estado nunca faria isso. Acha que o Estado vai comprar seringa? Admitir que existe droga injetável na cadeia? Não pode fazer isso. Então isso nunca seria feito. Hoje eu seria contra. Hoje que acabou a droga injetável lá? Todo mundo fuma *crack*, nós vamos estar lá distribuindo seringa? Pra dizer pra eles o quê? “Não, voltem pra droga injetável?” Não, deixa no *crack*. É melhor. É complicado. Não é tão simples. Não é simples como o cara de fora vê. “Não...”

Eu participei de um debate na televisão, ‘RODA VIVA’ na TV Cultura... um debate não. Num roda viva, e um rapaz de Santos lá que mexe com isso, ele ficou com ódio de mim quando eu falei essas coisas, sabe? Eles estão... lá tinha uma campanha de

distribuição de... eu vi no olhar dele que ele ficou com ódio de mim, mas eu tava sendo sincero como estou agora. Não tem cabimento isso, não é tão simples. Porque... o cara fala: “Ah! Em Hendiburgo foi feito, na Suécia, em Rotemburg foi feito. Foi feito na Alemanha e a distribuição de drogas reduz os que receberam... a distribuição de seringas reduz a existência de AIDS.” Lá as seringas não são disponíveis. Não vende seringa em farmácia. Aqui o problema não é esse. Custa 30 centavos uma seringa, você compra em qualquer farmácia. Não é esse o problema, percebe? E lá, o que que acontecia também? Não é que o cara que recebeu a seringa, entre os usuários de drogas, 20%, sei lá, 70% se infectaram, os que não receberam seringa, os que receberam caíram para 10%. Não, a diferença é pequena, é significativa, mas é uma diferença discreta. Discreta. É muito complicado. Eu acho que... o que a sociedade... a estratégia da sociedade com usuários de drogas é de oferecer centros de recuperação. Porque o cara quando tá na droga, muitos querem sair. Não saem porque não conseguem... Eu não vejo... eu não empregaria energia nisso, entendeu? A menos que fizesse parte, com eu disse, de uma campanha: então vamos fazer o quê? Vamos parar uma perua, uma Kombi na rua, dizer que é distribuição de seringas, os usuários vão chegar, ao mesmo tempo nós vamos ter um médico, vai dar remédio, que vai testar para AIDS, pra hepatite B, uma assistente social vai dar aulas pra eles de como fazer... aí é outra coisa. Aí, tudo bem!

DN – Não a distribuição... simplesmente.

DR – Não... e livrar a nossa consciência, dizer: “Ah! Nós distribuimos não sei quantas seringas...” Você distribui a seringa, eles vão vender a seringa na farmácia. E outra, eu acho que a moda da droga injetável tá acabando. Aqui no Rio, os traficantes não deixam. Em São Paulo tá tudo passando pro *crack*. Agora nós vamos estar distribuindo seringas? Nós tínhamos que ter feito isso em 1985. 82, 83, quando começou e não agora.

DN – Se bem que, mesmo em 83, não... foi... eu não me lembro o ano, já era essa, esse ritual entre os... a roda de baque. Quer dizer, a seringa individual não resolveria mesmo.

DR – Ah, lógico! A droga é comunitária. Você não vai sair daqui do Leblon e vai lá na Ataulfo de Paiva e toma um *chopp* sozinha agora. Você não faz isso. Ninguém faz. Só bêbado. Você, pra tomar um *chopp*, você quer um amigo, quer alguém pra sentar num bar, conversar, não sei o quê... A droga... o uso de droga é comunitária... a droga tem uma cultura, pra usar teu termo, tem uma cultura gregaria, né? E além disso tem razões econômicas: o cara vai comprar cocaína, junta quatro ou cinco, você pode comprar um volume maior, um pouco, sai mais barato e tal.

DN – Agora, pela sua experiência também, quer dizer, isso aí seria a prevenção da AIDS entre os usuários de droga. E no caso da prevenção da AIDS, transmissão sexual mesmo, né? Que as campanhas, basicamente, que elas fazem, as campanhas oficiais principalmente, o que elas fazem é, em suma, defender o uso da camisinha. Você acha que isso também, em suma, consegue mudar a situação da AIDS no Brasil?

DR – Olha, eu acho que essas campanhas... eu mesmo fiz muita coisa em termos de campanha. Comecei fazer numa rádio em São Paulo, JOVEM PAN que é uma rádio AM. JOVEM PAN e BANDEIRANTES são a de maior audiência. Em qualquer taxi que você entra tá ligado nas duas. Eu fazia essa... comecei a fazer umas vinhetas, que não foram idéias minhas, foram... não foi idéia minha, foi idéia do Fernando Vieira de Melo, que é um

jornalista de São Paulo, que construiu a JOVEM PAN e tudo. E o Fernando me deu essa... ele fez a fórmula da vinheta. E a vinheta começava sempre assim: eu me identificava, dizia ‘aqui é o Dr. Drauzio Varela falando com você’ e particularizava o grupo com quem eu queria falar. E a vinheta era curta, bem curta mesmo. Ia absolutamente... direta. Eu logo percebi que você não, não... tem pouco espaço pra mensagens gerais em AIDS. Mensagens gerais é, por exemplo: ‘AIDS mata’. Acho que foi importante fazer isso de cara. Hoje todo mundo picha isso, né? Mas naquela época foi legal fazer. Hoje não há pessoa no Brasil que não saiba que AIDS mata. O que você não pode é depois ficar repetindo isso, né? Porque aí... anestesia, né? Desgraça quando é muita, anestesia o ouvinte, sempre. Então, não adianta falar que AIDS mata, o cara fala: “Já sei. E daí?” Essas mensagens gerais funcionam... algumas delas... você pode dizer, por exemplo: “Você que tá grávida...”, como eu fazia, “...tem que tomar AZT durante a gravidez. É grávida tem que fazer o teste da AIDS. Se for HIV positivo ela...”

Você não se importa só de jogar a fumaça pra lá que eu estou resfriado e eu tô com um pouco de...

AA - Tudo bem. Eu vou apagar.

DR – Não. Não. Não precis...

E... aí... eu falava assim: “Funcionou a mensagem geral: todas as grávidas.” Você vai dizer: “AIDS não passa num contato casual. Então se um amigo teu, uma amiga tua tem AIDS, tenta ajudar, dá uma força, vai visitar e tal.” Isso vale geral. São poucas mensagens que cabem assim, o resto você tem que particularizar. Porque se eu digo assim: “Se você... Use camisinha. Cuidado com a AIDS.” Minha sogra que tem 73 anos não se identifica com esse tipo de... não é pra ela que você tá falando, não é? A menina que é virgem, a outra que não é casada, é solteira, não tem namorado, você não tá falando pra elas. Então você joga uma coisa... e pro cara que tá nessa fase, tá na vida sexual, também não acha que é pra ele, tá falando uma coisa geral, “Tome cuidado!” “É, tome cuidado.” Acho que tem que ser particularizado. A linguagem que você fala com a menina... virgem que vai iniciar a vida sexual, não pode ser igual a linguagem que você fala com a mulher casada, e não pode ser igual a linguagem que você fala com meninos adolescentes, tem que ser muito diferente (*pigarro*). A primeira relação sexual é importantíssima. As meninas, às vezes, sangram durante a primeira relação sexual e tem a maior chance de se infectar, e mulher nenhuma usa camisinha na primeira relação sexual, nenhuma. Pode fazer qualquer estudo aí, nenhuma. É zero. Porque mulher apaixonada não usa camisinha. Mulher... a grande maioria das mulheres se infectam como? Se infectam porque se interessaram pelo cara, saíram uma vez, duas, se apaixonaram, a mulher se apaixona por qualquer um, não é? Uma coisa inacreditável! Não é verdade?

DN – Por que a mulher é mais sensível pra paixão? (*risos*)

DR – Mulher se apaixona, meu, toda hora, vivem apaixonadas (*risos*) E aí pegam o vírus, pegam o vírus. Então você tem que jogar essas linguagens, acho que especificamente. Você tem que falar com os homossexuais... como é que você vai falar com os homossexuais? É igual como você fala pra menina virgem? Não é. Pro homossexual, você tem que dizer o que pra ele? “Penetração, só com camisinha. O vírus penetra o intestino com muita facilidade.” (*tosse*) Acho que tem que ser assim. E o que eles fazem nessas campanhas, o que é? Primeiro que são campanhas feitas por agências que a gente nem conhece. Tudo bem, deve ter gente talentosa espalhada por todos esses

lugares, enfim. Vem sempre uma coisa... polêmica... e divisória. Divide as pessoas. Divisória não é a palavra certa... (*risos*) Sempre divide as pessoas, uns acha que é legal: “Ah! Legal essa linguagem! Saiu bom.” Outros: “Não! Imagina? Que grosseria, não sei o quê...” Quer dizer, fazem o negócio e chamam de Bráulio, aí todos os Bráulios se ofendem (*risos*). É muita incompetência, não é verdade? É muita... a profissão dos caras é essa, meu! Eles ganham dinheiro, eles ganham uma puta nota. Não é como a gente que vive essa luta desgraçada. Ganham uma nota esses publicitários. Vai escolher um nome, põe Bráulio, tá na cara que todo mundo que chama Bráulio vai se ofender. Eu, imediatamente que saiu, eu tenho uns primos que chamam Bráulio, eu imediatamente liguei pra eles...

DN – De gozação. (*risos*)

DR – Lógico! Como eu... um deles quando eu falei: “Desculpa e tal.” Ele disse: “Você é o terceiro que tá ligando pra cá.” Tá cara que ia acontecer isso! E os caras fazem assim. Eu acho...

DN – Se bem que... quer dizer, são publicitários que criam a campanha, mas eles criam pro Governo. Quer dizer, pro Programa Nacional de Controle da AIDS.

DR – E no Programa Nacional... tudo bem que os caras não entendam de publicidade...

DN – As campanhas tem o aval do Programa.

DR – Tem o aval, mas que passem o atestado, tudo bem. Mas eles, pelo menos, têm a vantagem de não serem publicitários.

