

M-93-20



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE HISTORIA

7,5

Justiça

OS HOMOSSEXUAIS E A AIDS
(1980-1990)



ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS NETO

ORIENTADORA: MARLENE MARIZ

ANTÔNIO RIBEIRO DANTAS

NATAL/RN, 1993

ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS NETO



OS HOMOSSEXUAIS E A AIDS

(1980-1990)

Monografia apresentada ao Departamento
de História da UFRN, para obtenção do
grau de bacharelado em História.



NATAL/RN, 1993



A todos os doentes de AIDS,
e especialmente a um amigo
que hoje se encontra conta-
minado pelo vírus. (AFSN)



Os machos não se dividem em dois grupos distintos: Os heterossexuais e os homossexuais. O mundo não está dividido entre ovelhas e carneiros. Nem todas as coisas são negras nem todas são brancas. É um princípio fundamental da taxinomia que raramente na natureza se encontram categorias nitidamente separadas. Só a mente humana inventa as categorias e tenta abrigar os fatos em compartimentos separados. O mundo vivente representa uma continuidade em todos os seus aspectos. Quanto mais depressa aprendermos esta noção, aplicando-a ao comportamento sexual do homem, tanto mais depressa compreenderemos claramente o que é a realidade do sexo.

Kinsey, 1972

AGRADECIMENTOS



A Deus, pela concretização de mais uma vitória.

Ao professor do Departamento de Ciências Sociais, Antônio Ribeiro Dantas, que foi bastante amigo ao me ajudar na confecção desta monografia.

A professora do Departamento de História, Marlene Mariz pela assistência.

Aos meus pais, por terem contribuído com amor, carinho e confiança para que chegasse onde estou.

Muito Obrigado

SUMARIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I.....	2
1 - Conceitos e Generalizações acerca da etiologia do homossexualismo.....	3
1.1. - Modelos de Homossexualidade.....	4
1.2. - Teorias Genéticas e Sexo Cromos- sômico.....	4
1.3. - Explicações Hormonais da Homosse- xualidade.....	5
1.4. - Teorias de Sedução.....	6
1.5. - Modelos Psicanalíticos da Homosse- xualidade.....	7
1.6. - Modelos Interacionistas Sociais.....	10
CAPITULO II.....	12
2.AIDS.....	13
2.1. - Transmissão Homossexual do HIV.....	13
2.2. - Os Sintomas.....	16
2.3. - Retrospecto Histórico.....	17
2.4. - Glossário Específico.....	19
CAPITULO III.....	21
3. - A Homossexualidade em Natal.....	22
3.1. - A AIDS no RN e Natal.....	23
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS; ;.....	29

INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma colaboração a historiografia regional e ao mesmo tempo surgiu uma necessidade de melhores informações a respeito da doença do século, a AIDS.

Para tal, tivemos que delimitar o período compreendido entre 1980 e 1990, pois foi justamente nesta fase que a doença tornou-se mais aparente, pois já existia, inicialmente infectando homossexuais, que por isso, foram ainda mais discriminados. Assim, fizemos, uma espécie de levantamento acerca da etiologia do homossexualismo, com conceitos e teorias, um retrospecto histórico sobre a AIDS e sua transmissão homossexual através do HIV. Com isso e através de dados estatísticos obtidos na secretária de saúde do estado tentaremos esclarecer que a AIDS ating~~e~~ homo e heterossexuais e também que a mesma não escolhe idade, sexo ou mesmo preferências sexuais.

C A P I T U L O I

1. Conceitos e Generalizações acerca da etiologia do Homossexualismo.

O homossexualismo nada mais é do que a prática de relações sexuais entre seres do mesmo sexo, que varia de cultura para cultura, de segmento para segmento em âmbito mundial, por isso devemos procurar uma lógica social das idéias e práticas associadas a homossexualidade e sua significação nas mais variadas categorias que buscam uma explicação quanto a sua etiologia. (?)

Desde os primórdios da história o homossexualismo é uma prática sexual ativa, podemos observá-la na antiga Grécia, na antiga Roma, onde as relações homossexuais eram comuns, de acordo com suas regras; os antigos Maias, que incentivavam os jovens que não tinham idade para o casamento as práticas homossexuais e também, algumas sociedades indígenas, como os Guiaqui no Paraguai.

Durante muitos séculos a homossexualidade foi ignorada e somente a partir do século XVIII, quando o sexo passa a ser mais explorado, merecedor de maiores atenções com a chegada da linha vitoriana, surge o pudorismo e a partir daí, o sexo passa a ser algo proibido. Inicialmente os homossexuais eram vistos como pecadores infratores da moral, sujeitos a duras penas, inclusive a pena de morte, até que médicos psiquiatras interessados na descoberta de suas causas, tentam provar que são pessoas doentes e que seria fácil curá-las. A partir daí, pesquisas sobre a questão surgem e com elas, teorias acerca da etiologia do homossexualismo.

Fonte dessas informações ?

1.1. Modelos de Homossexualidade

Existem dois tipos básicos de modelos de homossexualidade, os que enfatizam os fatores biológicos e os que frisam as influências sociais no desenvolvimento da orientação sexual, só que muitos autores sugerem que tal dicotomia não existe, pois segundo eles, existe uma interação entre ambas.

