

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

**CLÓVIS ECCO**

**RELIGIÃO E SOROPOSITIVOS PARA O HIV/AIDS:  
PRECONCEITOS SOBRE DOENÇA E SEXUALIDADE**

GOIÂNIA  
2013/2

CLÓVIS ECCO

**RELIGIÃO E SOROPOSITIVOS PARA O HIV/AIDS:  
PRECONCEITOS SOBRE DOENÇA E SEXUALIDADE**

Tese de Doutorado em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Religião.

Orientadora: Profa. Dra. Irene Dias de Oliveira

GOIÂNIA

2013/2

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

E17r Ecco, Clóvis.  
Religião e soropositivos para o HIV/AIDS [manuscrito] :  
preconceitos sobre doença e sexualidade / Clóvis Ecco. – 2013.  
165 f. ; graf. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da  
Religião, 2013.

“Orientadora: Profa. Dra. Irene Dias de Oliveira”.

1. HIV (Vírus). 2. Preconceitos. 3. Família. 4. Religião. 5.  
Sexo. I. Título.

CDU 2:616.98:578.2(043)

Ao meu filho  
Maike Daniel Ecco Lemos.

À minha esposa e companheira  
Carolina Teles Lemos.

Aos meus Pais  
Ângelo Ecco e Gema Ecco.

Aos meus irmãos  
Elpídio Ecco, Roselene Ecco e Gelci C. Ecco.

Aos meus sobrinhos  
Graziela Ecco e Giovani Ecco.

E, ainda,

Aos participantes da pesquisa e  
aos funcionários da ONG,  
que muito bem me acolheram.

TESE DO DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO DEFENDIDA EM 21  
DE NOVEMBRO DE 2013 E APROVADA COM A NOTA 9,0 PELA BANCA  
EXAMINADORA

1. Dra. Irene Dias de Oliveira /PUC Goiás (Presidente) Irene Dias de O.

2. Dr. Joel Antônio Ferreira /PUC Goiás (Membro) Ferreira

3. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros /PUC Goiás (Membro) Quadros

4. Dr. Flávio Munhoz Sofiati /UFG (Membro) Sofiati

5. Dra. Sandra Duarte de Souza /UMESP (Membro) Sandra Duarte de Souza

## AGRADECIMENTOS

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesquisa de Nível Superior – CAPES**, por ter-me concedido a bolsa de estudo, com a qual foi possível concluir este doutorado, dentro das condições ideais de pesquisa.

À **Federação Internacional de Universidades Católicas – FIUC**, por integrar-me na pesquisa sobre família e conflitividade e, assim, me proporcionado o amadurecimento para o projeto da tese.

À Professora **Dra. Irene Dias de Oliveira**, amiga e orientadora desta tese, pela sua tranquilidade e clareza nas discussões, correções e, sobretudo, pelo seu interesse nesta investigação.

À Professora **Carolina Teles Lemos**, pelo constante incentivo e às inúmeras trocas de informações sobre a pesquisa.

Aos **vinte e oito frequentadores da ONG entrevistados**, que se dispuseram ao convite para a pesquisa.

À **Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás**, aos docentes do Programa e aos colegas de doutorado.

À **FACunicamps**, pela imediata liberação legal para o doutoramento.

À Professora **Solange Magalhães**, pela correção final desta tese.

## RESUMO

ECCO, Clóvis. *Religião e soropositivos para o HIV/AIDS: preconceitos sobre doença e sexualidade*. **Doutorado** em Ciências da Religião. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia: PUC Goiás, 2013.

Nesta tese, analisamos a relação entre a religião e a presença de preconceitos nas concepções de doença, sexualidade e idealização da família, no caso de soropositivos para o HIV/AIDS (SSP/HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana). Nosso objetivo foi entender quais são as repercussões nas representações e na configuração das famílias em que um dos, ou ambos, cônjuges passam a ser portadores do HIV e que relação há entre essa repercussão e algum possível ideário religioso subjacente às identidades de gênero masculino e feminino, bem como das formas de exercício da sexualidade que tal identidade de gênero comporta. Para verificar tal realidade, optamos por realizar uma pesquisa de campo, do tipo descritivo exploratória, de caráter qualitativo. A pesquisa de campo aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com pessoas soropositivas acolhidas por uma organização não governamental (ONG), em um bairro periférico de Goiânia. A investigação se deu no período de janeiro a setembro de 2011. No decorrer da análise, entendemos que sobre o SPP/HIV/AIDS incide uma longa construção marcadamente preconceituosa a partir das ideias religiosas, sobre duas importantes dimensões da vida humana: a sexualidade e a doença. As (in)formações religiosas, mais particularmente as oriundas da tradição judaico-cristã, muito contribuíram enquanto elementos constituintes de tal concepção. O resultado desta construção é que, associado a uma concepção de sexualidade atrelada a uma determinada concepção de morte e vida, o SPP/HIV/AIDS representa um risco iminente, tanto físico quanto moral na sociedade atual. Essa forma de conceituar a doença serviu de pretexto para retirá-la do campo das doenças comuns, transmutando-a para o campo das doenças malignas, onde o SPP/HIV/AIDS é culpabilizado e estigmatizado. Verificamos uma estreita relação entre a experiência de tal estigma e as formas de enfrentamento da situação de soropositividade no espaço familiar. Abordamos, com isso, o fato de que, atualmente, presenciamos múltiplos tipos de família e destacamos a forte presença de preconceitos no que diz respeito à sexualidade e, sobretudo, no que tange à questão da homossexualidade.

**Palavras-Chave:** Família, preconceito, religião, sexualidade, HIV/AIDS.

## ABSTRACT

ECCO, Clóvis. Religion and seropositive for HIV/AIDS: bias about illness and sexuality. PhD in Science of Religion. Post-graduate program *Stricto Sensu* in Science of Religion at the Pontifical Catholic University of Goiás. Goiânia: PUC Goiás, in 2013.

In this thesis, it's analyzed the relationship between religion and the presence of bias in conceptions of illness, sexuality and idealization of family, in the case of HIV positive / AIDS (SSP / HIV / AIDS - Human Immunodeficiency Virus). Our purpose was understand what are repercussions on representations and configuration of families in which one or both spouses turn out to be HIV positive and what is the relationship between this repercussion and some possible ideas underlying religious identities of male and female and manner of the exercise of sexuality that such gender identity entails. To verify this fact, we decided to conduct a field survey, descriptive exploratory qualitative. The fieldwork took place through semi-structured interviews carried out with HIV positive people accepted by a non-governmental organization (NGO), in a suburb of Goiânia. The research took place in the period from January to September 2011. During the analysis, we believe that on the SPP / HIV / AIDS affects a long construction markedly biased from religious ideas on two important dimensions of human life: the sexuality and the disease. The religious backgrounds, particularly those from the Judeo-Christian tradition, have been contributed greatly as constituent elements of such a conception. The result of this construction is that associated with a conception of sexuality linked to a particular conception of life and death, the SPP / HIV / AIDS is an imminent risk, both physical and moral in current society. This way of conceptualizing the disease served as a pretext to remove it from the field of common diseases, transmuting it to the field of malignancies, where the SPP/HIV/AIDS is blamed and stigmatized. We observed a close relationship between the experience of such stigma and ways of coping with the seropositivity in the family. Approach, therefore, the fact that currently witnessing multiple family types and highlight the strong presence of bias with regard to sexuality, and especially regarding the issue of homosexuality.

**Keywords:** Family, bias, religion, sexuality, HIV/AIDS.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I. RELIGIÃO E PRECONCEITO: ELEMENTOS CONSTITUINTES DAS CONCEPÇÕES DE SEXUALIDADE E DE DOENÇA .....</b>	<b>19</b>
1.1 Introdução .....	19
1.2 Religião.....	19
1.3 Religião e preconceito .....	22
1.4 Religião e preconceito na construção da concepção de sexualidade .....	31
1.5 A Religião na concepção cultural da sexualidade no Ocidente: a Grécia Antiga ....	35
1.5.1 A concepção da sexualidade no Ocidente Cristão .....	40
1.6 O medo enquanto elemento constituinte do preconceito presente na construção da concepção da doença .....	51
<b>CAPÍTULO II. RELIGIÃO: PRECONCEITO/ESTIGMA EM RELAÇÃO À SEXUALIDADE .....</b>	<b>65</b>
2.1 Introdução .....	65
2.2 A AIDS/HIV .....	65
2.2.1 As metáforas da AIDS/HIV no mundo Ocidental.....	70
2.3 A experiência do soropositivo para o HIV/AIDS numa realidade estigmatizadora em relação à sexualidade e à doença.....	82
2.4 O enfrentamento da soropositividade por meio da religião .....	94
2.4.1 O reflexo do sofrimento causado pela doença HIV/AIDS em relação à moral cristã .....	101
2.5 A culpabilidade de quem tem que omitir a soropositividade cotidianamente.....	104
2.6 O reflexo da soropositividade para a HIV/AIDS em relação à sociabilidade .....	109
<b>CAPÍTULO III. FAMÍLIA E RELIGIÃO: ENTRE O CONFORTO DO IDEAL E A COMPLEXIDADE DO REAL.....</b>	<b>113</b>
3.1 Introdução .....	113
3.2 Família: uma herança patriarcal .....	114
3.2.1 Família: a permanência do ideal e a vivência do real .....	115

3.2.2 A fragmentação da instituição família .....	116
3.2.3 Inserção de novos modelos de família.....	123
3.2.4 As relações familiares pautadas pela afetividade .....	128
3.3 Família: no imaginário, uma realidade necessária; na realidade, um desafio para o SPP/HIV/AIDS.....	131
3.4 A ruptura biográfica e a concepção de família para o SPP/HIV/AIDS .....	136
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>145</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO I - Questionário Para a Primeira Entrevista com os Participantes da Pesquisa .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO II - Questionário a ser Apresentado na Segunda Etapa da Entrevista aos Participantes Soropositivos da Pesquisa.....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO III - Questionário a ser Apresentado na Segunda Etapa da Entrevista aos Participantes da Pesquisa Cujos Cônjuges são Soropositivos .....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO IV – COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>165</b>

## INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) apareceram nos Estados Unidos da América em meados de 1981. Os doentes apresentavam múltiplos sintomas que evoluíam com uma rapidez impressionante, até chegar à morte. Por ser observado maior número de casos em homossexuais do sexo masculino, a doença passou a ser categorizada como fatal e atribuída a alguns grupos chamados “grupos de risco”.

Logo após os primeiros casos do seu surgimento, o HIV/AIDS<sup>1</sup> já se configurava como uma das maiores ameaças à saúde pública no século XX. As formas de contágio, principalmente sexual, e as elevadas taxas de mortalidade justificavam este fato, tendo sido relevantes na forma como o HIV e com ele o SPP/HIV/AIDS são compreendidos e tratados pela sociedade.

A ocorrência da soropositividade na vida de uma pessoa, desde o momento de suspeita à comprovada contaminação, significa uma mudança muito grande e com diversas perdas. Assim reconhecida, ocorre rejeição social e preconceito por grande parte da sociedade, a quem representa perigo iminente de contaminação por uma doença considerada, ainda, fatal e associada à prática sexual.

Há necessidade de ocupar-se, portanto, com este tema, uma vez que, embora já se tenha certo investimento em atividades de prevenção e na busca pelo tratamento da AIDS, verifica-se uma assustadora expansão da doença nas mais diversas partes do mundo, incidindo diretamente nas representações e organizações da família.

Por esse motivo, estudar essa realidade social relacionada à temática da família na atualidade se faz necessário, considerando a centralidade de tal instituição na estruturação de nossa sociedade, bem como as mudanças que estão ocorrendo no seio da mesma.

---

<sup>1</sup> Nesta tese, quando utilizamos as expressões HIV/AIDS, estamos fazendo referência aos indivíduos que não desenvolveram qualquer sinal ou sintoma da doença bem como aos que já apresentam sinais e sintomas da AIDS. Nos casos em que aparece apenas a expressão AIDS, sem fazer referência ao HIV, está se referindo sempre à pessoa diagnosticada SPP/HIV/AIDS. O foco da pesquisa são as pessoas que convivem com o Vírus, independente do estágio da doença.

De acordo com Berger e Luckmann (1976), é fundamental observar a importância da família na constituição dos sujeitos sociais, pois é uma das matrizes da organização psíquica do ser humano. É usualmente na família que acontecem os primeiros agenciamentos que constituem a subjetividade. Ela é, também, a principal encarregada da socialização primária do indivíduo, sendo definida como a introdução do indivíduo na sociedade, onde ele (sujeito) torna-se membro social (pp. 71-76).

De acordo com a importância da família na vida de seus membros, pode-se pensar que no momento em que alguém é diagnosticado soropositivo para o vírus HIV/AIDS (SPP/HIV/AIDS) toda a família é envolvida. O apoio familiar deve ser de suma importância nesses momentos, tanto para o membro em crise, quanto para outros (familiares) que também estejam sofrendo, pois, tratando-se da presença da soropositividade para o HIV/AIDS, o grupo familiar vivencia as consequências do fato. No entanto, enquanto reprodutora da ideologia vigente, a família também tenderá a perpetuar a visão social acerca da doença, sendo, também, receptora de todo o preconceito e estigma social. Assim, ao mesmo tempo em que sofre junto com o doente, reproduz a estigmatização da doença, sendo, portanto, a família, fonte de ajuda e de estresse para o sujeito SPP/HIV/AIDS.

Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) reforçam a importância da inter-relação entre família e sociedade na aquisição de crenças sobre a AIDS, afirmando que “(...) os significados que a cultura atribui à doença podem afetar os comportamentos da família, com relação ao indivíduo com AIDS, passando a discriminá-lo e a excluí-lo do grupo familiar” (p.1).

De acordo com os motivos delineados, o que nos estimula nesta pesquisa é entender quais são as repercussões nas representações e na configuração das famílias em que um dos cônjuges, ou ambos, passam a ser portadores do HIV, e que relação há entre essa repercussão e algum possível ideário religioso subjacente às identidades de gênero masculino e feminino, bem como das formas de exercício da sexualidade que tal identidade de gênero comporta.

Entende-se que há uma estreita relação entre as concepções de sexualidade, as identidades de gênero, as crenças religiosas e as diferentes formas como as famílias se configuram e se estruturam na atualidade. Isto porque

são pessoas com seus corpos, suas concepções e vivências sexuais, suas trajetórias de crenças e de práticas religiosas que (des)unem-se em suas relações matrimoniais. Tal entrelaçamento é mais evidente quando se considera que nos corpos das pessoas SPP/HIV/AIDS incidem duas dimensões da vida que são historicamente construídas, tendo o preconceito como seu traço marcante e que, no caso do Ocidente, a religião cristã muito contribuiu nessa construção. Trata-se das concepções de sexualidade e de doença.

Tendo por base a afirmação de que os corpos das pessoas SPP/HIV/AIDS são o *locus* onde a longa construção preconceituosa da concepção de sexualidade e da doença se fazem presentes, a constatação de que um dos cônjuges é SPP/HIV/AIDS evidencia ou gera uma situação de conflitividade em todas as dimensões da vida de tal pessoa. Um dos espaços em que tal repercussão incidirá com mais intensidade é a família.

Portanto, é a incidência desses aspectos no complexo processo de enfrentamento da constatação de que um dos cônjuges é SPP/HIV/AIDS nas representações e estruturações da família que desejamos desvendar. Para desempenhar essa tarefa, algumas questões foram levantadas: há nos discursos dos sujeitos entrevistados alguma referência a ideários religiosos sobre a sexualidade e os papéis de gênero masculino e feminino na estruturação da família? Que relação é feita nos referidos discursos entre a constatação de que um dos cônjuges é soropositivo, o ideário religioso presente (ou não) nas representações da sexualidade e dos papéis de gênero masculino, feminino e homossexual e a estruturação da família?

Para verificar essa realidade, optamos por realizar uma pesquisa de campo, do tipo descritivo exploratória, de caráter qualitativo. A pesquisa de campo aconteceu por meio de entrevistas realizadas com pessoas soropositivas, que são acolhidas por uma organização não governamental (ONG), em um bairro periférico de Goiânia.

Dos participantes que responderam o primeiro questionário (Anexo I), selecionados por meio de sorteio, apenas 13 homens e 12 mulheres, representando 10% das pessoas frequentadoras da ONG (homossexuais e heterossexuais) se disponibilizaram em assinar o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE) para uma entrevista mais aprofundada sobre as mesmas questões.

Os critérios de inclusão definidos foram: ser portador do HIV ou AIDS e participar da ONG selecionada para o estudo, além de assinar o termo de aceite da pesquisa. Foram incluídos, também, além dos vinte e cinco participantes, três familiares que se dispuseram, espontaneamente, a colaborar com a pesquisa, sendo seguidos os mesmos critérios de inclusão do TCLE. Num segundo momento, com o andamento do trabalho, concluiu-se que os 25 participantes selecionados corresponderiam à pesquisa, tanto pelos resultados obtidos quanto pela saturação de suas afirmações.

O período de coleta de dados (entrevistas) ocorreu entre os meses de janeiro e junho de 2011. As entrevistas aconteceram no local em que ocorrem as reuniões formativas semanais da ONG, em sala reservada. O pesquisador responsável participou de todas as reuniões semanais da ONG durante o período da coleta dos dados. Após as reuniões, em sala reservada, ocorriam as entrevistas individualizadas num tempo aproximado de cinquenta minutos. Dos vinte e cinco participantes, doze deles foram entrevistados por mais de uma vez, por eles alegarem que não haviam dito tudo, ou teriam omitido alguns dados que eram imprescindíveis. A coleta de dados na pesquisa de campo se deu por meio de um instrumento de pesquisa semiestruturado.

Os participantes da pesquisa são mulheres e homens que vivem ou viveram maritalmente, podendo essa relação se dar ou ter-se dado entre pessoas do sexo oposto ou pessoas do mesmo sexo (relações maritais entre homossexuais e entre heterossexuais), selecionados numa Instituição não governamental (ONG). A entidade foi escolhida por ser uma ONG comprometida com a causa dos portadores do HIV/AIDS, cujo objetivo primordial é acompanhar as pessoas que convivem com a doença, oferecendo-lhes formação em relação à síndrome e, sobretudo, participar em suas reivindicações. Todos os participantes soropositivos da ONG foram convidados para responder a um questionário composto por nove perguntas abertas relacionadas às suas concepções de religião, família, sexualidade e os reflexos da experiência com a soropositividade

em suas vidas e famílias. As perguntas do questionário (Anexos II e III) foram respondidas pelos sujeitos da investigação.

Os nomes dos sujeitos da pesquisa foram substituídos pelas letras do alfabeto latino e acrescentou-se as letras (sp) para denominar soropositivo; as letras (sn) para denominar soronegativo; a letra (m) para denominar pessoa do sexo masculino e a letra (f) para denominar pessoa do sexo feminino.

Para registrar as informações, foi usado um gravador digital.

A coleta de dados seguiu os preceitos éticos da *Resolução do Conselho Nacional da Saúde* nº 196, de 10 de outubro de 1996, e aprovado pelo parecer consubstanciado nº 196/2010, tendo sido assegurado aos participantes o anonimato e sigilo de suas informações, bem como o direito de desistirem do estudo quando desejassem.

O perfil dos participantes em estudo estão apresentados no Quadro 1. Do total, 25 são SPP/HIV/AIDS, alinhados por gênero, idade, nível de instrução, estado civil anterior ao diagnóstico e atual, profissão anterior ao diagnóstico e atual, bem como credo religioso. Três participantes são familiares que não são SPP/HIV/AIDS, mas ansiaram colaborar com a pesquisa.

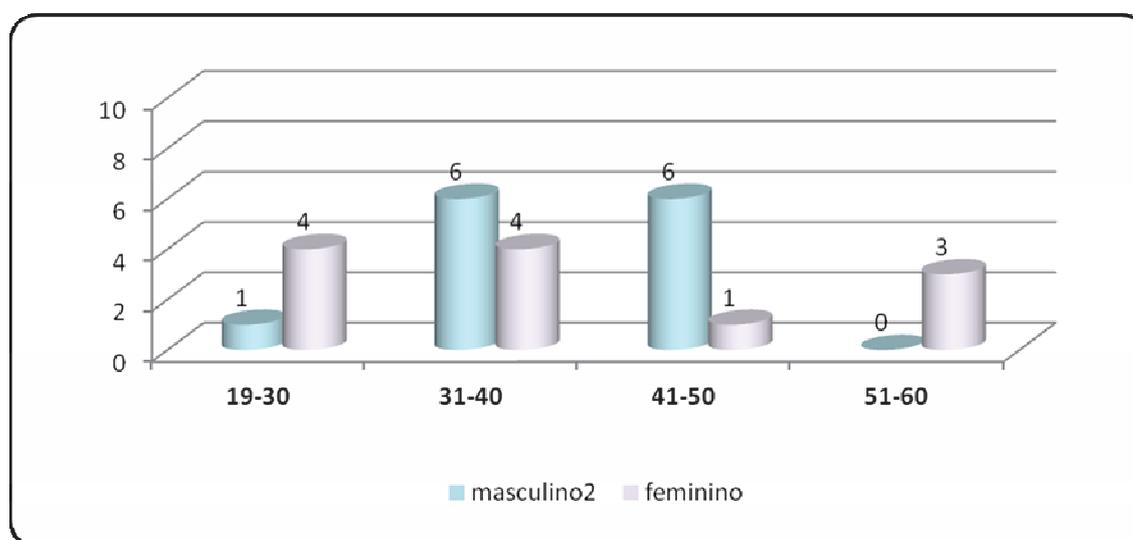
**Quadro 1** – Perfil dos portadores do HIV/AIDS inseridos em uma Organização não governamental (ONG) em bairro periférico da cidade de Goiânia-Goiás.

Soropositivo (sp) ou Soronegativo (sn)	Gênero	Idade (anos)	Nível de Instrução	Estado Civil Anterior ao Diagnóstico	Estado Civil Atual	Profissão Anterior ao Diagnóstico	Profissão Atual	Credo Religioso
JRdeS/sp	M	37	Ens. Médio Completo	Casado	Separado	Garçom	Desempregado	Seicho-no-ie
NMC/sp	F	40	Ens. Médio Completo	Casada	Separada	Comurg	Comurg	Espírita
RC/sp	M	37	Ens. Médio Incompleto	Casado	Convivem juntos	Artesão	Autônomo	Espírita
MS/sp	M	19	Ens. Médio Completo	Casado	Casado	Estagiário	Aposentado	Espírita
JRS/sp	M	48	Ens. Médio Completo	Casado	Convivem juntos	Pedreiro	Desempregado	Acredita em Deus
GS/sp	M	34	Ens. Médio Incompleto	Solteiro	Solteiro	Ind. de Embalagem	Aposentado	Acredita em Deus
A/sp	M	34	Ens. Fund. Completo	Solteiro	Noivo	Estudante	Aposentado	Acredita em Deus
SNBG/sp	F	19	Ens. Médio Completo	Solteira	Solteira	Estudante	Monitora da ONG pesquisada	Acredita em Deus
S/sp	F	19	Ens. Médio Completo	Solteira	Solteira	Estudante	Monitora da ONG pesquisada	Testemunha de Jeová
GJS/sp	F	34	Ens. Médio Completo	Casada	Separada	Doméstica	Desempregada	Testemunha de Jeová

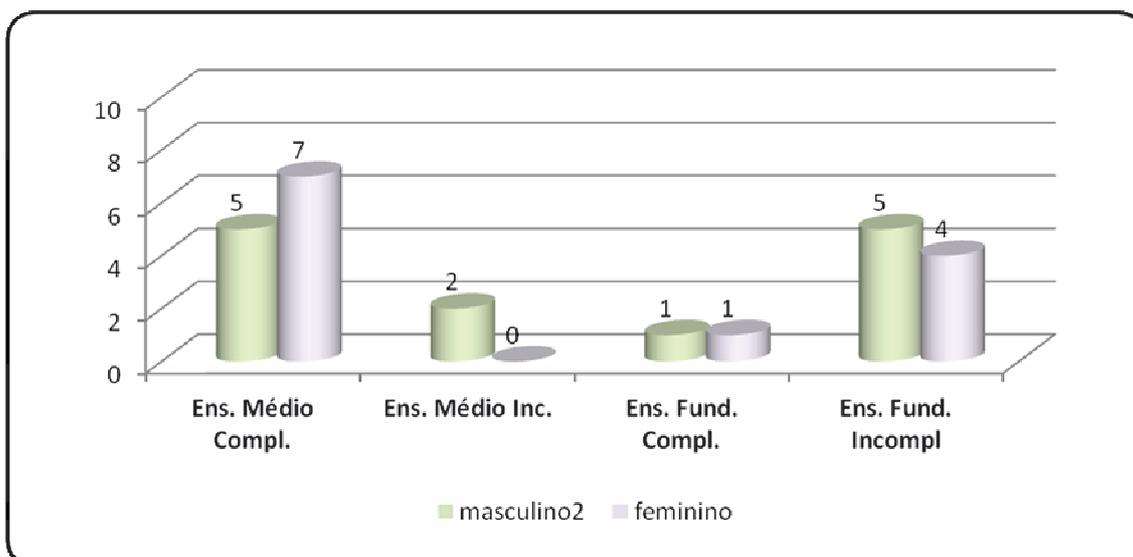
Soropositivo (sp) ou Soronegativo (sn)	Gênero	Idade (anos)	Nível de Instrução	Estado Civil Anterior ao Diagnóstico	Estado Civil Atual	Profissão Anterior ao Diagnóstico	Profissão Atual	Credo Religioso
SB/sp	F	21	Ens. Médio Completo	Solteira	Convivem juntos	Estudante	Monitora da ONG pesquisada	Testemunha de Jeová
CSS/sp	F	52	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Sozinha	Artesã	Artesã	Evangélica
PRO/sp	M	43	Ens. Fund. Incompleto	Casado	Separado	Porteiro	Aposentado	Evangélico
TSS/sp	M	34	Ens. Fund. Incompleto	Separado	Separado	Cabeleireiro	Desempregado	Evangélico
KB/sp	M	47	Ens. Fund. Incompleto	Vivia junto	Solteiro	Servente de Pedreiro	Desempregado	Evangélico
NAM/sp	F	59	Ens. Fund. Completo	Casada	Viúva	Dona de casa	Dona de Casa	Evangélica
AI/sp	M	38	Ens. Médio Completo	Casado	Casado	Pedreiro	Desempregado	Evangélico
RAP/sp	M	42	Ens. Médio Completo	Omitido	Omitido	Motorista	Desempregado	Evangélico
PCP/sp	F	38	Ens. Médio Completo	Casada	Viúva	Diarista	Aposentada	Evangélica
NMM/sp	F	40	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Casada	Dona de casa	Aposentada	Católica
VMS/sp	F	50	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Viúva	Doméstica	Doméstica	Católica
NMJ/sp	F	21	Ens. Médio Completo	Casada	Casada	Dona de casa	Aposentada	Católica
RAR/sp	M	41	Ens. Fund. Incompleto	Vivia junto	Outra parceira convivem juntos	Serviços Gerais	Aposentado	Católica
BRW/sp	M	46	Ens. Fund. Incompleto	Casado	Outras parceiras convivem juntos	Serviços Gerais	Aposentado	Família Católica
SNN/sp	F	51	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Casada	Costureira	Desempregada	Católica
EEG/sn	M	65	Ens. Fund. Incompleto	Casado	Casado	Pedreiro	Aposentado	Testemunha de Jeová
JP/sn	F	62	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Casada	Doméstica	Aposentada	Evangélica
I/sn	F	31	Ens. Médio Completo	Casada	Casada	Func. Pública	Func. Pública	Católica