DN – Aí, se desculpa.

DR – Aí eu acho que ainda se desculpa. Não alcançaram onde é que se podia chegar, tudo bem. São médicos (*pigarro*), são assistentes sociais, são enfermeiros, são uma gente... Mas os publicitários, meu? É incrível a incompetência! Depois dizem que o Brasil tem a publicidade mais avançada do mundo...

Então, eu acho que... as campanhas que vem são assim. Aí vem outra, sai no carnaval, musiquinha... No carnaval fazem campanhas sempre, na época do carnaval. Eu nunca li um estudo dizendo que a atividade sexual no carnaval é mais alta. Eu nunca li! Vocês já leram algum estudo desse (*pigarro*) demonstrando?

DN – É, mas existe um mito em relação a isso.

DR – É um, é um, é um mito! Carnaval o cara bebe de cair de quatro no Brasil inteiro. Carnaval é coisa de bêbado...

AA – E por que não fazer uma campanha nas Festas Juninas?

DR – Na Semana Santa, é mais importante! Viaja todo mundo na Semana Santa. Nesses deslocamentos de população é que aumenta mesmo a atividade sexual. Semana Santa é uma época boa pra se fazer. Mas não. Carnaval como é uma festa do diabo e aparece as cariocas dançando com os seios de fora, não sei o quê...: “Tá vendo? Olha o sexo invadindo as ruas do Rio de Janeiro.”

AA – Eu acho até poderia prognosticar que o carnaval a atividade sexual cai.

DR – Eu também acho que cai. Tudo bêbado.

DN – O nível alcoólico é muito alto e aí a atividade sexual cai.

AA – Semana Santa não se tem certeza...

DR – Aí eles fazem isso durante o carnaval. Gasta uma fábula, que contratam esses brilhantes publicitários. Jogam no horário nobre na televisão. Quanto custa um negócio desse?

AA – Milhões.

DR – Milhões de dólares, meu! Primeiro: não precisava contratar profissionais tão brilhantes, podia ser uns outros, bem intencionados, menos brilhantes, pouco mais preparados que fizesse uma coisa tecnicamente melhor, fariam de graça. Eu perguntei uma vez pro Washington Ollivetto, perguntei uma vez pro Mizan Guanais (?) que são os dois maiores publicitários de São Paulo, os dois disseram que fariam de graça, com todo prazer. (*muito ruído*) Lógico! Pega bem pra uma agência (*ininteligível*), fariam de graça. Segundo: o tempo na televisão... a televisão é do Estado, é uma concessão estatal. Não tem que comprar um tempo pra fazer isso. Faz um acordo com eles! Você entra e diz: “Olha, nós vamos usar tanto de horário político. Vocês vão ceder tanto de horário político. Nós vamos usar esse tempo pra fazer essa campanha contra a AIDS. Não vai durar só o carnaval, vai ser permanente...” Porque o que adianta você faz durante o carnaval e depois passa o ano inteiro sem fazer, pra população fica como se o problema da AIDS tivesse acabado naquele intervalo, é o que acontece.

AA – E o pior! O problema da AIDS fica restrito ao carnaval.

DR – Ao carnaval. Vai chegando a época do carnaval, começa os repórteres (*ininteligível*) “Doutor, vamos fazer uma matéria aqui na revista CARINHO, na revista não sei o quê...”, vira assunto nacional a AIDS, na época, porque é carnaval. Uma coisa que não tem nenhuma base científica pra ser desse jeito, não tem nenhuma, nenhum estudo feito assim pra justificar isso, né? Gasta-se um dinheirão por nada.

O problema da camisinha, eu acho que essas campanhas todas devem ser feitas e eu mesmo... comecei a fazer isso em 86. Então, devem ser feitas, acho que é fundamental fazer... Mas me dá sempre um pouco de sensação de... de anúncio de BMW na televisão, entendeu? O cara olha, fala das maravilhas que a BMW faz... eu adoraria comprar uma BMW, mas eu não tenho dinheiro pra comprar, tudo bem. Camisinha é o mesmo problema. Vocês têm idéia de quanto é a produção nacional de camisinhas? Quantas camisinhas são produzidas no Brasil? Eu fiquei curioso numa época. Deve ter alguém que saiba esse número aí. Deve ter um mercado, você sabe quanto é um mercado de feijão numa cidade, deve saber quanto é o mercado de camisinha. Aí entrei em contato com o pessoal da *JOHNSON AND JOHNSON*. Esse pessoal de multinacional, eles não falam nenhuma palavra, sem pedir pra você não comentar com ninguém. (*risos*) São engraçados. Não dizem nem um bom dia...

DN – Tudo é segredo.

DR – Eles devem pisar em ovos ali, aquele emprego desgraçado que eles têm. O mercado nacional de camisinha, o ano passado, 97, era de 10 milhões de camisinhas... (*ruído*) 10 milhões. Hoje, talvez esteja no máximo... falei com o mesmo cara há uns dois meses atrás... olha pode ter aumentado no máximo uns 10% esse ano (*pigarro*). Faz a conta aí. 160 milhões de habitantes, 30% mulheres na idade fértil. Então, se você pegar só as mulheres na idade fértil, não é só mulheres na idade fértil que têm vida sexual, mas só as mulheres na idade fértil você tem aí 50 milhões de mulheres. 10 milhões de camisinhas por ano. Estão brincando de prevenção a AIDS. Estamos brincando. É uma brincadeira nacional: faz o carnaval, musiquinha de carnaval, dança, o peru, o Bráulio, não sei quê, tudo bem. Tem 10 milhões aí pra dividir.

DN – Agora, por outro lado não acha também que... apesar dessa ineficácia que a gente se certa forma até concordaria também, em relação a prevenção da AIDS com essas campanhas, não tem um lado que as campanhas servem também pra tornar a doença mais conhecida, menos ameaçadora.

DR – Ah, sim. Ah, lógico! Eu não sou contra a campanha não, pelo amor de Deus! Acho até que tem que ser intensificadas, o tempo inteiro ter campanhas. Porque sem campanha é que você não muda o comportamento de jeito nenhum. Não quer dizer que com campanha mude, mas sem campanha é que não muda. O cara: “Ah, não adianta nada.” Não, adianta sim! Muita gente... naquele momento entende... e muda o comportamento. Se você não faz campanha, aí não tem chance. Como é que você num país como esse... você atingir as pessoas no país inteiro, só com campanha mesmo. E acho que a campanha tem que ser assim: “Tem que usar camisinha!” - não é que tem que usar camisinha - “Penetração é com camisinha!”, e ninguém tem que dar palpite nisso. Isso é uma coisa técnica, é um problema técnico. Você pode ter sexo a vontade. Sem ter penetração você não passa o vírus da AIDS pra ninguém. Pra ter penetração... tendo penetração pode passar. Então, o que tem que ser protegido é a penetração, só. E a mensagem tem que ser clara, tem que ser assim: “Penetração só com camisinha!” ponto. Essa é objetiva. A campanha tem que dar informação técnica. Tem que dar informação técnica precisa. Não pode ficar: “Cuidado com a AIDS.”, isso é vago demais. “O que que é cuidado com a AIDS?” “Ah, é eu ir trepar na zona.” “Ah, não sendo na zona, tá tudo bem comigo.” Não. O que é? É com qualquer pessoa. Penetração tem que ter preservativo e acabou. A Igreja se ofende...

Fita 3 – Lado B

DR – ...a Igreja acha que isso é você incentivar a promiscuidade. Mas a sociedade não tem que dar ouvidos pros religiosos. Não é uma questão religiosa essa. É prática. É uma questão médica, uma epidemia, é um vírus, passa através das relações sexuais. Não tem que ficar esse debate, os padres falam isso, falam aquilo... eles não tem que dizer nada. Nada, absolutamente! Isso não é assunto deles. Eles tem que dizer: “Olha, aqueles que pegarem AIDS, nós ajudamos, nós conclamamos a sociedade a tomar conta deles...” Não tem que dizer como é que você... Eu dou palpite como é que você prepara a hóstia? Não dou! Não vem dar palpite numa coisa que não entendem. Então não tem que ouvir... aqui tem essa mania, ficaram uns resquícios da ditadura que você tem que ouvir a sociedade. Pra se fazer uma campanha de AIDS, “Não, mas... não ouviram a sociedade...” Isso não é pra ouvir a sociedade nisso, meu! Você tá doente, você vai ao teu médico! Você não vai ouvir a sociedade na hora que você tá doente, você quer um

cara que te trate, resolva o seu problema.

DN – Na entrevista que a gente fez com o técnico do Programa Nacional do Controle da AIDS, ele tava, ele tava falando da decisão de se fazer uma campanha até a campanha chegar na rua, entendeu? É um longo percurso...

DR – É, não tem fim.

DN – É um longo percurso de vai e vem, negocia aqui, negocia na mesa... com a Igreja, negocia com o ministro, negocia com o secretário de saúde, negocia, entendeu? Demora... (*risos*) É tempo...

DR – Palhaçada, palhaçada.

DN – ... é tempo e esforço muito grande.

DR – Sabe o que eles fazem? Eles fazem isso só pra dizer que estão fazendo alguma coisa, não tem outra explicação. Uma coisa que aparece só no carnaval, que tem todo esse trabalho, que custa todo esse dinheiro, você acha que eles podem, se são técnicos, eles podem estar imaginando que isso vai ter um impacto na transmissão da AIDS? Não vamos brincar, né? Ninguém é criança, né? Eles sabem. Lógico que eles sabem. E por que fazem então? Fazem por razões políticas. Só por isso, por razões políticas. Porque fica bem pro ministro, porque fica bem pra eles, porque tudo bem, parece que tá sendo feito... pra não dizer que não fazem nenhuma campanha contra a AIDS... época de carnaval? É época de carnaval tem campanha pra AIDS.