1.2. Teorias genéticas e o sexo cromossômico

No ano de 1940 Lang lança sua teoria genética, onde diz que os homossexuais masculinos são geneticamente femininos e que os homossexuais femininos são geneticamente masculinos, apesar de terem perdido todas as suas características morfológicas, exceto a sua fórmula cromossômica. Esta teoria foi chamada de teoria dos integrados e segundo ela, nas famílias com super-representação de homens seria mais fácil um homossexual do sexo masculino e nas famílias com super-representações de mulheres, seria mais fácil e comum um homossexual do sexo feminino, portanto, tal teoria não foi comprovada, mas adquiriu significação especial e outros pesquisadores como foi o caso de Darke (1948), Marrow e colaboradores (1965) não encontraram diferenças da cifra citada por Lang. É uma fonte de provas pertinentes a premissa básica de Lang, vale, é claro, ser mencionada, é a derivada dos estudos sobre a prole de homossexuais masculinos, pois se os homossexuais são geneticamente femininos apesar de fenotipicamente masculinos, sua prole deveria, no caso, ser feminina, o que não foi constatado por pesquisado

res ao examinar a prole dos homossexuais masculinos casados. Lang tenta contornar o problema colocando para a teoria dos integros através do conceito de invocação do homossexual genuíno e o forçoso, que é pouco provável que os homossexuais casados sejam o tipo genuíno. Com o advento das técnicas pelas quais o sexo nuclear pôde ser diferenciado, tornou-se claro que os homossexuais masculinos e femininos não apresentam nenhuma divergência em relação a expectativa do sexo nuclear nos controles masculinos e femininos normais, isto é, exibiam respectivamente um padrão nuclear sexual masculino e feminino, o que parece ser uma forte prova contrária a teoria de Lang. Aparece aí um fator de complicação sugerido por Pritchard (1962) no sentido que não se podia meramente, supor que o sexo nuclear e o sexo genético fossem sinônimos e tal dúvida só foi esclarecida quando no final da década de 50, desenvolveram técnicas para avaliar a constituição cromossômica real.

fonte das informações?

1.3. Explicações Hormonais da Homossexualidade

Algumas teorias enfatizaram o papel dos fatores endocrinológicos no desenvolvimento da homossexualidade, explicações hormonais da homossexualidade que tenderam a concentrar-se em influências pós-natais e pré-natais. Ainda no desenvolvimento psicosssexual, apareceram as teorias da aprendizagem social, que detecta a importância da experiência primitiva no desenvolvimento psicosssexual em duas abordagens. Os psicanalistas tenderam a concentrar-se quase que exclusivamente nas relações familiares, enquanto que os teóricos da aprendizagem social reconheceram, além dessas, a impor

tância das influências sociais mais amplas fora da família, como por exemplo as relações com os grupos de pares e outros adultos, além dos pais e as influências com os meios de comunicação. Paralelamente a questão surge o termo heterofobia, ou seja, o conceito de homossexualidade como uma fobia ou medo da heterossexualidade, postulado tanto por psicanalistas como por teóricos de aprendizagem, ainda que do ponto de vista teórico diferente. De início, devemos identificar dois tipos principais de respostas: em 1º lugar, o medo de algum aspecto ou aspectos de um encontro heterossexual e por exemplo, medo ou nojo da genitália do sexo oposto e em 2º lugar, os medos concernentes ao desempenho do indivíduo nos encontros heterossexuais. As explicações possíveis oferecidas para dar conta das origens de tais respostas de medo, vão desde as experiências heterossexuais aversivas a primitivas até os sentimentos de inadequação sexual em relação ao sexo oposto.

fonte de referencie das colocações acima ?

1.4. As Teorias de Sedução

As teorias de sedução também tentam explicar a homossexualidade e diz que a sedução na infância influi no desenvolvimento de uma orientação homossexual na idade adulta, todavia, foi vista de maneiras diferentes. Na psicanálise a ênfase foi colocada na sedução imaginada e não na sedução real com referência particular a relação das crianças com os pais sendo o uso do termo sedutor interpretados em termos da dinâmica do complexo de Édipo.

Por outro lado a sedução real na infância (heterossexual) ou homossexual também foi sugerida como influência significativa. No caso da sedução heterossexual, postulou-se que tal experiência pode levar os sentimentos de aversão ao sexo oposto, já a sedução por alguém do mesmo sexo tem tendido a ser encarada em termos a teoria do contágio. Mais especificamente Mc.Guire e colaboradores 1965, sugeriu que a natureza da 1ª experiência sexual acompanhada de orgasmo é crucial para o estabelecimento da orientação sexual, eles afirmam que não é a experiência sexual em si mesma que é significativa, mas sim a aprendizagem ocorrente depois de uma sedução inicial, sendo a 1ª experiência sexual importante para o fornecimento de fantasias para a masturbação subsequente, assim, Mc.Guire sugere que se as experiências sexuais iniciais forem homossexuais, os estímulos homossexuais em decorrência de sua associação com as experiências masturbatórias, tornase-ão uma isca para a resposta sexual, os heterossexuais por outro lado são extintos pelas faltas de reforços.

*Referencie de onde fundamenta
a discussões acima?*

1.5. Modelos psicanalíticos da homossexualidade

No pensamento psicanalítico sobre o desenvolvimento psicosssexual é central o conceito de complexo de Édipo, que se traduz da seguinte forma: o bebê apresenta neste estágio do desenvolvimento o desejo sexual em relação a um dos pais, juntamente com sentimentos de rivalidade para com o outro, antes disso, na fase pré-edi^{pi}a

no, o bebê é encarado como sendo primordialmente ligado a mãe, contudo por volta da idade de 4 a 5 anos, no caso do menino, diz-se que ele deseja inconscientemente sua mãe e experimenta sentimentos de agressividade em relação ao pai, a quem percebe como rival, nas atenções da mãe. Nesse ponto, devemos considerar as idéias de Freud, ele sugere que o menino inicialmente atribui a posse do Pênis a todas as pessoas, inclusive as mulheres, mas a medida que se torna mais consciente das diferenças genitais, interpreta essas diferenças como indicativas de que as meninas perderam o pênis e por sua vez, passa a temer que possa perder os seus órgãos. Em termos do complexo de Édipo, os sentimentos de ciúme e ressentimento do menino em relação aos pais, ou ao pai, resultam no temor da criança a vir ser castrada pelo pai como punição por tais pensamentos. Portanto a resolução do complexo de Édipo no menino se dá através do que Freud chama complexo de castração, pelo qual a criança se identifica com seu rival, o pai assim gratificando, em certa medida, seu desejo sexual pela mãe, ao mesmo tempo que resolve seu medo de castração pelo pai. No caso das meninas, Freud argumenta que também elas, inicialmente, acreditam que todos, inclusive os meninos, tem genitália idêntica a delas e a percepção que isso é irreal está associada a interpretação de que o pênis foi perdido. Essa descoberta e a resultante inveja do pênis são vistos como o que desencadeia o complexo de Édipo nas meninas. Assim, afirma que inicialmente as meninas experimentam desejo sexual pela mãe, quando a menina percebe que não possui pênis, interpreta esse fato como perda e não como falta: como punição pelos desejos in