Fonte: Dados da pesquisa de Campo (janeiro a junho de 2011)

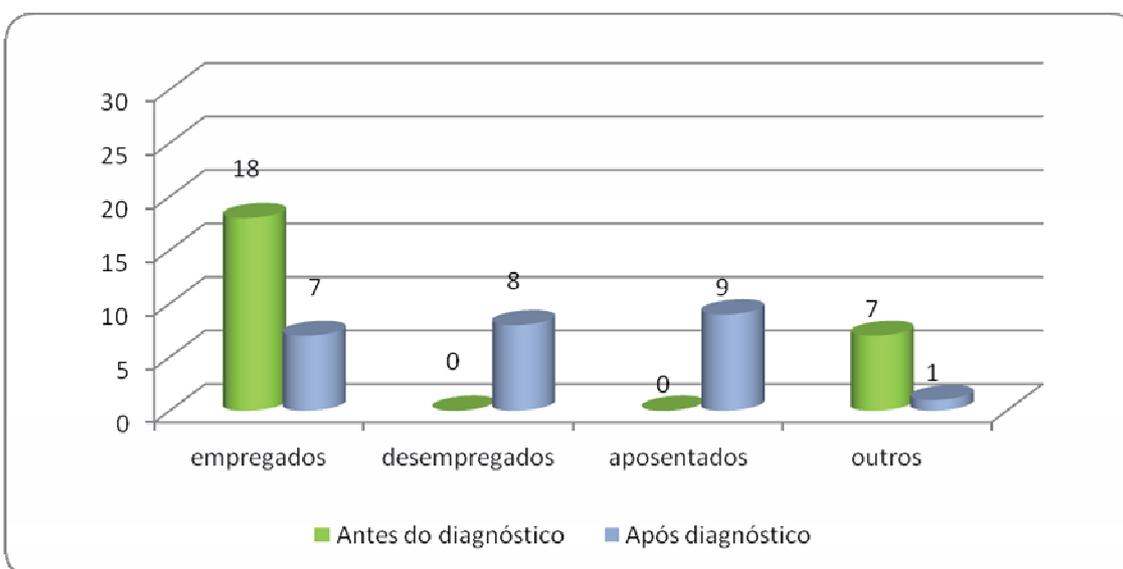
**Gráfico 1 – Gênero e Idade**



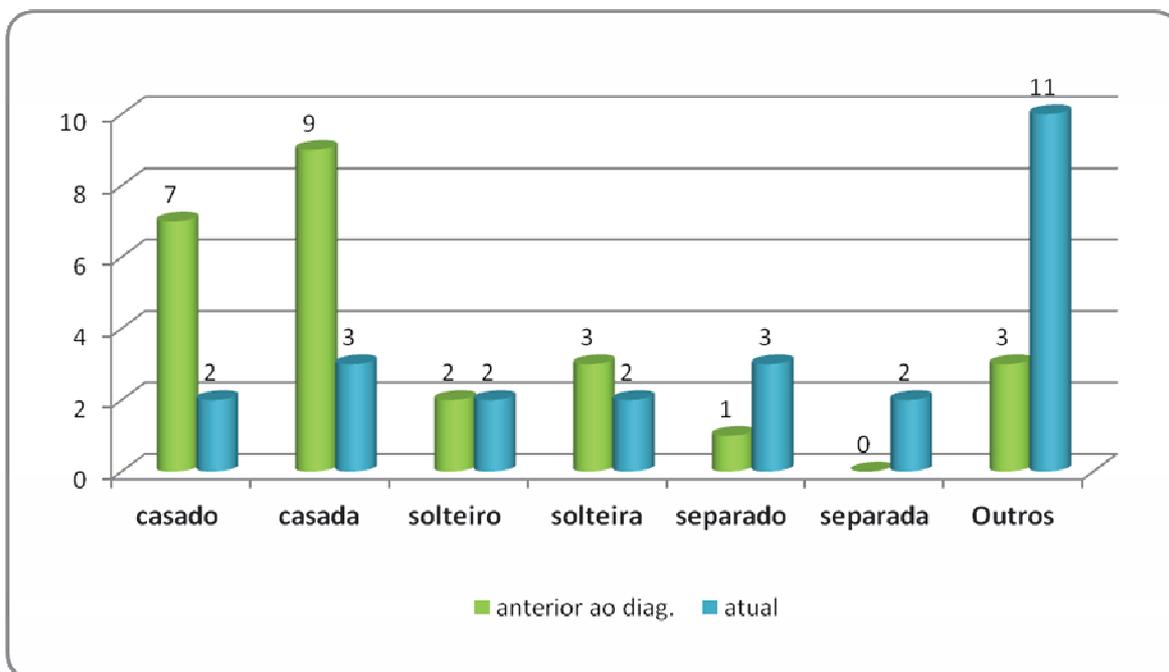
Fonte: Dados da pesquisa de Campo (janeiro a junho de 2011)

**Gráfico 2 - Nível de instrução.**

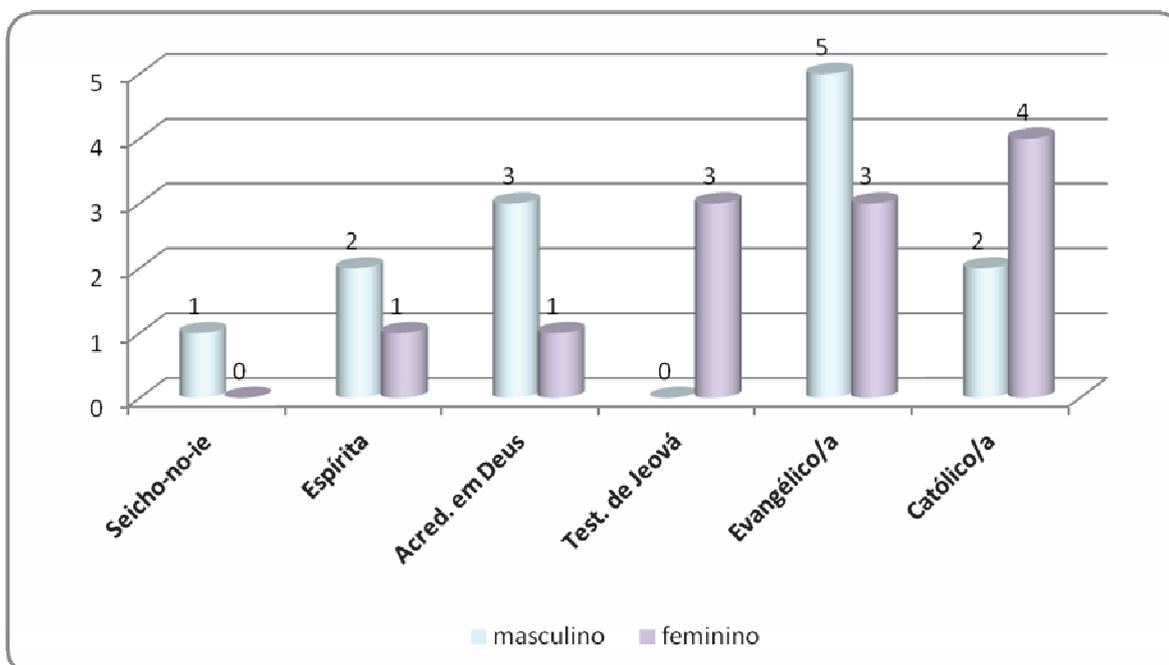
Fonte: Dados da pesquisa de Campo (janeiro a junho de 2011)

**Gráfico 3 - Situação de trabalho**

Fonte: Dados da pesquisa de Campo (janeiro a junho de 2011)

**Gráfico 4 - Estado civil**

Fonte: Dados da pesquisa de Campo (janeiro a junho de 2011)

**Gráfico 5 - Religião**

Fonte: Dados da pesquisa de Campo (janeiro a junho de 2011)

Entre as 13 pessoas do sexo masculino entrevistadas, quanto ao seu estado civil anterior ao diagnóstico da SPP/HIV/AIDS, sete declararam que eram

casadas, duas informaram que viviam juntas, duas solteiras, uma não informou e outra era separada. Após a comprovação do diagnóstico da soropositividade, duas permaneceram casadas com a mesma pessoa, três separaram-se, quatro convivem com outras pessoas, duas são solteiras, uma era solteira e agora está noiva e outra não informou. Em relação ao estado civil das 12 mulheres entrevistadas anteriormente ao diagnóstico da soropositividade, nove declararam que eram casadas e três solteiras. Após o diagnóstico da soropositividade, três permaneceram casadas, duas separaram-se, três ficaram viúvas, uma convive com outro parceiro, duas solteiras, e uma vive sozinha. Todas as pessoas entrevistadas afirmaram crer em Deus. Sobre suas práticas religiosas, entre os 13 homens entrevistados, dois se declararam católicos, cinco evangélicos, dois espíritas, três acreditam em Deus e apenas um seicho-no-ie. Em relação às 12 mulheres entrevistadas, uma é espírita, quatro são católicas, três são testemunhas de Jeová, três evangélicas e uma apenas afirmou acreditar em Deus.

De acordo com os dados apresentados no Quadro 1, observa-se que os vinte e cinco portadores do HIV/AIDS entrevistados têm entre 19 e 59 anos. Quanto ao grau de instrução, 12 possuem o ensino médio completo, dois possuem o ensino médio incompleto, dois apresentam o fundamental completo e nove possuem o fundamental incompleto. No que tange ao aspecto do trabalho, quase todos afirmaram que antes do diagnóstico da soropositividade possuíam uma profissão. Após a comprovação da soropositividade, oito perderam seus empregos e não conseguiram mais ingressar no mercado de trabalho, nove participantes conseguiram a aposentadoria devido à doença. Uma funcionária pública, uma artesã, uma doméstica, um autônomo e uma dona de casa continuaram nas mesmas funções. Três estudantes que nasceram com vírus devido à transmissão hierárquica viral são funcionárias da ONG.

O pesquisador esteve no local todas as quartas-feiras, das 13h às 18h, no período de janeiro a junho de 2011. Os primeiros dois meses foram de observação, aproximação e confiança entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador. Durante a elaboração da tese, inúmeras outras visitas foram feitas pelo pesquisador ao local, com o objetivo de simplesmente ouvi-los com o

objetivo de, cada vez mais, mergulhar na subjetividade dos colaboradores da pesquisa.

Como hipótese, entende-se que as representações religiosas sobre a sexualidade e a doença trazem em si a presença do preconceito, sendo, no caso do Ocidente, a tradição judaico-cristã uma das principais agentes no processo de construção desse preconceito. As referidas representações incidem e repercutem na forma como as famílias, cujos membros são os soropositivos para o HIV/AIDS, concebem e enfrentam esta realidade.

O resultado de nossa análise nesta tese será apresentado em três capítulos.

O capítulo primeiro, cujo propósito é a construção das principais categorias de análise desta investigação, trata-se da sexualidade, da religião, da relação estabelecida entre as (in)formações religiosas e a construção da concepção de sexualidade e, por fim, da presença de ideias religiosas na construção da concepção de doença no Ocidente cristão. Como se detectou que o preconceito constitui-se em um elemento preponderante, tanto no que se refere à concepção de sexualidade como de doença, se fez necessário identificar a origem e a história do conceito de preconceito no Ocidente para depois identificar a presença do mesmo nas construções das concepções de sexualidade (masculino, feminino e a homossexualidade) e de doença.

No capítulo segundo, analisaremos como o preconceito disseminado na cultura do Ocidente em relação à sexualidade produziu uma concepção de sexualidade atrelada a uma determinada concepção de morte e vida, marcada por uma moral restritiva. Associada a esta concepção, o SPP/HIV/AIDS representa um risco iminente, tanto físico quanto moral. Assim, diante da experiência do desconhecido (soropositivo para o HIV), se produziu representações apoiadas na ideia de doença contagiosa, incurável e mortal, recrudescendo o conceito de peste, cujo significado representava uma ameaça extrema à sociedade, atrelada a atitudes de evitamento daquele que a portava. Essa forma de conceituar a doença serviu de pretexto para retirá-la do campo das doenças comuns, transmutando-a para o campo das doenças malignas, onde o SPP/HIV/AIDS é culpabilizado e estigmatizado. Neste capítulo, após termos analisado o processo em que os significados conferidos à AIDS foram construídos, tomaremos por base os

discursos dos sujeitos sobre a experiência do SPP/HIV/AIDS numa cultura preconceituosa em relação à sexualidade (vida/morte).