DN – Hum, hum. Agora, aproveitando o gancho das campanhas, que aí a gente estaria falando de uma área de prevenção e de luta de combate a AIDS mesmo, mais social, né? Mais no coletivo, a gente queria saber a sua opinião sobre as ONGs, ONGs AIDS. Se tem alguma proximidade, se você tem alguma proximidade com elas, qual a sua opinião sobre isso?

DR – Não, não tem. Eu não tenho opinião pra dizer a verdade, porque eu não conheço o funcionamento dessas ONGs. Eu nunca fiz... tinha uma pessoal do GAPPA em São Paulo, uma vez escrevi um livro e vendeu muito e eu dei pra eles os direitos autorais. Porque eles não conseguiam nem pagar o aluguel da casa, e tal... sei que eles andaram pagando os aluguéis com o dinheiro do livro (*risos*). Mas eu nunca tive nenhum contato com eles, porque nunca... também nunca tive tempo também de participar de organizações. Isso aí tem reunião, tem não sei o quê, eu odeio reunião, tenho a maior dificuldade. Então nunca participei e eu não conheço bem como é que elas funcionam não. Devem funcionar no modelo que funcionam as americanas, né? Mas um pouco... assim que... um pouco imitação do que aconteceu em outros países, né? Imitação não é a palavra certa, modelo do que aconteceu nos outros países. Eu acho legal, acho que isso devia existir em relação a outras doenças também, não só a AIDS. Por exemplo, você poderia ter um tipo de, um tipo de pressão dessa pra... cuidar melhor dos diabéticos do país, dos hipertensos, das mulheres com câncer de mama, não é? Exigir direitos e tudo, né? O que acontece no caso da AIDS é que fica uma coisa meio unilateral, né? É uma doença que existem ONGs que ajudam e que pressionam e que fazem... acho que esse é um modelo que deviam aprender pra outras doenças também. Em vez de ficar aí, as associações dos diabéticos, que não sabe exatamente o que fazem, vamos criar a ONGs

do diabetes, sair, fazer glicemia... na rua, pra pegar... fazer o diagnóstico precoce, né? Como idéia eu acho uma coisa ótima.

DN – Você acha que a AIDS teria alguma especificidade pra merecer a organização de ONGs, ao invés de associações, ao modelo das associações dos diabéticos, por exemplo?

DR – Não, eu acho que a AIDS (*pigarro*) merece sim. Eu não sou contra não. Eu sou contra... no caso de diabetes, que eu acho que é pouco, entendeu? Fazem pouco, que a sociedade vai acabar no futuro se organizando assim. Pessoas que têm determinadas doenças se agrupando, procurando defender seus interesses, procurando defender condições melhores de sobrevivência...

AP – Mas você fez algum tipo de avaliação em relação a AIDS? Assim, o que que levou e o que fez com que a AIDS fosse um caso específico, diferente com relação a essa mobilização da sociedade civil pra combatê-la?

DR – Onde começaram? Onde elas começaram a funcionar nos Estados Unidos?

AP – É, pode ser.

DR – Porque aqui já foi usado o modelo um pouco importado. Eu acho que lá foi a organização dos homossexuais. Porque a epidemia pegou muito pesado. Porque os homossexuais vivem em guetos e essas foi uma das razões pelas quais espalhou a AIDS no mundo ocidental. Porque encontrou um reservatório de pessoas pra infectar. Como tem um preconceito social em cima da homossexualidade que é muito forte, a tendência é dos homossexuais se reunirem, frequentarem os mesmos bares, morarem no mesmo prédio, porque muda um casal de homossexuais pra um prédio de classe média escandaliza, né? Escandaliza. Então, eles acabam morando todos juntos. Isso criou um problema muito sério na hora que surgiu um vírus com essas características. Porque se você tem ambientes fechados, você tem contatos sexuais que envolvem o mesmo grupo de substâncias. Então aumenta muito. Então, o vírus veio e começou a reverberar nos ambientes... entrou e ficou reverberando nesses ambientes. Aí saiu com potencial pra criar uma epidemia. E, nos Estados Unidos, especialmente São Francisco, Nova Iorque, as comunidades homossexuais foram... pegadas de verdade mesmo. Depois mais tarde em São Paulo e no Rio de Janeiro, também. Mas nos Estados Unidos foi pior porque foi muita gente. E, de cara, a doença apareceu começou a morrer gente sem parar, sem que... as pessoas se infectavam sem ter noção do que tava acontecendo...

DN – É, porque também havia um desconhecimento muito grande sobre a doença nesse momento.

DR – Total, total! E eles quando estavam sentindo aquela coisa grave ali no meio deles e a sociedade tentando, sabe? Deixar “isso é coisa de viado. Esquece. Isso não é coisa que atinge a gente...” Eles então saíram gritando. Acho que foi uma... é uma da... esse, esse, esse fenômeno, é uma coisa nova desse final do século. Nos Estados Unidos, hoje, já existem ONGs pra câncer de mama. Estão alocando pra pesquisa de câncer de mama muito mais dinheiro. Tiraram dinheiro do Departamento de Energia Americana pra pesquisa em câncer de mama. Eu acho que a AIDS... essas... as ONGs na AIDS criaram uma coisa nova no século. Você nunca ouviu falar nisso na História da humanidade. É a

primeira vez que isso acontece. Eu acho que daí... esse modelo que hoje a gente já vê nos Estados Unidos... você já vê isso em câncer de mama, você vai ver já umas ONGs trabalhando na área de esclerose múltipla, lá. E acho que isso vai acontecer no Brasil também. Eu acho um modelo muito interessante esse. Agora, enquanto eles conseguem... pressionar e tirar do governo... aí eu não sei. Eu ouvi o ministro da Saúde falar, esse que saiu agora, que as ONGs mandam... mais na AIDS do que o próprio governo. Disputa política é assim mesmo, né? Uns ganham e outros perdem. O governo que se defenda. Se eles estão exagerando, o governo que se defenda.

DN – Por falar nisso, como é que foi a sua experiência em trabalhar com o governo? Da outra vez, você falou que, em suma, até fez alguns trabalhos, mas desistiu porque se reunia muito...

DR – Eu trabalhei dois anos. Eu trabalhei dois anos. Eu... eu acho que... essa questão...

DN – No Programa, no Programa Nacional...

DR – Ah, no Programa Nacional de AIDS? Não, nunca trabalhei. Eu trabalhei na Secretaria do Estado... na Secretaria do Estado de São Paulo, numa comissão de médicos... que tomava... que assessorava o secretário da saúde, assessorava tecnicamente o secretário da saúde. Mas eu achei que participando dessa...

DN – Quem era o secretário nessa época?

DR – Era o Amato. O Amato foi secretário... no início ele era o presidente da comissão, depois foi secretário, antes era um cara chamado... esqueci. Professor da Escola Paulista... que é da Universidade Federal lá de São Paulo. E aí... eu queria naquela época, achava que, se você pegasse umas peruas, pegasse um dinheiro, chamasse as ONGs... e as ONGs... dessem o dinheiro pra elas, não fazer isso através do Estado, mas dessem o dinheiro pras ONGs, pegar umas peruas, equipar e sair, colocar essas peruas nas vilas em São Paulo, na periferias da cidade e tal, fazendo um mini laboratório, bem simplesinho pra diagnósticos de doença venérea... e distribuição de camisinha. Então, a pessoa chegava lá, colhia a amostra rapidamente, fazia um exame rápido, o que dava para ser feito na hora, porque muita dessas coisas você faz um esfregaço na hora e depois diagnostica, gonorréia, essas bobagens e já trata, né? Então fazer uma experiência móvel dessas pra tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, porque isso pode ter impacto grande na transmissão da AIDS. Porque, primeiro porque uma coisa que todos os estudos demonstraram foi que quanto mais doença venérea, mais AIDS, né? Não há um estudo que não tenha comprovado essa relação entre doenças venéreas e a AIDS. Então, se você diminuir o número de infecções venéreas, você teoricamente vai diminuir o caso de AIDS e isso é uma intervenção que o Estado pode fazer. Mas eu achava que isso poderia ser feito através das ONGs. Porque na ONG, você fica em cima, controla, confere a contabilidade, etc., e não deixa roubar. E a maioria deles não estão ali pra roubar também, não tá ali pra roubar ninguém. Eu tentei, mexi, mas não adiantava, viu? Eles queriam fazendo a verdade, eles queriam, sei lá... O que a gente acabou fazendo de produtivo foram uns boletins que definiam... AIDS nas transfusões sanguíneas, AIDS... transmissão de AIDS nos cabeleireiros, transmissão...

DN – Boletins que definiam o quê? Incidência de AIDS?

DR – É, que esclareciam certos pontos. Boletins esclarecedores que eram publicados e eram distribuídos pros servidores públicos do Estado inteiro, pra secretaria. Eu fui umas vezes, e tal... Enfim, fiquei tentando fazer isso e aí apareceu um dinheiro do, do, do BIRD lá. Do Banco... o BIRD. Esse dinheiro, essa verba do BIRD que vinha para o Brasil era de 200 a 250 milhões de dólares. Eu falei: “Puxa! É o momento de fazer uma coisa dessas.” Aí me puseram numa comissão pra estudar... tinha uma comissão que tinha feito um programa desse pra apresentar pro BIRD, pro BIRD e me pediram pra eu ir lá então, e ver como eu poderia montar isso que eu tava pensando, nesse projeto geral. Aí eles me mostraram o trabalho que eles já tinham feito. Olha, eu juro por Deus do Céu! Era equivalente a duas listas telefônicas, uma em cima da outra, o projeto que eles tinham apresentado pro BIRD. Aí eu olhei aquilo, o cara falou: “Olha, dá uma lida, vê onde você acha que pode caber esse teu projeto.” Eu comecei a folhear aquilo, falei: “Não. Não tem cabimento. Ninguém vai ler isso. Isso não dá tempo de ler na vida de uma pessoa. Não dá tempo de ler. Então, não há um funcionário, um técnico no BIRD que vai conseguir ler isso. Nem eu vou ler isso, que a hora que eu acabar de ler, tô velho já.” Não tem condição! Era uma coisa dessa altura e 250 milhões de dinheiro... de dólares é dinheiro pra burro! É uma fábula! Eu não sei o que que aconteceu com esse dinheiro. Eu uma vez conversei com o cara...