cestuosos que sente pela mãe. Responsabilizando a mãe pela sua castração aparente, as meninas transferem seu sentimento de amor para o pai, que pode satisfazer seu desejo por um pênis. Desse modo vivencia sentimentos de hostilidade pela mãe, agora encarada, como uma rival nas atenções do pai, tanto por não ter dado um pênis a filha quanto por sua aparente castração. Isso ocorre paralelamente a sentimentos de afeto e admiração pela mãe, assim como de hostilidade pelo pai, por fim se identifica com sua rival, a mãe, gratificando seus desejos incestuosos pelo pai e satisfazendo, em certo grau, sua inveja do pênis, ao mesmo tempo que resolve seus sentimentos de agressão em relação a mãe. Portanto, através, do complexo de Édipo, as meninas são vistas como passando a identificar-se com a mãe, enquanto os meninos se identificam com o pai e uma vez identificados, adquirem comportamentos e conhecimentos considerados a seu sexo. A homossexualidade pode ocorrer pelo sentimento edípico não resolvido, ou como também sugere Freud, as vezes que o toma narcisisticamente a si próprio como objeto de amor, em vez de sua mãe e ao seu pai, e busca uma pessoa que se assemelhe a esse objeto amoroso. Dentro do pensamento psicanalítico a ênfase global em formas da homossexualidade é colocada nas relações primitivas genitor-criança, de onde as necessidades de examinar criticamente os estudos que prestaram particular atenção aos antecedentes parentais dos homossexuais masculinos e femininos. Um pai fraco e hostil tem significação etiológica tanto para homossexuais femininos como masculinos. Em contraste o papel da

*mas faz uma única referência !!!
Qual a base técnica utilizada ?*

da mãe é considerado significativo no desenvolvimento da homossexualidade masculina.

1.6. Modelos Interacionistas Sociais



Em sua percepção quase exclusiva com as causas e o tratamento, as pesquisas sobre homossexualidade tem ignorado em grande medida as variáveis socio culturais. Em busca de explicações etiológicas, os teóricos tendem a supor que os homossexuais constituem um grupo homogêneo, sujeito a influências motivadoras e causais semelhantes, tal percepção dos homossexuais como pertencentes a uma categoria uniforme é, em parte, resultado da ênfase colocada na orientação sexual e nos atos sexuais, tanto na definição quanto na explicação da homossexualidade. Ainda mais importante é que os significados sociais de tais atos para o indivíduo em relação que eles tem ou não com a identidade homossexual tem sido ignorados, assim, há uma falta de distinção entre atos homossexuais e identidades homossexuais, sendo genericamente presumidos que uns decorrem dos outros. Essa distinção é reconhecida dentro da perspectiva social interacionista e a ênfase é colocada nas identidades homossexuais e não nos atos homossexuais. Nesse sentido entre tanto, não se presume que a identidade homossexual seja uma característica inata e permanente, embora possa ser interpretada desse modo pelo indivíduo. A percepção da homossexualidade como uma opção, uma preferência positiva pelas relações com o mesmo sexo, e não como uma aversão do sexo oposto, também levanta importantes

questões sobre a aceitação social. Uma coisa é aceitar alguém nascido desse jeito, outra coisa é aceitar alguém que escolheu a homossexualidade como opção entre relações e estilos de vida.

C A P I T U L O I I

2.AIDS

HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)

Tipos:HIV I e HIV II - Os dois tem a mesma patogenidade e são transmissíveis da mesma maneira.

Doença sexualmente transmissível,sua contaminação se dá a través do sangue ou esperma contaminado,nas relações sexuais e transfusões de sangue,como também no uso de drogas injetáveis.

Provavelmente o vírus teria vindo da África,pois o vírus da imunodeficiência dos macacos é bastante semelhante,mais precisamente dos macacos verdes.Não sabe-se ao certo como ocorreu a via de transmissão entre os macacos e o homem,mas existe a hipótese de ter sido através de rituais,onde o sangue dos macacos é aplicado na região perinal para aumentar o libido sexual e a fertili dade humana.

fonte ?

2.1.Transmissão Homossexual do HIV

Os primeiros casos de AIDS ocorreram entre homossexuais mas culinos jovens que mutuamente dividem parceiros sexuais.A disseminação rápida da AIDS entre homossexuais masculinos enfatizava cada vez mais a transmissão sexual nesta população .Apesar da AIDS ter sido precocemente reconhecida entre outros grupos conhe cidos como grupo-de-riscos,a maioria das cases tem ocorrido entre homossexuais masculinos.Nos E.U.A e na Europa,dois terços re gistrados dos casos de AIDS têm ocorrido em homossexuais masculi

nos e estimasse que a maioria dos casos novos continuará ocorrendo ainda por vários anos neste grupo de pacientes.

No período de 1983-1984 altas taxas soroprevalências entre homossexuais masculinos, foram encontradas em Nova Iorque e São Francisco. Entre 1980 e 1983 trabalhos realizados sugerem que a soroconversão era da ordem de 10 a 30% ao ano nestas mesmas cidades. Dados recentes de estudos em andamento, em São Francisco, mostram uma taxa entre homossexuais masculinos variando de 1 a 2% , ao ano. Esta mudança de comportamento tem contribuído também para a diminuição de outras doenças sexualmente transmissíveis. No Brasil apesar da falta de estudos semelhantes, estima-se que a taxa de soroconversão entre homossexuais masculinos seja hoje pouco diferente da do início da epidemia de AIDS em nosso país. Os fatores responsáveis por esta negligência suicida são múltiplos, e vão desde a falta de campanhas educativas contínuas a atitudes, culturais difíceis de serem modificadas. Estudos demonstram consistentemente que os fatores de risco mais importantes para a transmissão do HIV entre homossexuais masculinos, são as relações sexuais anais passivas e o nº de parceiros. Outros fatores de risco caem em um desses três grupos:

- 1) Outros comportamentos sexuais
- 2) História de doenças sexualmente transmissíveis
- 3) Uso de drogas injetáveis

Outros comportamentos sexuais diferentes da relação anal que tem sido identificados como fatores de risco incluem a ducha retal, a penetração do reto com a mão, contatos sexuais em casas ou clubes de massagem. A ducha retal pode lesar a mucosa retal, assim

facilitando a entrada do vírus, ou podem ser marcadores para provável contato com parceiro infectado. Há um relato em que sorro-conversão foi atribuída a penetração do reto com a mão. Estudos nos Estados Unidos e na África têm demonstrado risco associado, a história do DST. Alto risco de infecção pelo HIV tem sido associado a presença de úlceras anogenitais, sífilis, giardíase e gonorreia, hepatite B. As DST que resultam em lesões genitais assim facilitando a entrada do vírus, são os mais prováveis cofatores verdadeiros, o uso de drogas injetáveis e o uso de nitrato de amila têm sido relatados como fatores que podem aumentar muito a susceptibilidade a infecção pelo HIV, através a um efeito biológico como imunodepressão e vasodilatação. O ato dos viciados em drogas injetáveis dividirem agulhas e seringas contaminadas, é uma via conhecida para a transmissão do HIV. O uso de drogas pode ser indicador de um estilo de vida que oferece grande probabilidade de contato sexual com pessoas infectadas.

É mais comum o contato entre dois homens, apenas alguns poucos relatos foram publicados de transmissão de mulher para mulher. Em um destes relatos a transmissão ocorreu durante um período de 4 a 6 semanas após uma mulher ter iniciado um relacionamento com uma viciada em drogas intravenosas. As relações sexuais eram traumatizantes, resultando em sangramento vaginal e também ocorreram durante o período menstrual. As práticas sexuais envolveram contato vaginal e contato oral com o ânus. Relata-se também o caso de uma mulher soropositiva de 24 anos que negava que tivesse tido qualquer contato orogenital com um grande número

de parceiras nos anos que antecederam a positividade do seu teste anti-HIV.

2.2.0s Sintomas

A infecção pelo HIV é indiscutivelmente uma infecção crônica e muitas das pesquisas em pessoas infectadas mostram que elas não apresentam absolutamente nenhuma manifestação clínica da doença. Por outro lado, do ponto de vista imunológico, a grande maioria dos indivíduos infectados pelo HIV apresentam comprometimento dos sistemas de defesa, o que^o torna a cada dia menos capazes de lutar contra os agentes microbianos em geral, inclusive aqueles que normalmente não causam doenças, nas pessoas sãs, que são chamados germes oportunistas. A AIDS ocorre quando acontecem infecções oportunistas.

A AIDS apresenta a fase mais grave e indubitavelmente, a última etapa da infecção pelo HIV e todo o tipo de sintoma e sinal pode ser visto em um paciente com AIDS, mas nenhum deles deve ser considerado exclusivo da infecção pelo HIV, porque algumas doenças podem apresentar aspectos comuns. Não há dúvidas de que algumas síndromes são vistas quase que exclusivamente em pacientes com AIDS, mas o diagnóstico de certeza deve ser feito antes que se possa afirmar que alguém está com AIDS, porque as implicações psicossociais são imensuráveis. Pacientes com AIDS se queixam de fastigarem-se facilmente e por isto reduzem suas tarefas diárias.

A ansiedade e a depressão são respostas comuns quando o indivíduo toma conhecimento ou suspeita de estar com infecção pelo vírus HIV. Doença constitucional constitucional como adinamia, perda de peso, diarreia, podem primariamente refletir imunossupressão ou podem indicar o início de uma forma cancerígena. A pneumonia por Pneumocystis Carinii frequentemente tem aparecido, a febre por mais de um mês, fadabilidade e perda de peso antes do desenvolvimento dos sintomas respiratórios, tosse seca, falta de ar, tuberculose que tipicamente causa febre, suores noturnos e etc.

Alguns indivíduos chegam a apresentar febre durante meses e perdem até 15 kg do peso corporal antes que uma infecção oportunista seja diagnosticada. Além da presença de infecção ou neoplasia oportunistas, diz-se que um paciente com AIDS, apresenta doença constitucional por mais de um mês. Muitos outros órgãos e sistemas podem ser comprometidos nos pacientes com infecção pelo vírus HIV, como: O sistema nervoso central e periférico, os olhos, os rins, coração, as articulações. As manifestações podem vir isoladas ou em associações. O conhecimento de tudo isso é importante, pois ficaremos mais conscientes do mal que traz a AIDS e seremos um tanto mais cautelosos quanto a sua prevenção.

2.3. Retrospecto Histórico

1981 - Médicos na Califórnia relatam ao CDC (Centro para Controle de Doenças) os primeiros casos daquela doença desconhecida até o presente momento.

1982 - O CDC chegou a conclusão que se tratava de uma entidade nova e estabelecia critérios para o seu diagnóstico.

1983 - Pesquisadores do Instituto Pasteur de Paris liderado pelo professor Luc Montagnier, conseguiu isolar dois gânglios linfáticos de pacientes com linfadenopatia, um vírus que denominaram LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), vírus associado a linfadenopatia.

1984 - Robert Gallo e seu grupo relatam o isolamento de um vírus semelhante que chamaram HIV III, viram que ambos eram causadores da AIDS.

1984 - Descoberta de um teste que detecta no sangue anticorpos produzidos contra o vírus.

1986 - Um outro vírus foi isolado em um paciente com AIDS, HIV II.

2.4. GLOSSARIO ESPECIFICO

Adinamia - Prostração física geral.

Anticorpos - Substância produzida pelo organismo em resposta a um estímulo imunológico, com objetivo de neutralizar e eliminar os antígenos.

Diagnóstico - Conhecimento ou determinação de uma doença pelos sintomas.

DST -Doença Sexualmente transmissível

Gânglios Linfáticos - Estrutura do sistema linfático situadas no trajeto de vasos linfáticos, encarregados de agrupar células de defesa no organismo.

Germes Oportunistas - Germes que aproveitam-se do sistema imunológico deficiente para instalar-se.