O objetivo do terceiro capítulo é verificar como a presença de um familiar SPP/HIV/AIDS interage com a família e vice-versa. Em que contexto familiar se encontrava o soropositivo, quando da informação sobre a infecção, o que ocorre com a família a partir da informação, que dimensões da família são afetadas e em que direção se dá os desdobramentos e as mudanças necessárias à adaptação à nova realidade.

Pretende-se verificar que relações há entre uma concepção preconceituosa e redutiva da sexualidade, a histórica construção de uma negatividade em relação à doença e as formas de enfrentamento da situação de soropositividade. Portanto, no terceiro capítulo evidenciaremos o fato de que atualmente presenciamos múltiplos tipos de família, como: famílias nucleares, monoparentais, reconstituídas, com filhos biológicos ou adotivos e família homoafetiva. Destacaremos a forte presença de preconceitos no que diz respeito à sexualidade e, sobretudo, no que tange à questão da homossexualidade. Analisaremos como, nesta contextualização, o SPP/HIV/AIDS vai manejar a sua vida com a sua família e a sua família consigo mesma. Para tal, consideraremos, a partir dos depoimentos dos sujeitos, qual era a configuração da família no momento da informação da soropositividade para o HIV, o que representa a família de origem para tal sujeito e quais são os impasses na reconstrução de novos laços familiares (afetivos).

## **CAPÍTULO I. RELIGIÃO E PRECONCEITO: ELEMENTOS CONSTITUINTES DAS CONCEPÇÕES DE SEXUALIDADE E DE DOENÇA**

### **1.1 Introdução**

O presente capítulo tem como objetivo apresentar a construção das principais categorias de análise desta investigação. Trata-se da religião, da sexualidade, da relação estabelecida entre as (in)formações religiosas e a construção da concepção de sexualidade e de doença no Ocidente cristão. Como se detectou que o preconceito constitui-se em um elemento preponderante, tanto no que se refere à concepção de sexualidade como de doença, se fez necessário identificar a origem e a história do conceito de preconceito no ocidente para depois identificar a presença do mesmo nas construções das concepções de sexualidade e de doença.

Tal construção se justifica, uma vez que estamos investigando a relação entre religião, sexualidade e soropositividade. Entende-se que a inter-relação entre as (in)formações religiosas e a concepção de sexualidade vão incidindo na forma como os sujeitos compreendem e vivenciam a soropositividade. As relações incidem também na forma como o meio social os percebe e interagem com eles.

### **1.2 Religião**

Considerando a afirmação de Löwy (2000), que a religião sempre se fez presente ao longo da história como um fenômeno sociocultural observável, o conceito de tal fenômeno se apresenta com um profundo grau de complexidade. Por esse motivo, muitos autores têm concentrado suas energias investigativas na tentativa de contribuir para a explicitação e a clareza do mesmo. Dentre eles, destacam-se nomes como Max Weber (2004a), Peter Berger (1985), Bourdieu (2005), Geertz (1989) e outros. Esses autores demonstraram, de diversas formas, a importância da religião para se compreender a origem da vida, da natureza e o sentido das sociedades. “A religião é uma das formas mais significativas de

consciência utópica, uma das expressões mais ricas do princípio esperança” (LÖWY, 2000, p. 29).

Para Geertz (1989), a religião é parte integrante da cultura que sintetiza e que dá sentido e significado à vida e à história de um povo.

De nosso ponto de vista, os sistemas simbólicos e, dentre eles a religião - por ser ela um dos elementos que compõem a subjetividade das pessoas -, apresenta-se como um espaço privilegiado para entender o processo de constituição das identidades dos sujeitos. Entende-se que a constituição da subjetividade se dá por meios - como diria Geertz - “modelatórios”, sendo ela modelada por uma gama de formas de religiosidade. Por esse motivo, cabe explicitarmos como concebemos a religião, bem como as formas de interação entre este sistema simbólico e outras dimensões da cultura e das relações sociais. Pergunta-se, então: como, de que forma a religião dá o tom, compõe o caráter e a visão de mundo, quando sintetiza o caráter e o estilo de vida do povo (cultura) no Ocidente?

De acordo com Geertz, a religião pode desempenhar tais funções porque agrega um conjunto de bens simbólicos produzidos ao longo do tempo e incorporados ao contexto histórico-político e cultural, o qual é constantemente modelado e remodelado.

Infere-se, à luz do referido autor, que a religião, em decorrência de seu potencial de modelação do meio ambiente e da política, “modela” também as pessoas nas mais diferentes dimensões de sua individualidade, uma vez que estas estão inseridas em tal meio. Por isso, considera-se o campo simbólico, desde os mecanismos mais sutis de influência religiosa na vida dos sujeitos, como um espaço privilegiado para entender a construção da concepção do preconceito e da sexualidade no Ocidente.

Entende-se que a relação entre a concepção de sexualidade e o contexto no qual esta se dá pode estar mediado e modelado pelo religioso, uma vez que, como afirma Bourdieu (1998), a “religião fornece justificativas para a existência humana por produzir um sentido para a vida” (p. 43). Esse sentido, necessariamente, precisa estar contextualizado, pois toda produção operada na religião só é considerada pela sociedade porque desempenha um papel

significativo e estruturante, que é aceito ou admitido pelo menos por determinado grupo ou parte significativa da sociedade em questão.

A partir das considerações acima, destaca-se a importância da relação entre o universo religioso e a concepção cultural da sexualidade, uma vez que a religião tem a capacidade de provocar uma “transmutação, ou seja, uma transfiguração das instituições e das relações sociais, tornando-as irreconhecíveis” (BOURDIEU, 1998, p. 46). A partir de tais transfigurações, as relações daí decorrentes passam a ser consideradas pelas pessoas como naturalizadas, como se sempre tivesse sido assim, ou como algo divino que foi revelado ou exigido por um ser superior. A religião reveste o social de sagrado, faz a correspondência entre a ordem social e a ordem simbólica. Isso lhe outorga uma função eminentemente estruturante.

Além de a religião ser um elemento estruturado e estruturante (BOURDIEU, 1998) que sintetiza o *ethos* e a disposição - o tom, o caráter e a qualidade de vida e o estilo, as disposições morais e estéticas e a visão de mundo de um povo (GEERTZ, 1989) -, ela também é a sacralização da identidade, pois define o ser humano e seu espaço de sentir, de pensar e atuar no universo. Ela pode desempenhar tal função, uma vez que “o sagrado revela a realidade absoluta e, ao mesmo tempo, torna possível a orientação – portanto, funda o mundo, no sentido de que fixa limites e, assim, estabelece a ordem cósmica” (ELIADE, 2001, p. 33).

Para Durkheim (1989), os processos de socialização e internalização individual são responsáveis pela aquisição, por parte dos indivíduos, de valores, crenças e normas sociais que mantêm os grupos e as sociedades integrados.

Desse modo “a religião é depositária de significados culturais, pelos quais indivíduos e coletividade são capazes de interpretar a própria condição de vida, construir para si uma identidade e dominar o próprio ambiente” (MARTELLI, 1995, p. 34). A análise dos símbolos sagrados e de seus significados leva a perceber toda a dinâmica cultural de uma sociedade, já que os símbolos sagrados sintetizam o *ethos* de um povo e sua visão de mundo (GEERTZ, 1989).

A partir das afirmações acima sobre o papel e o funcionamento da religião na constituição das identidades dos sujeitos, na construção das concepções dos diversos elementos que a compõem, bem como das relações sociais

estabelecidas a partir dessas concepções, pergunta-se: como tal dimensão da sociedade e da cultura interage, no caso da concepção da construção do preconceito e da sexualidade?

Como se entende que a religião é um dos elementos constitutivos da concepção de preconceito, se faz necessário, em um primeiro momento, evidenciarmos o que se apreende por preconceito.

### **1.3 Religião e preconceito**

Tal como a religião, o preconceito é também um conceito complexo. No processo de construção do preconceito em relação a vários aspectos das relações sociais, a religião se faz presente como um elemento estruturante. Autores como Berger (1985) e Luckmann (1973) afirmam que a religião tem um papel fundamental na construção e revelação de uma concepção de mundo para as pessoas, mas, sobretudo, pelo que ela faz e produz nas pessoas e nas sociedades, por reconstruir o mundo dos significados subjetivos e definir, com referência a eles, os diversos fenômenos sociais. Ainda para os referidos autores, as formas sociais da religião se baseiam no que, em certo sentido, é um fenômeno religioso individual. A individualização do conhecimento e da consciência é a matriz da intersubjetividade humana.

Na tentativa de explicar como se processa a interação indivíduo e sociedade, Berger (1985) afirma que tal processo abrange três momentos: exteriorização, objetivação e interiorização. Compreender o funcionamento desses três momentos e como a religião se apresenta, parece-nos um excelente recurso para desvendarmos como se processa a construção de um preconceito e, mais especificamente, do preconceito que vai integrar a concepção de sexualidade. Para o autor:

A exteriorização é a contínua efusão do ser humano sobre o mundo, quer na atividade física quer na atividade mental dos homens. A objetivação é a conquista por parte dos produtos dessa atividade (física e mental) de uma realidade que se defronta com os seus produtores originais como facticidade exterior e distinta deles. A interiorização é a reapropriação dessa mesma realidade por parte dos homens, transformando-a novamente de estruturas do mundo objetivo em estruturas da consciência subjetiva (BERGER, 1985, p. 16).

Como nos propusemos compreender a presença do preconceito enquanto elemento constituinte da concepção negativa de sexualidade, ao nos apropriarmos da proposta bergeriana sobre os diferentes momentos de um mesmo processo de construção de significados, nos perguntamos: o que estaria sendo exteriorizado pelo ser humano, quando este se refere à sexualidade? Que características tal conteúdo exteriorizado adquire na cultura atual? Como tal conteúdo é reapropriado pelos sujeitos? Que conteúdos ou formas religiosas se fazem presentes nesse processo? A última questão nos parece de fundamental importância, uma vez que se entende que a religião se apresenta como um universo simbólico de significados que legitima a estrutura da sociedade e reconstrói realidades humanas. É, portanto, à luz dessa trilogia bergeriana que analisaremos a participação da religião na construção da concepção do preconceito.

Entre os autores que se referem ao preconceito nesta perspectiva da reconstrução de realidades humanas, destacam-se Schafer (1995), Chauí (1996/97), Ceccarelli (2000) e Borges (2010). Para esses autores, o preconceito já é uma consequência imediata de uma significação construída e reestruturada a partir de ideias religiosas. O preconceito assume uma compreensão, em geral, parcial, incompleta, fosca, estática, abstrata, pré-concebida, traduzindo opinião carregada de intolerância e alicerçada em pontos vedados na legislação repressiva de alguma coisa. Um dos elementos desse amálgama são as ideias religiosas.

O preconceito pode ser um ponto de partida que, se for bem desenvolvido, pode tornar-se um conceito, um conhecimento mais amplo e completo. É o caso de preconceitos (pré-conceitos) raciais, sexuais, religiosos, políticos, étnicos, entre outros. Há sempre um juízo intuitivo que ajuda a desenvolver um conceito mais elaborado. O preconceito só se torna negativo quando ficamos nele, sem desenvolvê-lo, somente com a impressão da primeira concepção. Aí ele nos limita, nos impede de ver as coisas de outra maneira. É nesta conjuntura que algumas pessoas assumem uma postura de superioridade ao outro, considerando o seu jeito de pensar e agir superior ao outro. O catolicismo no Ocidente, por ter sido a única religião oficial até muito pouco tempo, assume-se culturalmente

superior a outras crenças. Este fator foi importante para legitimar uma escala de valores e crenças em relação a outras crenças que foram subordinadas, ignoradas e perseguidas ao longo desse mesmo período. Por esse motivo, é importante destacarmos que o preconceito geralmente ocorre a partir de uma visão cultural de um determinado setor da sociedade, legitimado ao longo do tempo como superior em relação à outra cultura que sofreu o processo de deslegitimação. Nesse sentido, afirma Oliveira (2011, p. 20) que “algumas pessoas consideram sua cultura, suas crenças, seus símbolos superiores aos outros, servindo de avaliações negativas sobre as pessoas, suas culturas, seu imaginário simbólico, suas crenças e o seu *ethos*”.

Para Bandeira e Batista (2002), o preconceito em relação ao outro se dá exatamente quando os símbolos são vistos de uma maneira negativa. Analisando essa afirmação de Bandeira à luz da trilogia bergeriana, percebe-se que as informações que vão sendo objetivadas, estabelecem, *a priori*, uma escala hierárquica de valores. Essa precipitação de desigualdade cultural de valores incide diretamente nas pessoas pertencentes à cultura inferior. É aí que as pessoas são marcadas e julgadas inferiores. Exatamente a partir do momento em que ocorre a identificação dos recursos simbólicos. No caso da construção da concepção de sexualidade, quais ideias religiosas vão sendo envolvidas nesse processo?

Continuando a construção do que se compreende por preconceito, vemos que é ele um juízo de valores entre partes e que ocorre constantemente nas inter-relações. Como afirma Batista:

pré+conceito, o *preaconceptu* latino, é um julgamento prévio, sem ouvir as partes, posição irrefletida, pré+concebida, irracional. Também pode ser entendido como um pré+juízo, tanto que em espanhol se diz *prejuicio*, em francês, é *prejugé*, em atitude interior (no sentido interno) de um sujeito que viola os atributos e os qualificativos em relação ao outro sujeito, estabelecendo o funcionamento cognitivo e os contactos perceptivos de forma equivocada, cindida e traumática, portanto, pondo sempre à prova (ou derrotando) as capacidades e os recursos simbólicos do outro (BANDEIRA e BATISTA, 2002, p. 128-9).