DN – Esse dinheiro iria direto pra São Paulo, pra Secretaria de São Paulo?

DR – Não, não, pro Brasil. Pro Programa Nacional.

DN – Isso foi início da década de 90.

DR – É, exatamente. Já vem uns dinheiros desses aí. Eu sugeri... um cara uma vez conversou comigo, lá no Exterior. Um cara ligado ao BIRD. Eu conversei com ele, ele disse: “Olha, o que você acha que tinha que ser feito?” “O único jeito... sabe o que vocês tinham que fazer? Ir lá, contratar, montar um escritório do BIRD, em São Paulo e no Rio de Janeiro. São Paulo, que é lugar que é o epicentro da epidemia. Um escritório lá, central, computadorizado, com toda a informática necessária. Depois, um escritório em cada cidade... integrado nessa rede de computadores. O Bird montar isso, pagar essas pessoas todas, um salário decente. E aí fazer programas, esses escritórios, só funciona esses escritórios se fazer programas de combate a AIDS. Programas. E o Estado? O Estado pode colaborar, mas não planejar, porque o Estado não tem *expertise* pra isso. Não tem. Essa é a realidade. Isso é coisa pra gente competente, trazer gente de fora, pegar os caras de *HARVARD*. Pegar caras que tiveram experiências grandes na África. Montar uma coisa mesmo pra valer, né? Se esse dinheiro vem e entra pelas Secretarias de Saúde, esquece. Esquece. Conteí o caso do computador que nós ganhamos nesse programa, lá em São Paulo, na entrevista passada, né? Dão o dinheiro, nove meses depois não acha o dinheiro. Ninguém sabe onde está o dinheiro, tem que chamar um especialista em finanças do Estado pra localizar esse dinheiro, que é isso? Eu não acredito nessa via, juro por Deus do Céu! Não acredito de jeito nenhum. Acho que não dá certo. Dá pra fazer alguma coisinha, mas sai muito caro. É muito desperdício.

DN – Mas na verdade, quer dizer, um grande dinheiro que veio financiado pro Programa Nacional, possibilitou essas campanhas, caras ou não, né? (*risos*) Quer dizer, aí é uma discussão que poderiam ser mais baratas, e o financiamento de várias ONGs também, no sentido de desenvolver trabalhos, em suma, projetos de esclarecimento

sobre a doença, de prevenção da doença... É (*risos*) pra se pensar, né?

DR - É pra se pensar? Então vamos...

DN - Quer dizer, acho que não dá pra rejeitar, de imediato, um dinheiro, pelo fato dele passar pela estrutura de governo.

DR – Não, não. Dinheiro é sempre dinheiro, você não tem nunca que rejeitar. Você rejeita na sua vida pessoal? Não, imagina um governo então, rejeitar um dinheiro. De jeito nenhum!

AA – Fazer um bom uso dele.

DR – Fazer um bom uso. Como você fazer o melhor uso desse dinheiro. Porque... olha, eu não sei quanto entrou, se entraram 250 milhões, eu não tenho esses dados agora. Mas tudo isso que você falou, você acha sinceramente que o que foi feito até agora teve um impacto, no Brasil aconteceu alguma coisa na prevenção que a gente tenha sentido esse impacto?

DN – Quer dizer, o que parece é que a AIDS se tornou mais conhecida, só. Quer dizer, e mais conhecida, não pelo fato de que, de repente, o meu vizinho ou o meu amigo tenha a doença também. Mas, mais conhecida no sentido de ter mais esclarecimento, mais informações, né? Sobre a doença, as pessoas em geral.

DR – Mas olha, eu tenho dificuldade de atribuir isso ao governo, né?

DN – Mas eu não sei se...

DR – Eu tenho dificuldade de atribuir isso. Por que você fazer um anúnciozinho pela televisão, periodicamente uma vez por ano? Será que isso não aconteceu por que a imprensa fala? Por que aparece nos noticiários, por que tem gente famosa com AIDS morre? Por que a Sandra Bréa pegou AIDS? Será que não acontece mais... não é mais por isso que as pessoas ficam sabendo? Não é pela campanha, pelo uau (?), pelo Bráulio ou pelo peru? Eu não consigo ver seriedade nisso, seriedade que eu digo é seriedade científica mesmo, um impacto, um estudo feito, uma coisa que diz: “Olha, nós vamos organizar uma estratégia, contratamos gente assim, assim. Fomos buscar gente no Exterior, acostumada a trabalhar com esse tipo de coisa. Não pra fazer por conta própria mas pra dar subsídios técnicos. Você não vê isso, meu! Vê essas besteiras aí que aparecem, cara! Tudo bem! Tá bom! Deixa fazer, né? Eles se divertem enquanto estão fazendo, aparentemente. Fazem umas reuniões a mais aí. Aí a Igreja fala, o outro acha não sei o quê, aí sai na imprensa, aí tudo bem.

DN – Doutor Drauzio, agora, em relação ao tratamento e toda a evolução que teve, as pesquisas que trouxeram um avanço razoável, né? Em relação ao tratamento da AIDS. Podia nos falar um pouquinho disso? Quer dizer, no início, até um tempo só existia o AZT, depois o DDI, hoje a gente já tem uma gama bem maior aí de medicamentos, né? (*ruídos*)

DR – No início, os doentes morriam... muito pelas infecções oportunistas mesmo. Pegavam qualquer infecçãozinha e morriam na cara da gente. A gente não sabia também

identificar precocemente. Porque tinha teoricamente, tanta possibilidade que você não sabia naquela situação qual era o problema. Por exemplo, vinha um doente com dor de cabeça, tontura, às vezes com... hemiplegia de um lado, sabia que estava com problema neurológico sério. Agora, o que era aquele problema neurológico? A gente não tinha muita experiência. Hoje, quando aparece uma pessoa assim, eu sei que é, que é toxoplasmose cerebral, que é neurotoxoplasmose. Porque a gente foi aprendendo, convivência, que esses sintomas, em geral, são neurotoxoplasmose. Às vezes, você tinha um doente que vinha com uma falta de ar esquisita, começava com uma febre, muita tosse, você ficava esperando o que que ia acontecer. Radiografava, não tinha nada na radiografia e ele se queixando de tosse, tosse. Você dava um antibiótico, não funcionava. Alguns médicos davam xarope, os médicos são loucos pra dar xaropes, né? E os doentes adoram xaropes também. Não serve pra nada, mas tudo bem.

DN – Às vezes, exigem um xarope do médico (*risos*).

DR – É, exigem: “Um xarope, e tal...” Aí mais tarde (*ruído*) a gente começou a aprender que isso era pneumonia por pneumociste. Então, o cara começava a tossir, febrão, *páá!* Entrava com Bactrim, curava rápido. Então, começamos a curar os doentes das infecções. Acho que foi o primeiro grande avanço. E a prevenir infecções também. Três comprimidinhos de Bactrim, F por semana, o cara não pega pneumonia por pneumociste, é muito raro. Então, isso ajudou bastante. Agora, fora esta... depois vieram os primeiros anti-virais: o AZT, o DDI e o DDC. Eu confesso, honestamente, que de 86, 87, quando o AZT ficou disponível, até dezembro de 1995, eu não senti nenhum impacto na evolução natural da doença, devido a existência desses três anti-virais. Mais tarde apareceu o D4T também. O D4T, você via ocasionalmente, alguns doentes com AZT e com D4T, ou mesmo com DDI, que tinham uma discreta melhora, mas... era uma coisa difícil de você atribuir ao remédio, de tão discreta que era. Essas doenças crônicas têm fases em que... são flutuantes, não é? Numa fase o doente tá um pouco melhor, outra fase tá um pouco pior. A gente é assim no dia-a-dia: tem dia que você tá mais disposto, tem dia que você tá menos disposto. E os doentes se referiam assim a uma discreta melhora da disposição, o ânimo, começava a comer melhor, alguns ganhavam um quilo, dois... três quilos, era feira quando ganhava três quilos. Mas eu, honestamente, o doente chegava pra mim e dizia: “Olha, doutor, eu não quero tomar AZT...”, porque tinha um preconceito muito grande contra o AZT por causa dos primeiros trabalhos, que o AZT foi dado em casos muito avançados em protocolos 019, se não me engano, não me lembro o número dele, e o AZT era dado em casos avançados e era dado numa dose de uma grama e... uma grama e duzentos parece. Uma dose brutal, doente nenhum agüentava aquilo. Os doentes... ficavam na dependência de transfusão de sangue, vomitavam, passavam super mal. Hoje em dia são 600 miligramas, a metade daquela dose. Então o AZT ficou com uma fama muito má e tinha doentes que dizia: “Olha, eu não quero tomar AZT...”, eu não forçava, juro por Deus! Eu não forçava. Porque eu também... não tinha a menor convicção que aquela droga tivesse algum impacto na vida do doente. Como mais tarde os estudos todos demonstraram que não tinha mesmo impacto na sobrevivência, nem qualidade de vida, nem nada. Parece que retardava um pouquinho o aparecimento da AIDS e aumentava um pouquinho a sobrevivência daqueles que já tinham AIDS. Mas você não sentia isso, você não via o doente melhorar. Em 1900... dezembro de 95, quando...

DN – Melhorar do ponto de vista...

DR – Clínico, melhorar o estado geral.

DN – ...clínico, de não ter doenças oportunistas...