Imunodepressão - Diminuição das defesas imunitárias do organismo provocada por medicamentos, vírus, bactérias.

Infecções oportunistas - Infecções por germes. Normalmente presentes e bem toleradas pelo organismo, que se tornam agressivos quando o sistema imunitário encontra-se atingido.

Linfadenopatia - Acometimento do gânglios linfáticos, seja localizado ou difuso, por processos patológicos.

Neoplasia - Estado de tumorização.

Nitrato de Amila - Droga usada pelos homossexuais masculinos para aumentar o libido e relaxar o esfínter anal.

Soroconversão - Desenvolvimento de anticorpos em resposta a um estímulo imunológico, com objetivo de neutralizar um antígeno.

Soroprevalências - Número de indivíduos com sorologia positiva em uma determinada população.

Vasodilatação - É a dilatação de um vaso no intuito de aumentar seu calibre.



CAPITULO III

3.A Homossexualidade em Natal

Inicialmente se dizia que o homossexualismo em Natal era um ato praticado apenas por pessoas de baixo nível, eram os ladrões, drogados e pervertores de menores, pois, quando os filhos de famílias importantes eram suspeitos de serem homossexuais, eram imediatamente deportados da cidade, ouviam-se comentários apenas na surdina.

Em 1965 foi inaugurado o bar Arapuca, o 1º ponto de encontro homossexual da cidade, ficava situado atrás do antigo mercado público, apesar de também ser frequentado por heterossexuais. Ficou bastante conhecido pela imprensa e ocorre um escândalo envolvendo nomes importantes, o que causou seu fechamento. Havia também os bares Brizza Del Mare e Pé de Mocó. O 1º tinha uma clientela até que razoável, mas o 2º era frequentado apenas por homossexuais, em sua maioria travestis. Ficavam um ao lado do outro e no final da noite, quando os caretas se retiravam as carícias homossexuais aconteciam.

Na década de 80 é que a movimentação homossexual passa por uma transformação válida, com a instalação de uma casa de show denominada VIVACE, dirigida por um grupo de Olinda-Pe. Nela os homossexuais tiveram chance de se expressarem artisticamente e culturalmente. No mesmo período, a homossexualidade feminina aflora, surgem os bares: A Toca do Rei, Bar de Veca, Bar de Zuly e o Peron. Instalaram-se também algumas boites-gay, a 1ª foi a Aquarius e a 2ª o Vice-Versa. Com isso há uma proliferação de shows transformistas e de

concursos de miss gay nos bares e clubes da cidade.

Segundo Antônio Ribeiro, para facilitar uma divisão da movimentação homossexual em Natal, podemos dividi-la em 3 períodos: o 1º, a fase embrionária que se estende de 50 até o final dos anos 60, o 2º, caracterizado pela visibilidade da movimentação homossexual abrangendo os anos 70 e o 3º, com início no final dos anos 70, período de retração, caracterizado pelo gueto fechado.

Fonte das informações acima ?

3.1.A AIDS em Natal e RN

Os dados obtidos na secretaria de saúde do estado e também através de um grupo de apoio no combate a AIDS, chamado Porvir, coletados desde 1983 à 1993 são bastante úteis e recentes.

Faixa Etária:

Crianças 0/4 anos Adolescentes 13/18 anos Adultos 20/30 anos

Sexo:

Masculino- 80% (Em média 60% de homossexuais).

Feminino- 20% (O nº de mulheres infectadas tem aumentado nos últimos anos).

Nível:

Diversificado, maioria da classe média e profissionais liberais.

Principais vias de contaminação:

Uso de drogas injetáveis, mãe/filho, relações sexuais e hemofílicos.

Estimativa de nº total dos infectados e área de contaminação.

Estima-se um nº de 15.000 infectados no estado, com 236 casos registrados com 80% de óbitos, que se concentram na Vila de P.Negra, Alecrim e Quintas, tendo o 1º a maior percentagem, mais de 60%.

CONCLUSÃO

Chegamos ao final do nosso trabalho e agora podemos dizer que realmente a AIDS é uma doença grave e que tem atingido a população mundial, independente da raça, idade e sexo.

Através deste trabalho podemos esclarecer que os homossexuais não são os únicos atingidos pelo mal, pois os dados anexados a nível nacional nos mostram claramente tal situação, como também os de nível local, coletados na secretaria de saúde do estado. Assim, deve-se desfazer essa ligação um tanto quanto preconceituosa entre homossexuais e AIDS e tentarmos uma política de prevenção no combate a mesma, dando o primeiro passo que é nos conscientizar a respeito deste mal e tentarmos alertar de qualquer modo eficiente e seguro, as pessoas leigas, contra um risco que pode ser evitado, a AIDS;

Conclusões face

*Mas utilize as normas do
trabalho científico.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIES, Philippe. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BARBOSA, Gustavo. Grafitos de Banheiro: a literatura proibida. São paulo: Brasiliense, 1984.
- BENEDICT, Ruth. Padrões de Cultura. Lisboa: Livros do Brasil.
- CADENGUE, Rogério Bastos. A comunicação em comunidades homossexuais. In: MELO, José Marques de. Comunicação e classes Subalternas. São Paulo: Cortez, 1980.
- CASCUDO, Luís da Câmara. História do Rio Grande do Norte. Natal: Fundação José Augusto, 1984.
- CHAUI, Marilena. Repressão Sexual nossa conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CLASTRES, Pierre. Chonique dos Índios Guayaki. Paris: Plon, 1972.
- CONTIER, Arnaldo D. Imprensa e Ideologia em São Paulo 1822/1842. Matizes do vocabulário político e social. Petrópolis: Vozes, 1979.
- COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- DANTAS, Antônio Ribeiro. A Leitura da Imprensa Escrita. Natal: UFRN- Dissertação de mestrado, 1989.
- FLANDRIN, Jean Louis. O Sexo no Ocidente. São Paulo: Brasiliense, 1988
- FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade I: a vontade do saber. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade III: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. Hercaline Barbin: o diário de um hermafrodita. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982.

FREYRE, Gilberto. Casa Grande e Senzala. Rio de Janeiro: J. Olímpio.