Nesta mesma perspectiva de análise, Santos (2010) afirma que o preconceito, por mais que seja irrefletido imparcial e pejorativo numa relação de subordinação por parte daquele(a) que se sente inferiorizado na relação, há

sempre uma construção de conceitos (ideias) que se objetivam socialmente, calcadas em concepções prévias que não foram objeto de uma reflexão devida ou que foram elaboradas a partir de ideias deturpadas. No entanto, “pré-conceito é algo intelectualmente não maturado ou objeto de falsa racionalização” (SANTOS, 2010, p. 43).

Para Rios (2007), preconceito e discriminação são termos correlatos que, apesar de designarem fenômenos diversos, são por vezes usados com o mesmo significado nas inter-relações:

Por preconceito, designam-se as percepções mentais negativas em face de indivíduos e de grupos socialmente inferiorizados, bem como as representações sociais conectadas a tais percepções. Já o termo discriminação designa a materialização, no plano concreto das relações sociais, de atitudes arbitrárias, comissivas ou omissas, relacionadas ao preconceito, que produzem violação de direitos dos indivíduos e dos grupos (RIOS, 2007, p. 113).

Para Taussig (*apud* BANDEIRA e BATISTA, 2002), o preconceito vai gerar sempre no outro (diferente) um tratamento de diferenciação que, indubitavelmente, provocará ao inferiorizado alguma forma de discriminação e violência. A pessoa que ultrapassa a linha imaginária daquilo que é determinado como o seu espaço é imediatamente classificada na categoria de grupo socialmente (diferente)<sup>2</sup>. Assim, afirma uma das pessoas por nós entrevistada:

Depois da doença já sofri muito preconceito. Sinto-me que sou tratada pelas pessoas (sociedade) como alguém inferior e menos digna devido à doença. Inferiorizar alguém porque é de cor diferente ou gorda é uma pessoa egoísta que não aceita o diferente (VMS/sp/f/ 50 anos)

Nota-se que, a partir daí, gera-se, automaticamente, uma relação de subordinação e inferiorização social. No campo empírico desta investigação, verificou-se, com outros participantes, um alto grau de incidência do preconceito nas respostas dos sujeitos, nas relações que se estabeleceram entre eles e a sociedade a partir da informação da soropositividade, como podemos ver no relato seguinte:

Na minha profissão (cabeleireiro), quando descobriram a minha doença, imediatamente me desclassificaram humanamente e profissionalmente. As pessoas se afastaram de mim, de medo de pegar o vírus só pelo

---

<sup>2</sup> Pessoa inferiorizada na escala moral de valores (grifo do autor)

contato com o pente. As pessoas tinham medo de me abraçar. É um sentimento traumático, é um sentimento de ser diferente. Naquele momento não consegui mais exercer a minha profissão, deixei de ser eu mesmo (TSS/sp/m/ 34 anos).

O participante da pesquisa reafirma que o preconceito, já estabelecido socialmente, forçou-o a abandonar a profissão de cabeleireiro. Ele tinha consciência e sabia qual seria o desfecho final de sua profissão e de sua vida, a partir da confirmação da sua soropositividade pelos profissionais da área da saúde. Neste caso, o universo simbólico de significados que fora construído ao longo do tempo em relação à doença estabeleceu ao participante da pesquisa, *a priori*, o desfecho da sua vida e da sua profissão. O colaborador da pesquisa tinha a exata dimensão do que significava pertencer ao grupo dos inferiorizados socialmente (diferentes). Segundo o participante da pesquisa, ele é alguém que em um momento da vida transgrediu as regras divinas. Por essa razão, as informações religiosas estruturadas e objetivadas socialmente o impediriam de continuar a exercer a profissão, causando-lhe um sentimento de impotência e sofrimento frente aos fatos. Para Gomes da Silva (2000), a discriminação ocorre justamente quando essa atitude ou esse ato estruturado e estruturante cria uma distinção entre os outros (diferentes) ou sobre os outros, gerando, então, um tratamento diferencial e, em consequência, um preconceito.

Alguns tipos de preconceitos são tão rigidamente criados e difundidos nas sociedades de massa que começam a fazer parte da cultura de um povo por meio de estereótipos.

O discurso da estereotipia é um discurso assertivo, imperativo, repetitivo, caricatural. É uma fala arrogante, de quem se considera superior ou está em posição de hegemonia, uma voz segura e autossuficiente que se arroga no direito de dizer o que o outro é em poucas palavras. (...) Lê o outro sempre de uma única maneira, de uma forma simplificadora e acrítica, levando a uma imagem e uma verdade do outro que não é passível de discussão ou problematização (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007, p. 13).

O participante da pesquisa, durante as entrevistas, repetiu por várias vezes a frase 'que errar é humano' (TSS/sp/m/ 34 anos), alegando que no ato da 'transgressão moral' ainda não tinha a consciência das consequências sociais. Com o mesmo sentimento de pertencer ao grupo diferente, um segundo

participante da pesquisa relata sobre a dificuldade de ter que enfrentar o olhar de desconfiança, no momento da revelação da soropositividade para o empregador.

Você é imediatamente avaliado. Falou que é soropositivo, logo se encerra a entrevista e eles pedem para você retornar outro dia, só que os seus dados (ficha do emprego) somem. Você não é mais aceito no mercado de trabalho e não tem mais a quem recorrer a não ser aqui nesta ONG (A/sp/m/34 anos).

Nesse caso, observa-se como o preconceito instituído ao longo do tempo discrimina o portador da soropositividade. Para Chauí (1996/97), a solidificação de muitos dos conceitos, base de regulação e manutenção de princípios de direitos que deveriam estar a serviço das pessoas, considerados os mais essenciais, serviram para construir estereótipos e moldar muitos dos preconceitos contra aqueles que mais necessitam do amparo social.

Seguindo a perspectiva da análise de Chauí, Silva (2000) também entende que os direitos fundamentais, que deveriam salvaguardar e estar a serviço das pessoas mais fragilizadas, está velado no mascaramento e na subordinação da nossa linguagem cotidiana, no uso de expressões e de diversos jogos de linguagem, nas palavras de duplo sentido, na criação de referenciais para dar conta de uma realidade que não é a mais condizente com o seu papel na sociedade. A criação, a regulação e a solidificação dos estereótipos de pessoas são sustentadas por meio de personagens da vida cotidiana.

O preconceito é discriminação através de personagens da vida cotidiana, tais como a doméstica, a dona de casa, a professorinha, a mãe e a garota de programa estilo exportação, entre tantos outros tipos, cuja imagem se transformou em um objeto tão vendável quanto qualquer outro produto de consumo, com o corpo explorado através da mídia, além de servir às leis imperativas do comércio e do turismo sexual (GOMES DA SILVA, 2000, p. 560).

Johnson (1977) acrescenta que são nessas ações e atitudes intelectualmente não racionalizadas que o preconceito se torna importante socialmente, porque ele é uma atitude cultural positiva ou negativa que fundamenta e revela as atitudes de discriminação dirigida a membros de um grupo ou categoria social que poderia não ser desvelada. Nesta perspectiva de análise, afirma Vilas-Bôas (2003) que todo o tratamento diferenciado a um grupo, ou categoria de

peças, visando menosprezá-las, será chamado de discriminação negativa. Ao contrário, quando se tratar de ações que visem equiparar grupos ou pessoas que são discriminadas negativamente, de modo a trazê-las para a sociedade de uma forma igualitária, ter-se-á a chamada discriminação positiva.

Por essas razões, todo o tratamento desigual em relação ao diferente torna-se preconceito quando toma forma de abuso, exploração, agressão física ou simbólica de uma forma contínua. Ou seja, “torna-se opressão social” (JOHNSON, 1977, p. 180). É esse aspecto negativo do preconceito que se faz presente no espaço de nossa investigação.

Nessa conceituação, afirmam Prado e Machado (2008) que o preconceito é considerado uma importante forma de manutenção das invisibilidades e manutenção das hierarquias sociais. O preconceito é considerado uma das formas mais eficazes de manutenção das diferenças e hierarquizações entre grupos sociais, o que muitas vezes faz com que haja uma nítida interpretação pré-conceituosa do outrem diferente, mas nitidamente identificado socialmente. “O preconceito nos impede de identificar os limites de nossa percepção da realidade” (PRADO e MACHADO, 2008, p. 67).

Referindo-se às questões étnicas, Johnson (1977) acrescenta que a atitude do preconceito, além de legitimar uma interpretação preconceituosa de outrem, também corrobora para com aqueles que sofrem os preconceitos, a avaliarem-se a si próprios como inferiores.

Estas diferenças são então julgadas segundo valores culturais em detrimento das pessoas de cor e do *status* elevado dos brancos. Finalmente, elementos emocionais como hostilidade, desprezo e temor completam a atitude, criando predisposições entre brancos para tratar negros de maneira opressora e para perceber sua própria categoria racial como socialmente superior. Considerando que pessoas de cor na Europa e nos Estados Unidos vivem na mesma cultura que brancos, o preconceito racial irá, de certa maneira, afetar o modo como eles percebem e avaliam a si próprios (JOHNSON, 1977, p. 180).

Embora não estejamos, no caso desta investigação, analisando a realidade social do ponto de vista étnico, esta percepção de Johnson nos ajuda a perceber que a mesma lógica do preconceito étnico é transposta para o caso da sexualidade. Este fator é importante, pois, como percebemos, uma das causas do preconceito em relação à soropositividade é uma concepção preconceituosa da sexualidade. Como a soropositividade é, muitas vezes, associada a transgressões

sexuais, a ela se acoplam os preconceitos relativos à sexualidade. E, como veremos mais adiante, as ideias religiosas presentes na cultura, que são interiorizadas pelos sujeitos, como afirma Berger, terão importante papel na construção de uma concepção negativa e preconceituosa da sexualidade.

Por subordinar os sujeitos que sofrem, afirmam Prado e Machado (2008), o preconceito produz nos grupos ou indivíduos que sofrem as discriminações uma reação inibidora no âmbito social das relações, ao impedir que as hierarquizações se transformem em política, pois no âmbito da sexualidade, o preconceito produz, por exemplo, a invisibilidade da hierarquização patriarcal de valores. A estratégia do preconceito é naturalizar as formas de desqualificação de modo que elas não pareçam injustiças e sejam aceitas como padrões normativos.

Seguindo esta mesma linha de investigação, Chauí (1996/97) entende que estas práticas históricas e sociais de preconceito e discriminação são estereotipadas.

Um conjunto de crenças, valores, saberes, atitudes que julgamos naturais, transmitidas de geração em geração sem questionamentos, e nos dá a possibilidade de avaliar e julgar positiva ou negativamente coisas e seres humanos (CHAUÍ, 1996/1997, p. 116).

Acrescenta, ainda, Chauí (1996/97) que o preconceito pode ser encontrado nos mais diversos setores da sociedade. Assim, pode ter origem nos mais diversos modos, pode escolher suas vítimas e agir de modo violento e sem sentido, sem que ao menos possamos nos dar conta. O preconceito age no mundo como se realidade objetiva e subjetiva do mundo existisse tal como nos é dada, cristalizando as ideias acerca do mundo dos sujeitos e das ideias construídas históricas e socialmente ao longo do tempo (CHAUÍ, 1996, p. 97). Para a autora, o preconceito se dinamiza nas inter-relações, especificamente, com quatro marcas significativas: a) ele age no mundo por meio da familiaridade, ou seja, exige que tudo seja familiar, próximo, compreensível e imediatamente transparente; b) quando os seres humanos demonstram sentimentos de medo, angústia, insegurança e conjura diante do desconhecido, transformam tais sentimentos em ideias certas sobre as coisas, os fatos e as pessoas, criando assim, estereótipos, isto é, modelos gerais de coisas, fatos e pessoas por meios dos quais se julga tudo quanto ainda não se havia visto. Ou seja, são ideias

amalgamadas do diferente e do desconhecido; c) a dificuldade das pessoas admitirem que o preconceito seja um obstáculo ao conhecimento e à transformação das coisas. Ou seja, é uma postura conservadora e ignorante (desconhecimento); d) por fim, o preconceito é intrinsecamente contraditório, o ser humano ama o velho e deseja o novo, teme a sexualidade, mas deseja a pornografia, afirma a igualdade entre os humanos, mas é racista e sexista. Para Chauí (1996), o preconceito se julga senhor de uma realidade transparente que, na verdade, é opaca e oculta, e encobrem medos e angústias, dúvidas e incertezas nas pessoas.

Portanto, o preconceito e a construção social dos corpos e a ordem da sexualidade não se constituem uma forma isolada do contexto histórico, cultural e religioso das pessoas. Então, como a religião atua enquanto um dos elementos constituintes do preconceito?

Para Bourdieu (2005), todas as dinâmicas e posições e oposições que organizam a realidade histórica e cultural, ao se relacionarem à produção e à regulação de subjetividades e relações sociais, agem por meio de um conjunto de eixos simbólicos que atuam na construção, legitimação e hierarquização das relações sociais.

É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação de conhecimento que os sistemas simbólicos cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, segundo a expressão de Weber, para a 'domesticação dos dominados' (BOURDIEU, 2004, p. 11).