DR – É. Melhorar mesmo. Melhorar, levar uma vida mais legal, porque tá tomando o remédio. Havia alguns casos que sim, mas era uma melhora discreta ainda assim. Não era nunca... nunca vi um doente que tava caquético, por exemplo, magrinho, diarreia, você dá AZT, o cara engorda, pára a diarreia. Nunca vi isto, eu nunca tinha visto isto (*tosse*). Aí... em 1900... dezembro de 95 saíram... eu tive em agosto num encontro do Robert Gallo e entrei em contato com as experiências mais recentes feitas com esses antivirais. No Dia Mundial da AIDS, em dezembro de 95, eu dei uma entrevista no Jô Soares e falei que... a fase de você dar AZT pra um doente só, dar só AZT como monoterapia estava acabada. Isso tinha que ser considerado como tratamento terapêutico do passado e tive uma surpresa muito estranha. Porque... eu falei isso no programa... era uma entrevista sobre AIDS, uma entrevista longa, durou dois blocos do programa, e quando eu falei isso, eu passei umas duas semanas absolutamente infernizado com telefones do Brasil inteiro, os doentes ligando. “Olha, doutor, eu estou tomando AZT... o meu médico me deu AZT e tal, o senhor acha que isso aí não adianta mais?” “Conversa com seu médico e diga a ele que você tem que tomar uma associação de drogas, não pode mais tomar AZT...” E nesse mesmo programa eu disse uma outra coisa: “Olha, estão chegando os inibidores de protease aqui. Esses remédios chegam no Brasil, ficam meses e meses e meses na gaveta do Ministério pra ser aprovado. Dá a impressão que o Ministério tá fazendo um estudo pra ver se essa medicação pode ser distribuída no mercado brasileiro. Se estivesse, se tivesse gente capacitada pra fazer isso, eu acho que seria ótimo, mas não tem. Quem tem, são os téc... quem tem é o FDA. São os técnicos do FDA que entendem disso e eles são os caras sérios, é uma organização séria. Os técnicos do FDA quando vão...” - eu contei essa história lá - “...os técnicos do FDA quando vão aos laboratórios, eles raramente vão, mas quando vão, o pessoal do laboratório põe uma máquina de café fora da sala, a um preço simbólico aí de 10 cents e eles vão lá. Cada um pega, põe 10 cents e tome o seu café, porque são proibidos de aceitar café nas reuniões. Esses caras, que as companhias farmacêuticas tem ódio deles, porque acham que são caras que atrasam o desenvolvimento, eles querem saber de tudo, que eles ficam em cima, que eles não dão... nenhuma chance de... se não tiver tudo absolutamente no papel, escrito, etc., aprovam a droga lá. Aí vem para o Ministério da Saúde brasileiro, fica um ano pra aprovar aqui! E não é que fica um ano pra aprovar e que enquanto isso não entra nenhuma droga... Não! Entra. Os distribuidores mandam pra gente nos consultórios toda a semana, eu recebo: tal droga, tal não sei o quê... Só que custa o triplo do preço às vezes, chegava a custar. Quer dizer, a droga entra no país sim, vem contrabandada, é disponível, qualquer um vai e compra só que vai comprar pelo triplo do preço.” É o que está acontecendo aqui, esse Viagra aí, não estão? Essa droga pra impotência aí?

DN - Hum, hum.

DR - Estão comprando... parece que nos Estados Unidos custa 230 dólares, eles estão vendendo a 670 em São Paulo (*tosse*). “Olha, o DDI foi assim...”

DN – Quando você falou isso no programa do Jô...

DR – Eu vou contar o finalzinho, já. “O DDI foi assim. O DDI levou quase um ano pra

ser aprovado. O AZT também!” Eu falei isso no programa do Jô Soares. Na semana seguinte, eu encontro um colega da Escola Paulista, o Adalberto Castelo e disse: “Olha, eu estive com o Carline...”, que era do Ministério do Jatene, o responsável pela Fiscalização Sanitária, eu não sei bem como é que chama bem o departamento disso. “E ele mandou te dizer que essas drogas...”

DN - Vigilância Sanitária.

DR - Vigilância Sanitária. “...Mandou te dizer que essas drogas estarão no mercado em... uma semana. Em uma semana estará dada a autorização.” Ele ainda brincou comigo e disse: “Pô, você consegue as coisas.” Eu disse: “Eu não. O Jô Soares. Quem consegue é o Jô Soares” E aprovaram rapidamente. Eu tenho certeza que foi a televisão. Eu tenho certeza. E eu aprendi uma lição muito forte nessa brincadeira. Porque se você tem um avanço médico assim, você vai esperar educar os médicos todos no país? Médico estuda pouco no Brasil. Quase ninguém estuda! Vamos falar a verdade? Não é verdade isso? Quantos amigos médicos têm que estuda, que é um cara que acompanha, que lê, que viaja, ou que não possa viajar, mas que vai pra biblioteca ler as revistas internacionais, estar a par do que está acontecendo no mundo, é raro, né? É raro. Esses grandes avanços médicos dá pra dar pela televisão, porque você vai avisar a quem? Aos pacientes? (*risos*) Eles infernizam os médicos e o cara vai ter que aprender na marra. Porque se eu estou te dando AZT, você vem pra mim: “Doutor, apareceu um médico na televisão e disse que isso é coisa do passado!” Eu vou falar: “Espera um pouquinho. Eu vou então saber desses novos remédios que estão vindo por aí, e tal...” Você fica numa situação ruim, vou ficar numa situação péssima, você está sabendo mais do que eu? Dá certo isso, dá certo. Você não pode falar uma coisa que não esteja demonstrada, mas naquela época era perigoso dizer isso, eu estou falando de primeiro de dezembro de 1995. Estavam surgindo... não havia ainda nenhum remédio, ainda não haviam chegado aqui os inibidores de protease, nenhum doente que tinha tomado ainda.

DN – É isso que eu ia perguntar. Já tinha sido veiculado na imprensa?

DR – Não! Primeiro de dezembro de 1995. A imprensa foi falar quando no Congresso Mundial de AIDS, quando o David Ho disse que era possível eliminar o vírus, aí que a imprensa acendeu. Mas, isso foi uns sete, oito meses antes. Sete, oito... mas a literatura era clara! A literatura não deixava dúvida nenhuma. Não tinha dúvida. Você olhava os dados, não tinha dúvida. E os dados experimentais dos inibidores de protease, você diz: “Bom. Surgiu uma coisa nova. Agora sim, nós temos um remédio pra combater o HIV.” E realmente mudou tudo. Tudo, tudo, tudo, tudo. Um consultório... aqui no Rio, eu não sei se a distribuição de medicamentos... tem funcionamento legal. São Paulo tem. Então, eu prescrevo, o doente vai, compra e toma. Eu tive doentes que engordaram 30 quilos. 30 quilos! Eu não perdi nunca mais doente de AIDS! Os que eu perdi tinham câncer, tinham linfoma ou tinham Sarcoma de Kaposi no pulmão. E perdi dois que morreram por infecção, mas eram dois que tinham microbactérias... atípica. Já estavam com essa microbacteriose quando começaram a tomar o remédio e já estavam numa fase muito avançada da doença... E saíram, passaram ainda um tempo longo, mais de um ano cada um, mas a microbacteriose por trás, por trás, por trás, nós nunca conseguimos eliminar, até que esses doentes morreram. E agora, nesse momento acontece uma coisa que eu não li ainda a explicação, mas agora...

Fita 4 – Lado A

DR – Mas, você pega os doentes que já... eu não sei se nós falamos isso da outra vez. Mas você pega doentes que já tomaram os anti-virais todos: tomou o primeiro, fez resistência; tomou o segundo, fez resistência; mudou o esquema, resistência; outro esquema, resistência; chega uma hora não tem que dar mais. E você pega doentes desses com CD4 baixíssimo, eu tenho um nesse momento com quatro células CD4. O normal é 1000, você considera acima de 500 tudo bem; entre 200 e 500 uma depressão moderada, abaixo de 200 é AIDS por definição, por definição da doença. CD4 abaixo de 200 é AIDS. Abaixo de 50 é a fase que os doentes morrem. E o cara fica 20, quatro, oito, 12, não sobe. A carga viral dele ultrapassa o limite de detecção e não acontece nada. Não acontece nada, não pega um resfriado.

DN – Não acontece nada clinicamente?

DR – Nada. Nada. Não pega um resfriado. Mas por que? O vírus não está... Não, a carga viral ultrapassa o limite da detecção. Um milhão e quinhentos... 750 mil... acima de 750 mil. Não, então é porque ele ainda mantém uma resposta imunológica, mas vai perder. Não, está com quatro CD4! O que aconteceu?

DN – O que aconteceu? (*risos*)

DR – Boa pergunta! Eu acho que aconteceu... acontece o seguinte: você... cada remédio que você dá, você está criando uma pressão ecológica no meio em que vive o vírus, tá certo? Você dá um inibidor de transcriptase reversa. É uma pressão ecológica isso. O vírus quando vai se multiplicar, ele tem que transformar o RNA dele em DNA, ele precisa usar a transcriptase reversa pra fazer essa transposição, RNA pra DNA. Se você põe um remédio que... bloqueia a molécula da transcriptase reversa, você cria um problema pra ele ali. Então, o que que ele começa a fazer? Como o vírus... Aí precisava dar uma noção um pouquinho melhor, que é o seguinte: a vida na terra começou com quem? Com RNA, com molécula com RNA. O que que é a vida? A vida é quando você tem uma... (*pigarro*) molécula que é capaz de repetir e formar duas idênticas a ela, não é verdade? Aí a partir daí começou a vida. O RNA tem essas características, ela se divide em duas. Duas dão quatro, quatro dão oito, 16, vai embora. A medida que... a competição entre essas moléculas de RNA começou a aumentar muito e não havia nutrientes pra todas... algumas já começaram a fazer uma cápsula em volta pra se proteger, então a competição foi levando a um ponto... (*pigarro*) que a informação genética ficou tão... começou a ficar tão grande, que não cabia mais na molécula de RNA. É como você faz uma estante e vai pondo livro, vai pondo livro, uma hora... não tem mais espaço pra pôr o livro. Aí o que você faz nesse momento? Aumenta a estante! E foi isso o que aconteceu. O RNA, às custas da transcriptase reversa, deu o DNA. A molécula de DNA, muito maior, é uma estante muito mais ampla, onde cabe muito mais informação genética. O vírus da AIDS é um RNA vírus, ele é um retrovírus. Por que? Porque ele é uma molécula de RNA, entra na célula, mistura os genes deles com os nossos. Só que pra fazer isso, ele não pode enfiar RNA no meio dos nossos genes, que são DNA. Ele tem que fazer o quê? Ele tem que passar pra DNA e ele utiliza a transcriptase reversa pra fazer isso. Só que isso é um (*estalar de dedos*) mecanismo arcaico. Muito velho. Foi abandonado já, lá atrás na evolução. E é um mecanismo arcaico e dá erro! Dá erro com muita frequência. Então, esse conjunto de erros é que é o segredo da mutação do HIV. O HIV não é inteligente, a gente fala: “Ah, o vírus é