FRY, Peter. Direito positivo versus direito clássico: a psicologização do Crime no Brasil, no pensamento de Heitor Carrilho. In FIGUEIRA, Sérvulo A. Cultura da Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FRY, Peter. O que é Homossexualidade. São Paulo: Brasiliense, 1983.

GAY, Peter. A Experiência Burguesa da Rainha Vitória a Freud: a educação dos sentidos. São Paulo: Companhia de Letras, 1988.

GROSRICHARD, Alain. A Estrutura do Harém: despotismo asiático no Ocidente clássico. São Paulo: Brasiliense, 1988.

GUERIN, Daniel. Um Ensaio Sobre Revolução Sexual. São Paulo: Brasiliense, 1980.

HART, John, RICHARDSON, Diane. Teoria e Prática da Homossexualidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

HERMA, Gert. Sociologie de l'homosexualité et de l'homosocialité. Societes Revue de Sciences Humaines et Sociales, nº 17, 1988.

HOCQUENGHEM, Guy. A Contestação Homossexual. São Paulo: Brasiliense 1980.

LEITES, Edmund. A Consciência Puritana na Sexualidade Moderna. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LIMA, Délcio Monteiro de. Os Homoeróticos. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

LUZ, Madel. Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACRAE, Edward et al. Caminhos Cruzados. São Paulo: Brasiliense, 1982
Os respeitáveis militantes e as bichas loucas.

- MACRAE, Edward et al. Macho, Masculino Homem: A sexualidade, o machismo e a crise de identidade do homem moderno. Porto Alegre: 1986.
- MALINOWSKI, Bronislaw. Sexo e Repressão na Sociedade Selvagem. Petropolis: Vozes, 1973.
- MANTEGA, Guido. Sexo e Poder. São Paulo: Brasiliense, 1979.
- MARMOR, Judd. A Inversão Sexual: as múltiplas raízes da homossexualidade. Rio de Janeiro: IMAGO, 1973.
- MARSAN, Hugo. Un Homme, un homme. Paris: Autrement, 1983.
- MEAD, Margaret. Aspectos do Presente. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982.
- MEAD, Margaret. Macho e Fêmea. Petropolis: Vozes, 1971.
- MILES, Rosalina. A História do Mundo Pela Mulher. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- MOTT, Luiz. Cupido na sala de aula: Pedofilia e Pederastia no Brasil antigo. Cadernos de Pesquisa, nº 69 mai 1989.
- MOTT, Luiz. Dez viados em questão: tipologia dos homossexuais da cidade do Salvador, Bahia. Salvador: Espaço Bleff, 1987.
- MOTT, Luiz. O Lesbianismo no Brasil. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.
- MOTT, Luiz. Pagode Português: a sub cultura gay em Portugal nos tempos inquisitoriais. Ciência e Cultura, v.40, nº2, fev 1988.
- OKITA, Hiro. Homossexualismo: da opressão a libertação. São Paulo: Proposta, (19..?).
- ORAISON, Marc. A Questão Homossexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 1977.
- PEREIRA, Carlos A. Messeder et al. Testemunha Ocular. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- PERLONGHER, Néstor. O negócio do michê: prostituição viril. São Paulo: Brasiliense, 1987.

- RAGO, Margaret. Do Cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil (1890-1930), Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- ROLIN, Francisco Sales Cartaxo. Política nos Currais. João Pessoa: Acauã, 1979.
- ROUSSELE, Aline. Pornéia: Sexualidade e amor no mundo antigo. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- RUFFLE, Jacques. O sexo e a morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- SALLES, Catherine. Nos submundos da antiguidade. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- SERGEANT, B. Aux origines d'un fait social: le primat des amours masculines en Grèce ancienne. Societes: Revue de Sciences Humaines et Sociales, nº17, mar 1988.
- SOARES, José Arlindo. A frente do Recife e o governo de Arraial: Nacionalismo em crise - 1955-1964. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- VELHO, Gilberto. Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- VENCIGUERRA, Marcio, MAIA, Maurício. O pecado de adão: crimes homossexuais no eixo Rio-São Paulo. São Paulo: Icone, 1988.
- VEYNE, Paul. Acreditavam os gregos nos seus mitos? São Paulo: Brasiliense, 1984.
- VEYNE, Paul. A elegia erótica romana: o amor, a poesia e o ocidente. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- WINCLER, Carlos Roberto. Pornografia e sexualidade no Brasil. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1983.

A N E X O S

**TABELA I**

Notificações de casos de AIDS recebidas no período, segundo local de residência (unidade federada e macro-região) - Brasil. Agosto de 1993

UF/Macro-região	Notificações Recebidas	
	Nº	%
Brasil	1258	100.0
Norte	24	1.9
Rondônia	4	0.3
Acre	1	0.1
Amazonas	...	...
Roraima	1	0.1
Pará	17	1.4
Amapá	...	...
Tocantins	1	0.1
Nordeste	108	8.6
Maranhão	12	1.0
Piauí	...	...
Ceará	22	1.7
Rio Grande do Norte	...	...
Paraíba	2	0.2
Pernambuco	46	3.7
Alagoas	...	...
Sergipe	...	...
Bahia	26	2.1
Centro-Oeste	115	9.1
Mato Grosso do Sul	23	1.8
Mato Grosso	16	1.3
Goiás	30	2.4
Distrito Federal	46	3.7
Sudeste	894	71.1
Minas Gerais	135	10.7
Espírito Santo	-	-
Rio de Janeiro	241	19.2
São Paulo	518	41.2
Sul	117	9.3
Paraná	41	3.3
Santa Catarina	25	2.0
Rio Grande do Sul	51	4.1

TABELA II

Distribuição dos casos de AIDS e coeficientes de incidência (taxa por 100000 habitantes), segundo período de diagnóstico e local de residência (unidade federada e macro-região) - Brasil, 1980-1993*