Bourdieu (2005) entende que as construções das concepções presentes nas ideias religiosas se constituem enquanto construção do ser humano, a partir do momento que o *habitus*<sup>3</sup> compõe o poder simbólico como um poder de construção da realidade, do sentido imediato do mundo. Os símbolos são instrumentos da integração social que tornam possível um consenso sobre o mundo e contribuem para a reprodução da ordem social. Como veremos mais

---

<sup>3</sup> “Sistema de disposições inconscientes que constitui o produto da interiorização das estruturas objetivas e que, enquanto lugar geométrico dos determinismos objetivos e de uma determinação, do futuro objetivo e das esperanças subjetivas, tende a produzir práticas e, por esta via, carreira objetivamente ajustada às estruturas objetivas.”(BOURDIEU, 1998, p. 201-02)

adiante, os símbolos, a linguagem e o conteúdo religiosos sobre a sexualidade no Ocidente foram compondo, juntamente com outros setores ou dimensões da cultura, um determinado consenso restritivo sobre a sexualidade que, atualmente, vai constituir-se em um importante fator de preconceito em relação aos soropositivos.

A partir das considerações sobre religião e sexualidade em relação aos preconceitos negativos contra portadores do HIV/AIDS, nos perguntamos como se dá a presença nas construções das concepções de sexualidade, sendo esta uma das dimensões humanas mais ativas? Entende-se que há um espaço em que a sexualidade ganha validade moral no contexto cultural do Ocidente: é o espaço da religião. Como interagem, então, a religião e o preconceito, na construção de tal dimensão da vida humana e social?

#### **1.4 Religião e preconceito na construção da concepção de sexualidade**

O objetivo desta construção conceitual sobre a sexualidade é, por meio dela, subsidiarmos a análise dos preconceitos e discriminações sofridos pelas pessoas soropositivas. Entende-se que a discriminação que incide sobre as pessoas soropositivas tem como base outro preconceito: uma concepção restritiva, normativa e negativa sobre a sexualidade. Entende-se, ainda, que as ideias religiosas são elementos constituintes dessa concepção e que, no processo de exteriorização, objetivação e interiorização, vão construindo tal preconceito.

Para entendermos esta relação entre sexo biológico e sexualidade, torna-se necessário operacionalizar os principais conceitos a ela subjacentes. Heilborn (2003) entende que sexo é biológico e designa, em muitas análises sociológicas, somente a caracterização anatomofisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. Para a autora, o raciocínio que apoia essa distinção biológica se baseia na ideia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela dimensão da sexualidade (cultura).

O significado da palavra sexo, de acordo com o Dicionário Novo Aurélio (1986, p. 1580), é originário do latim *sexu*, consiste na “conformação particular que distingue o macho da fêmea, nos animais e nos vegetais, atribuindo-lhes um

papel determinado na geração e conferindo-lhes certas características distintivas”. Diz respeito, portanto, aos aspectos biológicos apenas. Para Grossi (1998), o termo sexo é empregado para designar a parte biológica do indivíduo, ou seja, possuir uma identidade sexual e por identidade sexual, entende-se ser macho ou fêmea, homem ou mulher numa dada espécie.

Para o pensamento dos autores acima destacados, sexo refere-se ao dado biológico. No entanto, mesmo restrito a essa dimensão, a concepção do mesmo já vai adquirindo significados construídos culturalmente, o que vai colocando-o em um estreito diálogo com o conceito de sexualidade. Como afirma Grossi (1998, p. 15), “Sexo é uma categoria que ilustra a diferença biológica entre homens e mulheres (...) e sexualidade é um conceito contemporâneo para se referir ao campo das práticas e sentimentos ligados à atividade sexual dos indivíduos”.

Visando desvendar a presença da cultura na construção da concepção de sexualidade, recorreremos a Foucault (1988), que concebe como um “dispositivo histórico”, ou seja, incorporada a um conjunto de fatores fornecidos pelos contextos sociais, como relações de poder, gênero e classes sociais, sendo um dispositivo de densas relações de poder: entre homens e mulheres, pais e filhos, educadores e alunos, padres e leigos e, assim, sucessivamente.

Para Foucault (1994), o uso do termo sexualidade é datado do início do século XIX. No entanto, o surgimento do termo em data tão recente, segundo ele, não significa que esta temática tenha emergido somente neste período, muito menos de uma maneira abrupta.

O uso da palavra foi estabelecido em relação a outros fenômenos: o desenvolvimento de campos de conhecimentos diversos (que cobriam tanto os mecanismos biológicos de reprodução como as variantes individuais ou sociais de comportamentos); a instauração de um conjunto de regras e de normas, em parte tradicionais e em parte novas, e que se apoiam em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas; como também as mudanças no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos (FOUCAULT, 1994, p. 9).

Ainda nas relações de poder, a sexualidade é, segundo o autor (1988), um elemento dotado de instrumentalidade, que pode ser usado em inúmeras manobras, nas relações sociais, bem como pode tornar-se útil na articulação das mais variadas estratégias. Não se deve conceber a sexualidade como uma

espécie de dado da natureza que o poder tenta pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar.

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, à formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 1988, p. 100).

Prado e Machado (2008) afirmam que a sexualidade é uma das dimensões mais importantes da vida do ser humano e da experiência social. Ela é permeada por inumeráveis questões. Todo um universo de desejos, crenças e valores são articulados, definidos e redefinidos num amplo espectro do que entendemos ser a identificação do ser humano e a construção da sua identidade social e sexual, sempre numa relação de poder.

O sexo é uma força básica de orientação da biologia humana: o poder é um aspecto fundamental da sociologia humana. Sexo e poder não são mundos distintos um do outro, mas estão entrelaçados um no outro. O poder pode ser observado no reino animal, enquanto as formas de sexualidade humana são socialmente construídas e variáveis. Ambos são moedas conversíveis e mescláveis uma na outra (TRERBORN, 2006, p. 11).

Para Giddens (1993), a sexualidade é uma categoria que vai sendo construída social e historicamente. “A sexualidade funciona como um aspecto maleável do eu, um ponto de conexão primário entre o corpo, a autoidentidade e as normas sociais” (GIDDENS, 1993, p. 24). Portanto, se a sexualidade é uma categoria construída socialmente, ela tem por base a concepção de que se trata de uma dimensão humana que está para além do dado biológico.

As identidades sexuais e as práticas das sexualidades não são nada naturais. São construídas através das relações sociais e políticas de um tempo histórico, são caracterizadas como processos históricos que não estão sob a égide da lógica da naturalidade, mas sim da moral e da política (PRADO e MACHADO, 2008, p.19).

Ou, ainda, como assinala Rubin:

Sexo é sexo, mas o que se considera sexo é igualmente determinado e obtido culturalmente. Toda sociedade conta ainda com um sistema de

sexo/gênero: um conjunto de arranjos através dos quais a matéria-prima biológica do sexo e da procriação humana é moldada pela intervenção humana e social e satisfeita de forma convencional, pouco importando o quão bizarras algumas dessas convenções podem parecer (RUBIN, 1993, p. 5).

A histórica subordinação do gênero feminino, legitimada pela supremacia patriarcal e evidenciada pelas práticas morais e políticas continua sendo um grande desafio para o ser humano na concepção da sexualidade no Ocidente.

Entende-se, com isso, que a sexualidade é, portanto, um dos aspectos formadores da identidade da pessoa humana, que se constitui nas diversas relações sociais em que o sujeito está inserido. Nesse sentido, ao analisar as diferentes formas como a identidade humana vai se constituindo, autores como Prado e Machado (2008), Sennet (1989) e Oliveira (1976) afirmam que a identidade humana se modela sempre no intercâmbio de significados e contextos que ocorrem entre o 'eu' e o 'outro', o 'eu' e o 'nós', o 'nós' e 'eles', enfim, nunca é estática. Sempre ocorre na troca reinterpretativa de significados e interações sociais e institucionais que criam posições sociais e, conseqüentemente, posições identitárias e políticas.

Neste caso, o intercâmbio entre os indivíduos vai sendo estruturado e reconstruído, tendo as ideias religiosas como depositárias de significados culturais, pelos quais indivíduos e coletividade são capazes de reinterpretar a própria condição de vida e reconstruir para si novos significados. Desencadeia em si um processo ao mesmo tempo individual e coletivo de significações, com implicações psicológicas e sociais que articulam valores, crenças, preconceitos, tabus e desejos em relação à sexualidade humana. Pergunta-se, então: quais ideias religiosas irão prevalecer na construção de uma construção negativa e restritivas da sexualidade no Ocidente?

Vejamos, no item a seguir, as raízes históricas da construção da concepção de uma sexualidade atrelada às ideias religiosas.

## **1.5 A Religião na concepção cultural da sexualidade no Ocidente: a Grécia Antiga**

No mundo atual, somos continuamente assediados por um “ambiente sexual” que se manifesta em diferentes mecanismos de sustentação da sociedade. Mas esse assédio não é novo. No entanto, diferentemente do mundo atual, quando os discursos sobre a sexualidade estão centrados no prazer, na antiguidade eles estavam centrados na procriação. O prazer, quando autorizado, era em vista da melhoria das condições da procriação. Esta sim, muitas vezes considerada sagrada ao ponto de ser ritualizada.

Como a religião se apresenta como um universo simbólico que legitima e dá significado às estruturas sociais, criando e recriando, com isso, mecanismos de sustentação para realidades humanas, se faz necessário retomar o processo em que ela vai interagindo com outras dimensões da cultura para, assim, construir uma determinada concepção da sexualidade tal como a vemos na atualidade.

Na análise sobre o sagrado, retornamos ao período de alguns registros históricos da era paleolítica, que se refere à pré-história que vai de cerca 2,7 milhões de anos até 10.000 a.C., quando os antepassados do homem começaram a produzir os primeiros artefatos em pedra lascada. Eisler (1996) entende que neste período os registros históricos das primeiras expressões artísticas refletem a exaltação dos povos antigos à condição sagrada do corpo da mulher, do homem e, mais precisamente, ao encontro sexual capaz de gerar vida.

Ainda para Eisler (1996), na Grécia, a mitologia e os costumes dos gregos estavam impregnados por envolvimento sexuais. Zeus foi um dos deuses mais notáveis neste campo. Pai de diversos deuses e semideuses, ele pode ser entendido como uma força masculina fertilizadora.

A partir dos escritos de Platão, Foucault (1984, p. 46) apresenta a atividade sexual (prática sexual) como natural e indispensável na vida dos seres humanos. É por meio dela que os seres vivos podem se reproduzir, que a espécie em seu conjunto escapa à morte e que as cidades, as famílias, os nomes e os cultos podem se prolongar muito além dos indivíduos destinados a desaparecer. Esta liberdade indispensável da prática da sexualidade está associada a algo natural e

não necessariamente libertino, pois consideravam “a atividade sexual, tão profundamente ancorada na natureza e de maneira tão natural, não poderia ser – e Rufus de Éfeso o lembrará – considerada má” (FOUCAULT, 1984, p. 47). Ou seja, se a atividade sexual é da própria natureza, obviamente, não poderia ser considerada algo tão ruim.

Os gregos aceitavam a atividade sexual sem uma imposição moralista, porém, o prazer deveria ser regado, como diz Aristóteles: “é preciso que a faculdade de desejar obedeça à razão como a criança aos mandamentos de seu mestre” (FOUCAULT, 1984, p. 48).

Com os gregos também aparece a ideia de sexo associada à procriação e aí se apresenta a dimensão espiritual da sexualidade associada à *polis*. Platão insiste no fato, segundo Foucault (1984) de que

tanto um como o outro esposo devem ter em mente (*dianoisthai*) que eles devem dar à cidade as crianças mais belas e melhores possíveis. Eles devem pensar nessa tarefa intensamente em função do princípio de que os homens são bem sucedidos naquilo que empreendem quando refletem e aplicam seu espírito ao que fazem, ao passo que fracassam se não aplicarem seu espírito ou se não o possuem (p. 112).

É nesse contexto que vai sendo gestado um dos elementos centrais da concepção das relações de gênero: a maternidade e o papel biológico e social da mulher e do homem na procriação. Para Silva (2009), por mais que a maternidade seja uma ocorrência originalmente natural, ela é primeiramente “sentida como um ato divino de criação que comprometia exclusivamente a mulher” (SILVA, 2009, p. 142). Nota-se que tanto os relatos de Eisler (1996) quanto de Foucault (1984), ambos os autores apresentam a atividade da sexualidade como uma ocorrência originalmente natural e sagrada, voltada somente para o ato da criação. Para Eisler (1996), tudo isso é possível afirmar porque nos primeiros utensílios, confeccionados em osso e pedra foram encontradas extensas produções de pinturas e esculturas que mostravam o corpo estilizado da mulher, dando destaque às partes eróticas femininas. Da mesma forma, apareciam nos registros pré-históricos simbolismos que remetiam ao falo ou ao pênis ereto. Nossos ancestrais, segundo Eisler (1996), pareciam impressionados com a existência dos dois sexos e até realizavam ritos eróticos sagrados em ocasiões religiosas importantes, como o retorno anual da primavera.

Sobre esse aspecto, pontua Riane Eisler em sua obra *“O Prazer Sagrado”* que “a união da fêmea com o macho, ou da mulher com o homem, era celebrada como uma epifania ou manifestação sagrada dos poderes misteriosos que concedem e mantêm a vida” (EISLER, 1996, p. 78). Esses rituais, assim como as imagens sexuais da arte paleolítica ou mesmo do período neolítico, refletiam uma visão da vida e da religião na qual a celebração do prazer era primordial. Para a referida autora, os nossos ancestrais exaltavam o sexo não apenas em relação ao nascimento e procriação, mas como a fonte misteriosa e, neste sentido, mágica, tanto do prazer quanto da vida.