esperto!” Isso é uma coisa figurada, a gente acaba acreditando nessa figura, que o vírus é esperto, ele é aquilo, ele muda, nada! Ele faz tanto erro nessa passagem, ele dá origem a tanta coisa errada aí, que a maioria das cópias que ele faz são inúteis, não servem pra nada. Mas, algumas servem. E essas que servem não são igualzinhas a que deu origem. É diferente da gente que é igual ao pai e da mãe: 50% dos genes de cada um. Eles não, eles são um pouco diferentes. Nessas diferenças... aqueles que são sensíveis ao AZT, por exemplo, vão morrendo. Vão morrendo, vão morrendo. O que não é sensível começa a não ter mais... competição e aí ele vem com tudo. Por isso que você não pode dar uma droga hoje, espera, fez resistência, dá outra amanhã. Espera, fez resistência dá outra... não pode ser monoterapia. Você tem que atacar vários pontos dele, ataca a transcriptase reversa, ataca polimerase, dá duas, dois compostos que atacam a transcriptase reversa, dois que atacam a polimerase. Tem que usar cinco, 10 remédios, isso é o certo, é caríssimo, mas isso é o certo de fazer. Por que? Porque você acaba selecionando... ainda assim o mecanismo trás tanto erro, que você vai acabar selecionando cepas mutantes, mas eles foram obrigados a mudar tantas vezes que provavelmente vão perder a patogenicidade, vão perder a capacidade de agredir.

DN – Você acha?

DR – Ah, não tenho dúvida! É a única explicação! É a única explicação! Nós temos caras há dois anos com CD4 abaixo de 20 e com carga viral estourada, acima do limite de detecção, dois anos! Está gordo, está bem, está tocando a vida dele... Não tem outra explicação. Eu acho que a briga com a AIDS, do ponto de vista tecnológico, vai se resolver dependendo da nossa capacidade de criarmos novos antivirais. Se a indústria responder...

DN – E barateando esse custo também, né? Que aí o tratamento se torna...

DR – Lógico, lógico!

AP – ...acessível, né?

DR – Se a indústria responder com alta criatividade, com capacidade de jogar novos antivirais no mercado, cada vez mais, cada vez mais, cada vez mais, nós vamos poder conviver com a AIDS tranquilamente, eu tenho essa impressão. Embora, nós ainda não tenhamos algumas respostas, entre elas, por exemplo, qual será... quais serão as consequências a longo prazo desse tratamento tão prolongado.

AP – Isso que eu ia perguntar, a questão do organismo mesmo, do fígado, do problema da hepatite C.

DR – Quais serão as consequências... o fígado, no caso da hepatite C, não se... você diz como? A pergunta, não entendi. A hepatite C...

AP – Não, a questão do organismo não processar mais os remédios, NÉ? Existem casos de pessoas que não conseguem...

DR – Ah, pode acontecer. É, pessoas que não... mas isso são... casos de pessoas com cirrose hepática, insuficiência hepática, que tem dificuldade de... de metabolizar esses remédios. É um dos problemas, mas há outros. Há outros. Por exemplo, uma coisa que

você vê com muita frequência, você vê doentes que ganharam 20, 30 quilos, estão fortes, fortes... têm uns que são halterofilistas mesmo, caras enormes... gordos, porque alguns deles também ficam... o cara depois que passou por uma fase de magreza dessa, ele come (*risos*). Come. E se ele um dia sobre na balança e perdeu meio quilo ele sai dali e come uma pizza inteira. Porque o cara não quer mais voltar aquele estado de jeito nenhum, ele não tem nenhum problema...

DN – E antes de estar...a gente tem feito entrevista também om pessoal que, em suma, está comprometido com HIV...

DR – Engorda, não engorda?

DN – Não... o grande... pavor... é ficar magro. Inclusive, a figura do Cazuza, já na fase terminal do Cazuza é muito emblemática, né? É a primeira coisa que as pessoas pensam: “Não quero ficar igual ao Cazuza.”, né? Procura engordar mesmo.

DR – E também, o cara, ele acha que enquanto ele tá engordando, ele tá bom, ele não tá doente. Legal isso. É verdade mesmo, porque tem um fundo de verdade, pelo menos. Mas o... então, o que acontece com eles? Você vê esses doentes... freqüentemente eles têm um sulco aqui, entre o... esse sulco nasogeniano aqui, fundo, mas muito fundo mesmo, uma coisa marcada aqui... Jovens, não estou falando de homens de 50 anos, não. Falei homens de 25, 30 anos, marcado aqui, e barrigudo, gordo, acúmulo de gordura na barriga. Porque há uma modificação muito grande no metabolismo das gorduras. Você pega garotos de 20, 30 anos aí, com triglicéridos de 700, 800, 1200, já vi. Normal... triglicéridos têm que estar abaixo de 200 pra estar bem. Colesterol elevado. Esses não vão aí, no futuro, estar tendo enfarto do miocárdio, derrame cerebral, quem é que sabe?

DN – Mais cedo e com mais freqüência.

DR – Quem sabe? Colesterol e triglicéridos elevados estão associados aos distúrbios cardiocirculatórios aí, não é? Como é que a gente sabe se esses meninos não vão ter. Acumulam gordura na barriga... gordura na barriga aumenta o risco de enfarto, é sabido isso. Então, acho que é uma... há ainda uma parte disso tudo que é muito desconhecido, né? Muito desconhecido mesmo. Nós estamos na geração que está enfrentando esses problemas pelas primeira vez.

DN – Você participou do Congresso de Vancouver? Não?

DR – Não. Não fui a Vancouver não. Eu participei de todos desde Estocolmo, mas eu confesso que me cansei um pouco desses congressos internacionais. Não fui a Vancouver (*tosse*) e acho que não vou a Genebra também no próximo, não.

DN – É que Vancouver foi meio divisor de águas, né? Nessa coisa da, da terapia em relação a AIDS. Foi quando se publicou mesmo um tratamento da associação, né?

DR – Esses congressos são interessantes, porque colocam todos juntos nesses congressos. É interessante pro médico ver outras... outras áreas, né? Estar em contato aí com assistentes sociais, planejadores de saúde, ter uma idéia de como... ver como os epidemiologistas agem e tudo. Mas eles são muito... hum... hum... é um ambiente

estranho lá. Porque não é um ambiente científico. Você vê o cara fazer uma apresentação e de repente, gente aplaude no meio da apresentação, apresentação científica. Ele faz uma afirmação e as pessoas aplaudem no meio da apresentação científica, aquela afirmação que ele tá fazendo, que às vezes é discutível do ponto de vista científico. Isso não é reunião científica. Reunião científica o cara apresenta os dados e você... analisa os dados... Não é pra ser aplaudido... no final se gostou, achou sensacional você aplaude, ótimo. Aquilo é uma festividade enorme. E entram os grupos... as ONGs americanas e... e européias e isso me deixa mais irritado com eles. Porque que eles estão tão interessados em nada, eles tratam esses congressos como se fossem um congresso interno deles. E são congressos mundiais. Estão lá os africanos, os asiáticos, somos nós latino-americanos, estamos lá no meio e eles começam... sobem lá e começam a falar do Clinton ou começam a falar do primeiro-ministro da França (*pigarro*) como que aquilo fosse um problema... mundial! Eles tem uma visão colonizadora da qual eles não conseguem se libertar de jeito nenhum! E a África é politicamente correta, entendeu? Os europeus, como ficaram na África muito mais tempo, como roubaram a África muito mais tempo, de quando roubaram a América, eles tem uma má consciência em relação a África. Então tem essas coisas religiosas na África, eles... fazem estudos na África, doam verbas pra África. A ONU tem isso e como eles sustentam a ONU, eles tem essa coisa. No resto do mundo eles não têm nenhum interesse! Brasil, América Latina, isso não é problema deles. O problema deles é com a África. Eles, pra não dizerem que têm uma visão absolutamente egocêntrica do mundo, eles separam umas, umas, umas quirelas assim, sabe? Um misérias pra distribuir na África e fazer estudos na África, tudo bem! A África é o interesse deles. Fora disso, não é congresso mundial coisa nenhuma. Coisa nenhuma. Mesma coisa de europeu e americanos, pressionados pelas ONGs deles... que eu acho que, tudo bem. Caberia isso até num congresso... de um país, não é? Tá ótimo! Vai ter um Congresso Brasileiro, vão as ONGs lá pressionar o ministro da saúde durante a palestra... Eu vi em São Francisco, ia falar o prefeito de São Francisco no encerramento do congresso. Apareceu um bando de gente lá entrando, dessas ONGs todas aí, pegaram uns apitos, puseram um negócio no ouvido, um protetor no ouvido, só pra eles. Não deram, não distribuíram pra ninguém...

DN – E nem avisaram ao resto.