UF/Macro-região	Período de diagnóstico														Total	
	1980-1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992/93		1980-1993	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Brasil	1712	1.4	2341	1.7	3920	2.8	5186	3.6	7043	4.8	9106	6.2	12812	8.7	42120	31.0
Norte	6	0.1	18	0.2	34	0.4	55	0.6	67	0.7	98	1.0	178	1.9	456	5.4
Rondônia	-	-	4	0.5	3	0.4	1	0.1	5	0.5	3	0.3	24	2.6	40	5.4
Acre	-	-	3	0.8	2	0.5	4	1.0	3	0.7	8	1.9	3	0.7	23	6.4
Amazonas	2	0.1	2	0.1	7	0.4	11	0.6	13	0.7	19	1.0	44	2.3	98	5.6
Roraima	-	-	1	0.9	-	-	7	6.0	7	5.8	11	9.1	10	8.2	36	34.3
Pará	4	0.1	8	0.2	18	0.4	29	0.6	32	0.7	52	1.1	82	1.7	225	5.3
Amapá	-	-	-	-	3	1.3	2	0.8	1	0.4	3	1.2	8	3.3	17	7.8
Tocantins	-	-	-	-	1	0.1	1	0.1	6	0.6	2	0.2	7	0.7	17	1.8
Nordeste	88	0.2	166	0.4	257	0.6	416	1.0	492	1.2	703	1.7	1164	2.8	3286	8.3
Maranhão	6	0.1	5	0.1	16	0.3	28	0.6	39	0.8	57	1.1	77	1.5	228	4.9
Piauí	-	-	7	0.3	8	0.3	11	0.4	22	0.8	29	1.1	31	1.2	108	4.4
Ceará	16	0.3	11	0.2	31	0.5	52	0.8	69	1.1	119	1.9	219	3.5	517	8.7
Rio Grande do Norte	5	0.3	13	0.6	12	0.5	22	1.0	24	1.1	43	1.9	66	2.9	185	8.7
Paraíba	5	0.2	11	0.4	6	0.2	11	0.3	27	0.8	33	1.0	69	2.2	162	4.8
Pernambuco	27	0.4	61	0.9	83	1.2	134	1.9	132	1.8	176	2.4	246	3.4	859	12.6
Alagoas	6	0.3	6	0.3	20	0.9	22	0.9	27	1.1	26	1.1	55	2.3	162	7.2
Sergipe	1	0.1	7	0.5	12	0.9	14	1.0	18	1.3	20	1.4	35	2.5	107	8.2
Bahia	22	0.2	45	0.4	69	0.6	122	1.1	134	1.2	200	1.7	366	3.1	958	8.9
Centro-Oeste	54	1.0	71	1.1	108	1.7	145	2.6	229	4.0	393	6.8	685	11.9	1685	27.7
Mato Grosso do Sul	11	0.8	14	0.8	19	1.1	31	1.8	73	4.1	84	4.7	180	10.1	412	25.4
Mato Grosso	13	1.0	11	0.7	16	1.0	28	1.7	36	2.1	58	3.3	94	5.4	256	17.1
Goiás	10	0.2	23	0.5	38	0.8	34	0.9	58	1.5	82	2.1	168	4.3	413	9.2
Distrito Federal	20	1.4	23	1.4	35	2.0	52	2.9	62	3.3	169	9.0	243	12.9	604	37.9
Sudeste	1472	3.6	1983	4.3	3260	6.9	4200	8.7	5641	11.4	6965	14.1	9223	18.7	32744	72.6
Minas Gerais	66	0.5	101	0.7	136	0.9	198	1.3	275	1.8	318	2.1	541	3.5	1635	11.1
Espírito Santo	10	0.5	18	0.8	33	1.4	50	2.0	52	2.1	70	2.8	136	5.5	369	16.0
Rio de Janeiro	395	3.4	529	4.0	843	6.3	975	7.2	1117	8.1	1138	8.2	1173	8.5	6170	48.0
São Paulo	1001	3.8	1335	4.3	2248	7.1	2977	9.2	4197	12.7	5439	16.4	7373	22.3	24570	82.1
Sul	92	0.5	103	0.5	261	1.2	370	1.7	614	2.8	947	4.3	1562	7.2	3949	19.0
Paraná	20	0.3	27	0.3	70	0.8	91	1.1	137	1.6	248	3.0	535	6.4	1128	13.9
Santa Catarina	8	0.2	14	0.3	42	1.0	69	1.6	161	3.6	230	5.2	316	7.1	840	20.4
Rio Grande do Sul	64	0.8	62	0.7	149	1.7	210	2.4	316	3.5	469	5.2	711	7.9	1981	23.2

(*) 1993 (Dados preliminares até a semana 35, terminada em 04/09)

Dados sujeitos à revisão

TABELA XI

Distribuição dos casos de AIDS segundo macro-região, ano de diagnóstico e categoria de exposição - Brasil 1980-1993*