Embora haja esta interpretação positiva da cultura grega da época, no que tange à sexualidade e a relação entre prazer e procriação, outros autores fazem desse período uma leitura crítica, afirmando que aí se estabelece o berço do patriarcalismo e, posteriormente, de uma moral negativa da sexualidade.

Retornando às sociedades atenienses, os registros históricos dão conta de que todas as relações sexuais, envolvendo homens heterossexuais ou homossexuais, eram baseadas na submissão e na dominação das mulheres. “As mulheres eram totalmente desvalorizadas, fadadas à submissão. A repressão sexual, o sistema de culpa e o controle sexual estavam, desde então, estabelecidos” (EISLER, 1996, p. 144). A doutrina cristã, em seus primórdios, incorporou em suas doutrinas a parte restritivo-punitiva da sexualidade e tratou apenas de reforçá-la.

Para Heinemann (1999, p. 22,3), o legado pessimista que se devia, sobretudo, às considerações médicas, tem suas origens também na Antiguidade. Pitágoras (século IV a.C) recomendava que as relações sexuais ocorressem de preferência no inverno, embora o fazer sexo fosse prejudicial em todas as estações do ano. Hipócrates considerava que reter o sêmen proporcionava ao corpo a máxima energia e a sua perda levaria à morte. Sarano de Éfeso (século II d.C), médico pessoal do Imperador Adriano, “considerava a virgindade contínua saudável. A única justificativa para a atividade sexual era procriar, gerar a posteridade” (HEINEMANN, 1999, p. 22).

Ainda nesta mesma perspectiva de análise, Heinemann (1999) entende que esta visão reducente do sexo foi intensificada por uma das maiores escolas

da filosofia antiga, o estoicismo<sup>4</sup>. Esta escola foi fundada em solo grego pelo filósofo Zenão de Cítio (336-264 a.C.)<sup>5</sup>.

Embora os filósofos gregos de um modo geral concordassem com a importância considerável da busca do prazer para o ideal humano de vida,

os estoicos, sobretudo durante os dois primeiros séculos da Era Cristã, mudaram tudo isso. Rejeitaram a procura do prazer. O efeito positivo dessa rejeição foi a concentração da atividade sexual no casamento. Mas à proporção que o prazer carnal se tornou suspeito, o casamento também passou a ser questionado e o celibato foi mais valorizado. O casamento era tratado como uma concessão aos que não conseguiam se conter, uma permissão para a satisfação da luxúria ou do prazer para aqueles que os consideravam indispensáveis (HEINEMANN, 1999, p. 23).

Seguindo a perspectiva, Heinemann (1999) evidencia-se cada vez mais que o negativismo em relação ao prazer sexual foi característica marcante do estoicismo nos dois primeiros séculos depois de Cristo e teve profunda influência no Cristianismo por meio dos intelectuais da Igreja - Agostinho, Jerônimo e Tomás de Aquino. Afirmavam os mentores da igreja que a finalidade do sexo para todo o ser humano era somente para a procriação, tendo como exemplo a prática dos animais (sexo só para a procriação), caso contrário trará o 'estigma negativo do prazer' (HEINEMANN, 1999, p. 25). Esta compreensão negativa da sexualidade deixou marca duradoura no cristianismo, emergindo assim, uma forma de moralidade patriarcal essencialmente hierarquizada para o Ocidente, com o nome de 'moralidade sexual' (CECCARELLI, 2000, p. 22).

Para Heinemann (1999), embora as bases de valores ético-morais de nossa cultura ocidental fossem encontrar suas raízes na tradição judaico-cristã,

---

<sup>4</sup> "O Estoicismo foi o movimento filosófico mais original e também o que mais tempo durou do período helenístico: fundado nos fins do século IV a.C. continuou a existir até meados do século III d.C. (300 a.C. a 250 d.C). Foi fundado em Atenas pelo filósofo Zenão em torno do ano 320 a 250 a.C." (HEINEMANN, 1999).

<sup>5</sup> Nessa escola, inspirada, sobretudo, na filosofia de Heráclito e Sócrates, o individualismo era característica principal. Por conseguinte, a preocupação maior não era com o bem-estar da sociedade, mas o homem como indivíduo. Em suas três grandes fases, a saber: o estoicismo antigo (Atenas); o estoicismo médio (séc. II a.C.); e o estoicismo imperial (Roma, Séc. I e II d.C), sua finalidade era servir de amparo moral e inspirador do homem na busca da paz e da tranquilidade da alma. Para o estoicismo o universo era regido por Deus e se ordenava e reordenava pelo poder onisciente, cujo propósito era garantir o bem do homem. O "fogo divino", que envolvia o universo tinha o poder de se renovar ciclicamente (o eterno retorno/conflagração universal), após longos períodos. Assim, nada era novo, tudo já havia acontecido anteriormente, e disso resultava uma sucessiva repetição da história. As regras da ordenação do universo eram ditadas por Deus. (REALE; ANTISIERI, 2002, p. 254 - 260)

não seria sensato creditar somente ao cristianismo os preconceitos que sustentaram a hostilidade ao prazer com o corpo.

Não é verdade que o cristianismo trouxe o autocontrole e o ascetismo ao mundo pagão que se deliciava com os prazeres e com o corpo. Pelo contrário, a hostilidade ao prazer e ao corpo é um legado da antiguidade que foi singularmente preservado até hoje no cristianismo (HEINEMANN, 1999, p. 21).

A partir do que foi dito acima, entendemos que a religião e a sexualidade não são excludentes e nem antagônicas. A religião interage continuamente como um elemento estruturado e estruturante de realidades. Ao longo dos séculos, a atividade da sexualidade com a finalidade do prazer foi sendo negativada e deu origem aos preconceitos. No entanto, a atividade da sexualidade vista em função da procriação continua sendo defendida, especialmente, pelo catolicismo, como boa, honrada e sagrada.

Visando desvendar o processo de construção de uma visão restritiva da sexualidade, afirma Silva (2009) que somente muito posterior à ideia de que a maternidade dependia somente da mulher é que houve a compreensão de que a gravidez era consequência do ato sexual. A partir daí se associou a ideia que é a paternidade masculina que determina a gestação. “Acreditava-se que o homem plantava a semente que se desenvolveria no interior da mulher, tal como acontecia quando se penetrava uma semente na terra” (SILVA, 2009, p. 142). Daí, se pensar as duas expressões da deusa Mãe: a Natureza e a Mulher, agora não mais como criadoras, mas como suporte de uma criação que depende da inserção da semente para poder germinar, já estamos falando da sociedade ocidental agrícola e patriarcal.

Eisler (1996) acrescenta que no Ocidente muitos destes ritos antigos da sexualidade, entre eles a semente plantada na terra em analogia com a fecundação da semente plantada pelo homem no útero feminino, foram adaptados e até modificados e inseridos numa nova lógica, preocupada em satisfazer as exigências de ordem social patriarcal.

Sobre esse aspecto, Nunes (1987) afirma que as heranças do patriarcalismo hebraico e do falocratismo grego são elementos que se devem destacar, uma vez que marcaram severamente a sociedade ocidental, no que diz respeito às questões relacionadas à sexualidade.

A seguir, vamos ver mais detalhadamente como, a partir da herança estoica ou em diálogo - às vezes conflitivo com esta -, o cristianismo foi construindo ou interferindo na construção de uma concepção moral restritiva da sexualidade.

### **1.5.1 A concepção da sexualidade no Ocidente Cristão**

Para o sujeito religioso, entende-se que a realidade social, por meio de suas ideias religiosas, desempenha papel ativo na elaboração e na manutenção de seu *habitus*. A experiência religiosa existe, é verdadeira, é experiencial e, algumas vezes, é “o tudo da vida do indivíduo” (GEERTZ, 1989), pois, é seu referencial primeiro de significado. A religião apresenta-se para o sujeito como experiência permanente e profunda das mais diversas formas de manifestações do sagrado, pois “os deuses estão vivos, afinal, dentro da psique” (PADEN, 2011, p.117). Não compreendemos a religião como algo ilusório, aborrecível. Consideramos a religião uma esfera importante e marcante na construção social do indivíduo. Por esse motivo, nos ocuparemos neste tópico sobre uma das formas religiosas que mais se destaca no Ocidente - o cristianismo -, que tem contribuído e influenciado na construção da moral sexual a qual herdamos.

O processo em que se gerou uma visão punitiva da sexualidade nas sociedades ocidentais é analisado por Foucault (1985), a partir do pensamento de Cassiano (teólogo cristão do século III da era cristã) sobre o combate da castidade. Foucault (1985) diz que, para Cassiano, o prazer por meio da relação sexual e a gula são a matriz dos oito espíritos do mal (vícios pecaminosos). Para Foucault (1995), Cassiano entende que esses são dois vícios “naturais”, inatos, dos quais a pessoa tem muitas dificuldades de se desfazer. Além disso, são vícios que implicam a participação do corpo para se concretizarem o objetivo.

A partir dessa situação, diz Foucault (1985) que Cassiano elabora uma escola de inter-relação causal entre os vícios: a gula provoca a fornicação; esta, por sua vez, engendra a avareza; esta faz nascerem as rivalidades, que provocam a tristeza; a tristeza provoca a aversão pela vida monástica e a ascese. Para Cassiano, segundo Foucault (1985), a única maneira de superar um desses vícios é ter superado a sua causa, ou seja, a gula e o desejo sexual.

Foucault (1985) observa que a doutrina de domínio da sexualidade que inicialmente foi criada para os monges, mais tarde passou a ser indicada a toda a população. Esse fator contribuiu para que nas sociedades ocidentais se criasse uma visão pejorativa da sexualidade.

Nota-se que todo o descontrole do corpo que leva para ações ruins (os pecados capitais) relaciona-se ao controle do desejo sexual. O medo do corpo está centrado sobre o domínio da sexualidade. A visão pejorativa da sexualidade, marcada pela negatividade do pecado, fez com que aqueles (monges) que decidiram viver no celibato deixassem de lado a atividade sexual, em prol de uma vida santa que, segundo Foucault (1985), fora passado como ideal de vida a toda a humanidade, não somente para a vida monástica.

Nesta mesma perspectiva de análise, Rubin (1989) afirma que a teoria de domínio do perigo sexual originada nas tradições religiosos ocidentais, posteriormente foi assumida pela medicina e pela psiquiatria. Tanto os tabus religiosos, quanto as formas de controle da sexualidade, desenvolvidos pela psiquiatria e pela medicina criaram uma fronteira imaginária entre o sexo bom, saudável, maduro, santo, legal e politicamente correto, ou seja, a heterossexualidade, a institucionalização do matrimônio com o objetivo da procriação. No entanto, tudo o que não se enquadra nestas formas de exercício da sexualidade foram consideradas malignas, perigosas e condenáveis pela sociedade. É uma espécie de temor de que, ao permitir a alguém cruzar a barreira imaginária do sexo bom, poderá incidir em alguma catástrofe, por isso, segundo Foucault (1998), a teoria do domínio e do controle social da sexualidade.

De acordo, ainda, com Rubin (1989), a ideia da negatividade sexual defendida pelo cristianismo ao longo do tempo tem adquirido uma vida própria na cultura ocidental, e já não depende somente da religião para a sua sobrevivência. Existe uma inter-relação muito próxima entre as ideias do cristianismo e de outros setores da sociedade, em se tratando de uma visão restritiva da sexualidade. No entanto, a visão moral cristã, as discussões sobre a sexualidade e as teses de Santo Agostinho são decisivas para uma moral sexual restritiva que tem influência significativa para o Ocidente.

Em perspectiva semelhante a de Rubin, afirma Nunes (1987, p. 59) que foram cinco os aspectos mais importantes na definição do conceito ocidental de

sexualidade, construídos na história e sustentados pelo rígido moralismo religioso. O primeiro foi a exaltação do poder do homem hebreu (patriarcalismo); o segundo aspecto foi o dualismo platônico idealista e místico; o terceiro aspecto foi o estoicismo moral que negava a matéria e o prazer como intrinsecamente 'maus'; o quarto foi o maniqueísmo agostiniano que vê na sexualidade a fonte de todos os pecados, particularmente a partir da representação da "queda" de Adão. E por último, de acordo com Nunes (1987), foi o enquadramento dos agentes religiosos no celibato e o ideal de virgindade.

Numa crítica à moralidade sexual, Schott (1996) identifica nas afirmações ascéticas de Santo Agostinho uma postura de preconceito sexual, quando desestimula o desejo masculino com o objetivo específico de reprovar as mulheres como objetos de desejo. Para Schott (1996), as opiniões ascéticas cristãs sobre a sexualidade contribuíram para a construção filosófica da razão como forma de superação e domínio da sexualidade, em particular, e da sensualidade em geral:

O desejo sexual encarna a desobediência que causou e para sempre assinala a queda do homem da graça. ( ) O modo de Agostinho tratar a concupiscência em geral, e o desejo sexual em particular, reflete um mandamento ascético herdado no passado dos gregos. Acreditava ele que levar uma vida de continência o aproximaria da vontade de Deus (SCHOTT, 1996, p. 65).

Nota-se que "Agostinho, entre fins do século IV e início do V, associou definitivamente, no imaginário cristão, sexo e pecado original" (LIMA, 1996, p. 38). Ao expressar a visão ascética da sexualidade da antiguidade à moral cristã, agrega o conceito de pecado a tudo o que se refere à sexualidade. Acreditava Santo Agostinho, segundo Schott (1996), que esse estado de ascetismo sexual era difícil de imaginar, "dado que o desejo tornou-se inseparável do ato sexual. Entretanto, argumenta que, se o homem não houvesse pecado, poderia ter controlado a sexualidade pela vontade, e não pelas paixões" (SCHOTT, 1996, p. 68).