DR – ...e nem avisaram nada. Assim que o cara começou a falar eles pegaram esses apitos e começaram a apitar. Olha, era uma coisa de doer os ouvidos, mas de doer de verdade que eram apitos fortes. Eles com aqueles protetores tudo bem. A gente que não tinha protetor, você tinha que enterrar os dois dedos no ouvido e era pouco, meu! Falando o prefeito de São Francisco, na verdade, o prefeito de São Francisco, na hora o Ministro da Saúde americano, um senhor negro, forte, assim. Mas eles... o cara não falou! Não falou! Deu uns cinco minutos, deu uns 10 minutos, não pararam, 10 minutos, 15 minutos, durou uns 20 minutos aquele inferno. Foi embora. O que que é isso? (*sussurrando*) Vai vaiar... o Ministro da Saúde na casa deles! Onde eles querem vaiar. Não vem vaiar numa conferência internacional onde é desrespeito com os outros que estão ali que não têm nada a ver com isso. Fazer uma algazarra desse tipo! E o negócio deles é esse! É pressionar o governo deles pra conseguir mais recursos! É legítimo! Ótimo! Mas o que me interessa estar eu participando disso lá? Não é verdade? Se aqui eu não consigo participar, vou participar dessa briga deles lá.

DN – Agora, Drauzio, ainda a questão do tratamento, quer dizer, a gente sabe que essa

associação medicamentosa que ficou mais conhecida como coquetel, que as pessoas chamam, acaba que os doentes têm que tomar 18, 20, em suma, uma infinidade de comprimidos por dia. É doloroso pra você como médico, prescrever, quer dizer, saber... inclusive, essa terapia é um transtorno mesmo pro doente, né? Tem que seguir várias regras, comer... alguns medicamentos tem que comer antes, outros têm que estar em jejum... Como que é pra você isso?

DR – É chato, é muito chato. Você pegar uma pessoa e dizer: “Olha, você vai ter que tomar... acorda, toma quatro comprimidos no café da manhã. Ou, às vezes você toma... acorda, toma três comprimidos de AZT. Aí, fica duas horas sem comer, aí toma o cricsivam (?)...”, ou toma o DDI que precisa ficar assim. Aí no café você tomou três de AZT e um de 3TC, que é a combinação mais popular é essa. Acordou, três AZT, um 3TC, passam duas horas, toma o cricsivam (?). Fica mais uma hora em jejum. Tomou o cricsivam (?), acordou às oito, tomou café às oito, o cricsivam (?) às dez. O AZT e o 3TC têm que ser repetido às oito da noite. O cricsivam (?) tem que ser repetido... se deu às dez, tem que tomar três vezes por dia, então vai ter que ser repetido às seis e depois as duas horas da manhã, isso é o certo. Então já complicou, né? Aí você fala pro doente o quê? “Olha, acorda, toma o cricsivam (?). Você tem que ficar uma hora sem o café da manhã...”, é meio chato, né? Aí você tomou o cricsivam (?) às sete. Vai repetir às 15 e vai repetir às 23. E é importante. É importante. Porque, se começa a perder tomar, o vírus se multiplica. Eu digo pros meus doentes o seguinte: “Olha, se esqueceu, se atrapalhou, pára tudo. Pára os três.” Que isso não é grave, têm estudos mostrando isso. Você pára os três, o vírus se multiplica, mas é o vírus selvagem. Se você começa toma aqui, ali não toma, o vírus que se multiplica é o vírus mutante. O vírus selvagem, você volta ao tratamento ele é sensível, o vírus mutante não é mais. Então, esse toma e não toma aí é o que faz se desenvolver resistência. E eu fico chateado, mas eu tento dizer pro cara que ele deve levantar as mãos pro céu, de existir... dele... de existir esses remédios. E ele tem que tomar e tem que lutar pela vida e é pouco! Não é um preço tão grande pra você lutar pela tua vida, não. Porque também o médico não pode ficar com pena do doente, sabe? Começar: “Ai, coitadinho,! Tá tomando remédio...” Porque o doente percebe isso e o doente já tá com pena dele mesmo. Aí o cara diz: “Mas, doutor, eu vou tomar 22 comprimidos?” Eu digo: “Por enquanto! Por enquanto! Pode ser que tenha que aumentar.” Simpático né? (*risos*)

DN – Eu acho que nesse ponto você tem razão, quer dizer, o doente tem que sentir firmeza no médico. Se vacilar é complicado, mesmo.

DR – É a vida dele. O que acontecia? O que que acontecia antes na vida dele? Não tinha, ele não tomava 20 comprimidos por dia, morria! Morria, às vezes tomando mais, porque era infecção atrás da outra, sofrendo feito um cachorro...

DN – O que eu ia perguntar é o seguinte: tem, tem... tem incidência... a desistência é alta, não?

DR – É alta. É alta. Olha na *JOHNNY HOPKINS* (?) tem um estudo feito pelo grupo do... John Barklet(?) que é um dos maiores... especialistas americanos, tem um livro maravilhoso, até traduzi, e o Barklet (?), eles conduziram um estudo lá, 50% ,o número de casos que abandona o tratamento. 50%, metade pára. Pô, Dilene, você fazer um cara tomar um comprimido de moduretic (?) pra pressão, três vezes por semana, o desgraçado esquece, não é assim? Remédio pra ácido úrico, é um comprimido de ziloric

(?) por dia. O cara está com crise de gota, você dá, ele toma, não esquece de jeito nenhum. Parou de doer, ele vai... um dia toma, outro dia não toma, um comprimidinho por dia, acordou no café da manhã tomou o café, um comprimido, o cara larga de tomar! De repente, aparece com gota outra vez “É, doutor. Eu parei, não sei que...”, arrependido. Você trata, dá outra vez, ele pára de novo! Agora, você imagina tomar... esse mundo de comprimidos, com tomadas no meio do dia, numa doença a qual existe um preconceito brutal, que a pessoa não conta pros outros, você tá no escritório, tem que tomar os comprimidos e você tem que sair feito um bandido, feito um usuário de cocaína, ir tomar no banheiro, pegar água (*pigarro*) lá escondido pra tomar sozinho. Complicado, meu! (*tosse*) Muito complicado.

DN – E ocorre menos desistência nos casos dos pacientes que estiveram mal, que têm essa melhora acentuada? Ou não faz diferença?

DR – Ah sim! Não, não. Muito menos (*risos*). O cara quando sentiu a morte de perto, ele fica...ele fica mais... ele fica mais esperto, né? Ele fica mais esperto. O cara quando tem só um defeito imunológico e tá se sentindo bem ele tem tendência a afrouxar. Agora, o outro que já esteve ali... na beira da morte, sentindo as forças abandonando o corpo, de repente, ele começa a tomar o remédio, vai ficando bom, engorda, ganha 20 quilos! Pode ficar tranqüila que ele vai, se receitar ele toma (*tosse*).

DN – E vai seguir mais a risca o tratamento, né?

DR – Com certeza.

DN – Agora, aproveitando isso, do índice de morte do paciente de AIDS. Você foi, quer dizer, é. Foi não, é oncologista, na entrevista passada, isso já deve ter sido perguntado a você várias vezes, na entrevista passada você falou, trabalhou 20 anos no Hospital do Câncer e que o movimento era muito intenso lá e morria dois, três por semana. (*muito ruído*)

DR – Na minha enfermaria, né? No hospital morria mais gente.

DN – Sim, assim próximo,né? Assim, quem você estava atendendo e, a situação da AIDS é a mesma coisa, você disse: “Hoje, eu não perco mais doente de AIDS” - perder no sentido de o doente não morre mais porque tem um tratamento, mas passou bastante tempo também os doentes de AIDS morrendo, né?

DR – No Carandiru morrem muitos.

DN – O Carandiru, além da morte por AIDS, há de ter mortes por outras coisas, né? (*risos*)

DR – É o que não falta.

DN – Como é que é essa coisa de estar com a morte o tempo todo a frente, na frente, no seu dia-a-dia de trabalho?

DR – Olha, pra mim... ..

DN – Até porque você falou, se não me falha a memória, que você não desenvolveu o mecanismo de defesa que em geral os médicos desenvolvem...

DR - Eu desenvolvi, lógico!

DN - Não. No sentido de negar, ou de se tornar frio. Mas, que você conseguiu um equilíbrio em relação a isso.

DR – Eu acho... eu acho que eu aprendi nesse tempo todo... não posso te dizer que aprendi completamente, porque, cada ano que passa parece que eu entendo um pouco melhor isso. Porque a morte é uma coisa inevitável. Inevitável. E ela tá próxima da gente. A vida é frágil. Super frágil. E eu... na verdade, a vida... tem uma explicação... em termos moleculares, né? Parece poesia? Não, estou falando cientificamente. A vida é um conjunto de moléculas que se agrupam... e exercem determinada função e depois acabou, vão embora. Pára essa função, eles não têm porque continuar existindo. Eu tenho tesão por esse tipo de Medicina, que você faz pára tentar... salvar as pessoas da morte. Eu acho que isso é... o mais legal da Medicina. Eu não me interessaria por outra coisa, de verdade. Eu não faria Dermatologia... não faria... doenças que não ameaçam a vida das pessoas, de jeito nenhum. Não tenho prazer nisso. Eu acho legal! Eu... ..não estou... desconsiderando quem faz. Eu mesmo acho legal, você manda passar uma pomada pro meu vizinho que me perguntou o que ele tem no braço: “Pô, aquela pomada? Olha, legal! Ficou ótima! Sumiu.” Tudo bem. Mas... sabe? Não é uma coisa que... que me dê assim, vontade mesmo. Aquela coisa, aquele pique, acho que tesão é a palavra mesmo de fazer.