Macro-região/ Ano de diagnóstico	Homo	Bi	Hetero	Usu/dr e.v	Hemo	Recep. sang./comp.	Perinat.	Trans. não def./ Outra(1)	Total	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	(%)
Brasil	11722	6081	7430	9235	656	1752	822	4422	42120	100.0
Norte	155	111	102	29	4	25	4	26	456	1.1
85	4	-	-	-	-	-	-	-	4	0.0
86	-	1	-	-	-	1	-	-	2	0.0
87	8	5	2	-	-	1	-	2	18	0.0
88	11	8	7	1	1	4	-	2	34	0.1
89	16	21	10	1	2	2	1	2	55	0.1
90	23	14	17	8	-	2	-	3	67	0.2
91	38	24	19	1	-	7	-	9	98	0.2
92	42	26	29	14	1	2	1	1	116	0.3
93	13	12	18	4	-	6	2	7	62	0.1
Nordeste	1156	746	679	271	68	130	30	206	3286	7.8
83	1	-	-	1	-	-	-	-	2	0.0
84	15	-	-	-	-	-	-	-	15	0.0
85	-	7	1	-	2	-	-	3	13	0.0
86	27	17	-	1	5	4	-	4	58	0.1
87	68	46	9	15	8	8	2	10	166	0.4
88	92	71	23	26	11	18	1	15	257	0.6
89	182	96	53	39	11	10	4	21	416	1.0
90	176	109	81	53	10	18	1	44	492	1.2
91	228	159	167	53	14	32	8	42	703	1.7
92	244	149	235	53	5	29	8	47	770	1.8
93	123	92	110	30	2	11	6	20	394	0.9
Centro-Oeste	426	332	397	313	34	62	26	95	1685	4.0
84	1	-	-	-	1	-	-	-	2	0.0
85	9	1	-	-	3	-	-	-	13	0.0
86	20	9	1	2	4	-	2	1	39	0.1
87	30	22	4	6	3	5	-	1	71	0.2
88	32	35	16	9	6	6	1	3	108	0.3
89	43	37	29	18	6	1	3	8	145	0.3
90	66	41	54	42	4	12	3	7	229	0.5
91	101	74	91	91	3	18	3	12	393	0.9
92	95	78	134	86	4	11	8	37	453	1.1
93	29	35	68	59	-	9	6	26	232	0.6
Sudeste	8832	4214	5598	7746	478	1365	660	3851	32744	77.7
80	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0.0
82	4	3	-	-	-	-	-	-	7	0.0
83	14	8	1	1	-	1	-	2	27	0.1
84	65	25	4	1	11	1	-	7	114	0.3
85	237	119	19	10	28	16	2	30	461	1.1
86	427	184	59	41	35	57	3	56	862	2.0
87	790	332	153	243	73	159	24	209	1983	4.7
88	1110	479	358	610	73	201	65	364	3260	7.7
89	1263	570	601	903	77	205	89	492	4200	10.0
90	1495	658	951	1403	78	206	116	734	5641	13.4
91	1622	822	1304	1927	66	211	171	842	6965	16.5
92	1552	844	1690	2126	34	258	161	959	7624	18.1
93	253	169	458	481	3	50	29	156	1599	3.8
Sul	1153	678	654	876	72	170	102	244	3949	9.4
83	2	1	-	-	-	-	-	-	3	0.0
84	4	2	-	-	-	-	-	1	7	0.0
85	8	7	-	-	1	-	1	1	18	0.0
86	29	27	1	2	1	1	1	2	64	0.2
87	43	30	4	7	6	11	1	1	103	0.2
88	114	50	17	39	10	12	7	12	261	0.6
89	135	88	30	43	14	24	15	21	370	0.9
90	189	110	69	127	12	31	22	54	614	1.5
91	265	148	160	242	12	32	21	67	947	2.2
92	249	138	221	247	11	32	27	57	982	2.3
93	115	77	152	169	5	27	7	28	580	1.4

(*) 1993 (Dados preliminares até a semana 35, terminada em 04/09)

(1) Caso e/ou categoria não investigada ou transmissão investigada sem, entretanto, ser caracterizada, ou outra categoria definida na investigação excluindo as acima relacionadas.

TABELA XIII

Distribuição das doenças associadas quando da notificação do caso de AIDS por período de diagnóstico - Brasil, 1980-1993*

Agente etiológico/agravo	1980 - 1984			1985 - 1987			1988 - 1993			Total		
	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)
CANDIDIASE (ESÔFAGO, TRAQUEIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	93	30,9	(56,4)	2008	33,3	(51,6)	18425	33,1	(48,4)	20526	33,1	(48,7)
PNEUMONIA POR P. carinii	49	16,3	(29,7)	1101	18,3	(28,3)	11642	20,9	(30,6)	12792	20,6	(30,4)
TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA-PULMONAR/NÃO CAVITÁRIA	22	7,3	(13,3)	746	12,4	(19,2)	7076	12,7	(18,6)	7844	12,6	(18,6)
TOXOPLASMOSE CEREBRAL	12	4,0	(7,3)	440	7,3	(11,3)	5423	9,7	(14,2)	5875	9,5	(13,9)
OUTRAS INFECÇÕES BACTERIANAS	3	1,0	(1,8)	154	2,6	(4,0)	2936	5,3	(7,7)	3093	5,0	(7,3)
HERPES SIMPLS (MUCOCUTÂNEO, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	25	8,3	(15,2)	389	6,5	(10,0)	2504	4,5	(6,6)	2918	4,7	(6,9)
SARCOMA DE KAPOSÍ	36	12,0	(21,8)	465	7,7	(12,0)	1978	3,6	(5,2)	2479	4,0	(5,9)
CRÍPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR)	18	6,0	(10,9)	224	3,7	(5,8)	1674	3,0	(4,4)	1916	3,1	(4,5)
CITOMEGALOVIROSE	24	8,0	(14,5)	166	2,8	(4,3)	1038	1,9	(2,7)	1228	2,0	(2,9)
MICOBACTERIOSES DISSEMINADAS (NÃO TUBERCULOSE)	9	3,0	(5,5)	138	2,3	(3,5)	807	1,4	(2,1)	954	1,5	(2,3)
CRÍPTOSPORIDIASE	4	1,3	(2,4)	63	1,0	(1,6)	729	1,3	(1,9)	796	1,3	(1,9)
ISOSPORÍASE	-	-	(-)	39	0,6	(1,0)	654	1,2	(1,7)	693	1,1	(1,6)
LINFOMA NÃO ESPECIFICADO	5	1,7	(3,0)	62	1,0	(1,6)	328	0,7	(0,9)	395	0,7	(0,9)
HISTOPLASMOSE DISSEMINADA	1	0,3	(0,6)	29	0,5	(0,7)	270	0,5	(0,7)	300	0,5	(0,7)
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA	-	-	(-)	-	-	(-)	67	0,1	(0,2)	67	0,1	(0,2)
SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE)	-	-	(-)	-	-	(-)	64	0,1	(0,2)	64	0,1	(0,2)
LINFOMA NÃO HODGKIN	-	-	(-)	-	-	(-)	58	0,1	(0,2)	58	0,1	(0,1)
LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO	-	-	(-)	-	-	(-)	21	0,0	(0,1)	21	0,0	(0,0)
COCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA	-	-	(-)	-	-	(-)	6	0,0	(0,0)	6	0,0	(0,0)
Total	301	100,0		6024	100,0		55700	100,0		62025	100,0	

(*) 1993 (Dados preliminares até semana 35, terminada em 04/09)

() Os dados entre parênteses resultam da razão diagnósticos/casos registrados