E eu com o tempo fui aprendendo também que, às vezes, você tem que se conformar, que você não cura o doente, meu! O médico não é... o médico tem essa coisa da onipotência de salvar a vida, salvar a vida, não é essa a função da medicina só. Salva a vida, lógico! É o grande ato médico, né? Mas, às vezes, você tem que pensar que aquela pessoa vai morrer mesmo e você não tem... nada a oferecer pra ela, em termos de tecnologia, que possa tirar ela daquela situação. E aí, vem um lado, que é um lado que eu hoje acho que é o mais interessante de todos, é como você acompanhar uma pessoa que vai morrer. Que você sabe que ela vai morrer, que ela sabe que vai morrer, como é que você vai deixar essa pessoa morrer com o mínimo de sofrimento possível. E isto não é uma coisa simples, não é uma tarefa fácil. Porque você precisa ter primeiro muita experiência, ter visto muitos casos, pra não se confundir, não se atrapalhar, pra você saber que nesse momento é o momento que as coisas são inexoráveis mesmo, e que você não tá simplesmente com uma intercorrência naquele momento e aquela pessoa ainda tem uma... uma vida pela frente, embora curta, ainda tem mais alguns dias pela frente... muito complicado. E como você fazer pra dar conforto pra essa pessoa não ter uma morte horrível. Porque a morte, às vezes, vem cercada de um sofrimento brutal. Brutal mesmo. A morte não é uma... A vida parece que não é dolorosa... deve ser dolorosa, o bebê nasce, chora feito... se fosse bom ele não chorava, ele ria (*risos*). O nascimento da vida parece que é uma coisa pesada, mas a morte é muito, às vezes, vem com um sofrimento pavoroso. E você reduzir e, às vezes, até acabar com essa dor física, esse sofrimento físico é muito gratificante. Eu hoje me interessou muito por essas coisas na Medicina. Às vezes, tem um doente desses que eu... acabo conseguindo dar uma morte tranquila e eu fico muito feliz de ter conseguido, sabe? Me dá uma recompensa assim, uma coisa... acho que eu descobri nisso uma... beleza da Medicina que eu quando era garoto eu não imaginava que existisse. A gente quando é mais garoto fica aí... quer saber de entrar no quarto do doente, dar um remédio, o doente sair andando e aí todo

mundo bate palma: “Ah! O cara é o máximo!” Mas essa é uma parte mais pobre da Medicina... é interessante, ainda hoje gosto dessa sensação... mas é um lado mais pobre, isso é uma sensação só de alegria de você ter conseguido obter uma coisa. A outra não. A outra é mais um processo, uma alegria de você ter podido... ter um contato com uma pessoa no momento mais importante da vida dela, porque o momento que a gente vai morrer é o momento mais importante da nossa vida, né? Machado de Assis tem um conto desses, da última... do último dia de uma pessoa, que é um dia absolutamente rotineiro: ele acorda, abre a torneira, escova os dentes, sai, ele não sabe que vai morrer nesse dia. Mas tudo que ele faz ganha um colorido fortíssimo, é o último dia da vida dele, é a última vez que ele vai estar fazendo aquelas coisas, né?

DN – Bem, eu... acho que não teria...

AP – E pra, você como pessoa. Como é que você lida com a morte? Com a possibilidade da... da morte, né? Ou melhor, assim, como é que você... você se sente imune a AIDS, Drauzio?

DR – A AIDS eu me sinto imune. Quer dizer... acho que o termo imu... imune não. Acho que tenho muito pouca chance de pegar AIDS. Acho que eu saberia me defender. Tenho medo de tuberculose na cadeia, tenho medo mesmo. Porque tuberculose passa, né, meu? E lá tem umas tuberculosas bravas, que não responde a tratamento. Você fica numas salinhas... mal ventiladas, com doente tossindo na tua cara, às vezes... isso eu tenho medo mesmo. Tenho medo. Volta e meia eu penso nisso. É lógico que eu cheguei lá e banco o machão, não poderia ser diferente. Mas, eu tenho medo, medo de pegar a tuberculose. E pegar uma tuberculose dessas, resistentes, que têm uma mortalidade altíssima. Há certos graus de resistência de tuberculose, dão 40% de mortalidade, meu! 40% morrem. Numa dessas você dança, né? Agora, em relação a minha própria morte... eu acho difícil falar. Porque tudo que você fala nesse tipo de situação extremo na vida... só tem valor quando você tá passando por ela. É como você dizer: “Eu não vou ser idiota de... com aquela mulher idiota, porque o cara saiu com outra e ela continua com ele.” Porque uma hora, quando você está apaixonadíssima pela pessoa ela sai com outra e você na hora muda o jeito de pensar. Eu cansei de dizer gente dizer: “Ah, não! Nessa situação, cortar a perna eu prefiro morrer do que cortar a perna.” Volta dois dias depois, dois ou três dias de dor forte, vem o cara: “Pelo amor de Deus! Me corta a perna.” Então, tudo que a gente diz fora da situação não tem valor nenhum, é uma opinião pessoal só, mais nada. Porque na situação você às vezes se comporta de um jeito completamente diferente desse.

Mas eu, eu, eu espero... ter tido a sabedoria do meu irmão, esse meu irmão que morreu com 45 anos... mais novo do que eu dois anos, um cara forte, bonito, você passava com ele na rua, todas as mulheres olhavam pra ele, nenhuma olhava pra mim, todas olhavam pra ele. E ele era uma pessoa muito doce, muito querida por todo mundo, um cara muito tranquilo e era fumante, teve um câncer de pulmão...

Fita 4 – Lado B

DR – ...nós trabalhávamos juntos. E ele... sabia absolutamente tudo que ia acontecer com ele, e foi até o final... na maior. Tranquilíssimo, nenhum momento ficou desesperado... nenhum momento. Ele foi... fazendo o que era possível, ver como caminhar... eu que tratei dele, e ele foi tranquilo. E no dia que ele morreu, na véspera da morte dele, eu tava no quarto dele, entrei, sentei e peguei na mão dele, fiquei segurando

na mão dele assim, a gente era muito unido e ele uma hora deu um suspiro: “O que foi? Está triste?” Ele falou: “Não, triste não...” Aí falou: “Triste, sim. Um pouco. Se eu morrer com 45 anos é meio idiota mas... também se estivesse com 85 e lúcido como eu estou agora ia achar idiota também do mesmo jeito. Não ia querer morrer de jeito nenhum. (*risos*) E acho que é isso mesmo, acho que é isso. Você não vai querer morrer nunca, isso do cara dizer: “A morte, aceitou muito bem a morte...” você aceita porque vai fazer o quê? (*risos*)

DN – Não tem outro jeito.

DR – Vou fazer o quê? Mas eu espero ter essa sabedoria que o meu irmão teve. Ele teve com 45 anos e eu já tenho 55 agora. Eu espero ter mesmo, sabe? Eu não tenho esse medo, porque é uma coisa que... eu tenho ceteza que acontece, mas tudo mundo tem certeza que acontece, mas as pessoas agem como se não existisse, não acontecesse. Todo mundo sabe que vai morrer, mas você em nenhum momento pensa que vai morrer. Eu não. Eu penso que vou morrer, pra mim isso é uma possibilidade do dia-a-dia mesmo, sabe? Eu não... tenho sustos assim, com essa coisa, pavores assim. Tuberculose, eu tenho medo de pegar tuberculose, mas não é um medo também que me afaste daquele ambiente ali, porque eu... é uma coisa meio idiota, porque isso, teoricamente, é uma coisa evitável, né? Se eu não for lá acabou, eu não corro esse risco, é meio idiota se perder a vida assim, né? Mas eu também fico achando que eu não vou pegar, não. Pode ser que eu escape. (*risos*)

AP – Pois é! Eu queria te perguntar isso. Você se sente imune? Você acha que você consegue se proteger da AIDS? Aí que quero perguntar para você como é que é viver, né? O que é viver em tempos de AIDS? Você tem uma avaliação?

DR – Olha, eu acho que a AIDS teve um impacto, uma mudança no jeito que a sociedade vivia, acho que houve uma mudança grande. E ela em parte é consequência dessa mudança. Eu fui... estudante nos anos 60. Nos anos 60 houve uma grande mudança nos costumes sexuais mesmo. Mas uma mudança muito grande. Eu, quando olho, hoje pra trás e vejo como era nos anos 50 e o que aconteceu nos anos 60... porque hoje... hoje tudo bem,! As pessoas têm liberdade, as mulheres têm liberdade, mas é uma questão só de... de graduação, né? Tem mais liberdade, mais... que a liberdade já existia, né? Já existia na época da sua mãe. A minha geração que abriu essa possibilidade. E nessa fase houve uma mudança muito grande, muito grande mesmo. As mulheres todas casavam virgens! E, de repente, a virgindade passou a não ser um valor! Quer dizer, ainda pra muitos continuam até hoje um valor respeitado, mas pra muita gente começou a questionar um valor desse tipo, foi isso que aconteceu nos anos 60. É isso... no final que acabou também criando condições para uma epidemia como essa, né? Também vivendo uma fase de muito mais liberdade sexual, criou a possibilidade de uma doença sexualmente transmissível como essa se espalhar. O pessoa da minha geração não gosta de dizer isso, quando eu falo: “Não, mas o que é isso?” Que o cara pensa a revolução social, a revolução sexual foi uma coisa boa. Tendo sido uma coisa boa não pode ter gerado a AIDS.

DN – Não pode ter tido consequências ruins.

DR – Pensamento mágico, não é verdade? (*risos*) Pensamento mágico. Eu chupo sorvete que é uma coisa boa. Se é uma coisa boa, não pode me fazer mal, não posso

engordar. Não! Chupar sorvete, engorda. (*risos*) Não é? É assim. Acho que houve uma mudança grande mesmo. Sexo era... naquela época, sexo era uma coisa mais... descompromissada mesmo, né? Uma coisa mais tranqüila. Que dava problemas sim. Eu atravessei... a vida universitária naquela época, viajei, tive no exterior e tal, em acampamento de jovens e tudo, nunca peguei uma doença venérea na vida, nunca! Era raríssimo uma pessoa aparecer com uma doença venérea. De repente, aparecer com uma doença mortal, pô! Mortal! Que mata as pessoas depois de um longo sofrimento, né? Morte lenta! Acho que mudou e... a partir daí acho que o sexo nunca mais vai ser o mesmo. Se aquela geração que viveu aqueles poucos anos ali foi uma geração de privilegiados que... não vai existir outra. Aí eu fiz uma palestra dessa e uma menina me falou: “Puxa, doutor! O senhor tá falando uma coisa aí, logo agora que está chegando a minha vez?” “Azar, minha filha! Azar!” (*risos*)

DN – Bem, eu encerraria. O senhor teria alguma coisa pra acrescentar a entrevista?

DR – Não, eu já falei demais. Acho que já falei demais.

A fita não foi integralmente gravada