Percebe-se que esta impossibilidade de separar o desejo sexual do ato sexual e a incapacidade do homem controlar a sexualidade pela vontade e não pelas paixões, evidencia ainda mais na cultura do Ocidente o preconceito em relação à sexualidade. A visão negativa do prazer sexual instituída pelo

ascetismo<sup>6</sup> e que prevaleceu na cultura judaico-cristã difundiu com maior veemência a assimilação cultural patriarcal hierarquizada no Ocidente, onde predomina a supremacia do sexo masculino e a negatividade da possibilidade do prazer sexual desvinculado da procriação. É esta negação da possibilidade do prazer que via incidir, enquanto aspecto principal do preconceito em relação à sexualidade, no preconceito em relação aos soropositivos.

Retornando nosso olhar sobre a construção da concepção da sexualidade, destaca-se que a realidade biológica da menstruação da mulher foi determinante no contexto histórico para que ela fosse considerada, tanto pelos judeus quanto pelos pagãos, como subordinada na relação com o masculino. Havia o entendimento que o sangue menstrual era venenoso. “O sexo praticado com uma mulher menstruada era proibido porque os filhos concebidos durante a menstruação eram doentes ou tinham soro sanguíneo purulento ou então nasciam mortos” (HEINEMAMM, 1999, p. 33). Teólogos do século XIII, como Alberto Magno e Tomás de Aquino, proibiam a relação sexual com mulheres menstruadas em decorrência do mal causado aos filhos e converteram-no em pecado mortal. As mulheres no período da menstruação eram consideradas impuras, ou seja, impedidas de entrar e permanecer nos espaços sagrados.

Neste caso, as informações religiosas que foram sendo objetivadas e estruturadas a partir da compreensão acima, ao longo do tempo, além de causar uma concepção negativa e preconceituosa da sexualidade, poderiam culpar a mulher e, sobretudo, condenar o filho que nascesse com qualquer grau de deficiência física ou mental.

Na mesma perspectiva de Heinemamm, acrescenta Dalarun (1990) que a construção da sexualidade no Ocidente fora adquirida a partir da herança instituída culturalmente ao longo do tempo sobre o mito da desobediência de Eva e Adão no paraíso (pecado original)<sup>7</sup>. Pode-se perceber isso quando Dalarun

---

<sup>6</sup> “Essa palavra significa propriamente exercício e, na origem, indicou o treinamento dos atletas e as suas regras de vida. Com os pitagóricos, os cínicos e os estoicos, essa palavra começou a ser aplicada à vida moral na medida em que a realização da virtude implica limitação dos desejos e renúncia. O sentido de renúncia e de mortificação tornou-se, daí, predominante. Na Idade Média, o ascetismo significou mortificação da carne e purgação do vínculo com o corpo” (ABBAGNONO, 2000, p. 83).

<sup>7</sup> Segundo a historiadora Elaine Pagels, a afirmação de que o pecado de Adão e Eva no paraíso foi ter relações sexuais era comum entre os instrutores cristãos (do segundo século), tais como Taciano, o Sírio, que ensinava que o fruto da árvore do conhecimento transmitia conhecimento carnal. Também, para Agostinho, um dos padres da Igreja, do quinto século d.C, o pecado teve sua origem no desejo sexual por parte de Adão (PAGELS, 2006).

(1990) afirma que os clérigos, detentores do poder e do saber, em torno dos séculos XI e XII definiram o papel social dos gêneros<sup>8</sup> masculino e feminino e as regras e os caminhos para se alcançar a salvação. Evidentemente, o caminho para a salvação da mulher foi estreitado o máximo possível em relação ao homem. Contudo, afirma a autora que tudo o que se entende como realidade sobre identidade de gênero fora constituído e projetado sobre modelos e ideias de gênero. As figuras projetadas como modelos femininos foram: “Eva e Maria. Uma simbolizando mais as mulheres reais e a outra a mulher ideal” (DALARUN, 1990, p. 53). Eva era a mulher pecadora e detentora do mal, ou seja, modelo de mulher de quem os clérigos deveriam se afastar. Já a Virgem-Mãe era projetada para os homens para fora do alcance terrestre. Considerando a importância e o funcionamento da religião, estas informações oriundas da cultura daquela época podem determinar as duas concepções da sexualidade: a concepção da sexualidade boa e aceita como legítima é a sexualidade projetada para a procriação; por outro lado, a concepção da sexualidade negativa, ruim e pejorativa é a sexualidade da mulher que vive no pecado. De Eva pecadora e Maria inatingível tiraram-se praticamente modelos para as mulheres imitarem. Induz-se, nesta perspectiva de análise, Maria como uma mulher silenciosa e obediente ao filho; e Eva, mulher perigosa e sem confiança, mas, sobretudo, é aquela mulher que levou o homem no paraíso a consumir o fruto do mal.

Nesta concepção de análise, nota-se que a socialização primária, ou seja, a interpretação de Eva e Maria é considerada a mais importante e significativa para a culpabilidade da mulher por meio dos outros significativos. Os outros significativos são aqueles com quem as mulheres são identificadas com os mesmos qualitativos. Ou seja, há duas maneiras de ser mulher: cala e é santa, ou reage e é compreendida pejorativamente. É nesse processo de interiorização do mundo que a identidade atribuída pelos outros é apropriada à mulher. Portanto, é pelo processo de socialização que ocorre a interiorização da sociedade pelo

---

<sup>8</sup> “Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. (...) Segunda proposta: o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. Seria melhor dizer que o gênero é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter constituído um meio persistente e recorrente de tornar eficaz a significação do poder no Ocidente, na tradição judaico-cristã bem como islâmica” (SCOTT, 1996, p. 11, 2).

individuo e a sua identidade é construída. A história de vida, embora seja singular, não é um processo interior independente da sociedade, pois o social constitui o subjetivo. A identidade é formada por processos sociais e é mantida ou modificada por relações sociais.

É nesta construção de significados que a religião se apresenta como um universo simbólico de significados com a capacidade de legitimar e reconstruir concepções humanas. Por isso, pergunta-se: neste estreitamento moral sexual, haveria uma forma das mulheres conseguirem certa espécie de pureza? Haveria! Somente se elas mantivessem-se virgem. Numa crítica a este estreitamento na forma de pensamento e na concepção do feminino por parte dos clérigos, pode-se deduzir, a partir da afirmação de Schott (1996), que as normatizações amalgamadas contra a mulher evidenciam uma postura preconceituosa quando Agostinho afirmava que as mulheres eram consideradas naturalmente mais expostas que os homens ao perigo sexual; no entanto, mais tentadoras e, daí, a necessidade de subordiná-las aos homens neste mundo. Para Agostinho, “a sexualidade ideal é despida de todo sentimento e desejo, e se justifica exclusivamente na procriação de filhos” (SCHOTT, 1996, p. 69).

É sintomático que a mulher tenha sido, desde a sua origem, nomeada pelo homem de acordo com a tradição bíblica. A metáfora da força do discurso pode ser ilustrada por essa passagem onde Deus diz: “não é bom que o homem esteja só. Vou fazer uma auxiliar que lhe corresponda” (Gênesis, 2,18). Outra referência importante é a da traição de Eva que contribui, mais uma vez, para a performatividade da figura feminina, como capaz dos atos mais infames, o que justificaria, inclusive, as dores do parto e a dominação masculina:

A serpente era o mais astuto de todos os animais dos campos que YAHWEH Deus tinha feito. Ela disse à mulher: “Então Deus disse: Vós não podeis comer de todas as árvores do jardim?” A mulher respondeu à serpente: “Nós podemos comer das árvores do jardim. Mas do fruto da árvore que está no meio do jardim, Deus disse: “Dele não comereis, nele não tocareis, sob pena de morte”. A serpente disse então à mulher: “Não, não morrereis! Mas Deus sabe que, no dia em que dele comerdes, vossos olhos se abrirão e vós sereis como deuses, versados no bem e no mal. “A mulher viu que a árvore era boa ao apetite e formosa à vista, e que essa árvore era desejável para adquirir discernimento. Tomou-lhe do fruto e comeu. Deu-o também ao seu marido, que com ela estava e ele comeu. Então se abriram os olhos dos dois e perceberam que estavam nus; entrelaçaram folhas de figueira e se cingiram (...) À mulher ele (YAHWEH Deus) disse: “Multiplicarei as dores de tuas gravidezes, na

dor darás à luz filhos. Teu desejo te impelirá ao teu marido e ele te dominará” (BÍBLIA de JERUSALÉM, 1985, GÊNESIS, 3, 1-7).

Por esses caminhos é que se percebe a performatividade não só da mulher, mas também do homem no mundo ocidental, como resultante em grande parte do discurso bíblico paralelo à construção social. A possibilidade de desconstrução do universalismo do discurso masculino, como categoria relacional e como superação do dualismo homem/mulher passa, portanto, pela análise da trajetória histórica percorrida pelos textos religiosos. Cremos, nesse contingenciamento, que a religião cristã teve um papel de destaque na definição comportamental de homens e mulheres no Ocidente.

Um possível reflexo desta tradição cultural comportamental religiosa é o que evidencia a Organização Mundial de Saúde - OMC (2000), ao atestar que em cada País onde estudos confiáveis em larga escala têm sido conduzidos, resultados indicam que entre 10% e 50% das mulheres relatam terem sofrido abusos físicos por um parceiro íntimo alguma vez em suas vidas. Mas, também relatam que entre 12% e 25% das mulheres já sofreram ataques ou foram violentadas sexualmente por seus parceiros ou ex-parceiros em alguma ocasião em suas vidas.

A partir das afirmações acima, nota-se que a religião tem a capacidade, assim como as outras esferas da sociedade, de ‘modelar’ as pessoas e as estruturas sociais, tamanha a sua influência. Tudo isso só é possível porque a produção operada na religião só é considerada por desempenhar um papel significativo e estruturante, que é aceito ou admitido pelo menos por uma grande parcela da população. Neste caso, a naturalidade da subordinação feminina. Embora não estejamos analisando nesta tese, particularmente, o aspecto das relações de gênero, entender como a negatividade sexual foi incidindo de forma diferenciada sobre homens e mulheres, bem como na Idade Média o espaço para o prazer sexual não direcionado à procriação foi sendo cada vez mais estreitado, se torna muito importante. Isto porque são essas as características que vão compondo uma concepção preconceituosa da sexualidade, que vai contribuir para uma postura negativa direcionada às pessoas soropositivas.

Visando aprofundar nossa compreensão da construção da sexualidade na Idade Média, voltamos a Schott (1996). A autora, numa crítica a Agostinho, afirma que, para ele

um bom cristão é aquele que em uma e mesma mulher ama a criatura de Deus a quem ele deseja seja transformada e renovada, mas odeia nela a conexão conjugal corruptível e moral, relações sexuais e tudo o que cabe a ela como esposa (SCHOTT, 1996, p. 75).

Agostinho, segundo a referida autora, também faz menção à relação de marido e mulher com o mandamento de amar os inimigos. Sem dúvida, a herança histórica agostiniana incorporada na cultura ocidental cristã, cadenciou e legitimou as práticas de violências submetidas às mulheres ao longo do tempo pelos seus parceiros.

Na perspectiva, ainda, de Schott (1996), toda a culpabilidade à desobediência de nossos primeiros pais sobre o ato sexual foi creditado a uma mulher (Eva).

Devido a esse ato de desobediência de nossos primeiros pais, a atividade sexual jamais escapará à sua origem pecaminosa. Embora o propósito do contrato nupcial seja a procriação de filhos, mesmo quando o sexo é praticado para a produção de prole legítima, é permeado do pecado original (SCHOTT, 1996, p. 77).

Schott (1996) assinala uma das grandes contradições do pensamento de Agostinho ao tentar definir o lugar da sexualidade. Embora ele argumente que a procriação é a meta do casamento, afirma que a identificação da mulher com a procriação se acha inevitavelmente impregnada de pecado. E acrescenta, ainda, que já existem almas suficientes para encher o céu. “Se os homens permanecessem celibatários, o fim do mundo e o tempo da bem-aventurança seriam apressados” (SCHOTT, 1996, p. 77).

Para Schott (1996), Tomás de Aquino (século XIII) reafirmou esses antigos valores ascéticos agostinianos e incorpora-os numa base inteiramente racionalista:

Agostinho se ocupava do controle da vontade sobre o corpo, Tomás de Aquino procurava o controle exercido pela razão. O pensamento de Tomás denuncia o surgimento do racionalismo e o interesse pelas ciências naturais no mundo cristão (SCHOTT, 1996, p. 82).

A referida autora afirma que o ideal do ascetismo cristão que se desenvolveu no seio da Igreja foi também amplamente incorporado às crenças e práticas populares.

O ascetismo tornou-se uma força influente não só nos conventos, mas também na vida cotidiana da Idade Média. Pensava-se em geral que a prática de um rígido ascetismo assegurava a santidade de uma pessoa. As práticas ascéticas aparentemente dotavam o adepto de um poder espiritual possibilitado pela renúncia ao corpo. (...) O crescimento do culto a Maria, com sua glorificação da virgindade, atesta a vigência da opinião de que as mulheres devem ser purificadas de uma sexualidade corruptora (SCHOTT, 1996, p. 83).

Destaca a autora que as mulheres comuns que se tornavam mães e, com isso, perdiam sua virgindade não podiam em suas mentes, ou nas mentes de outros, serem identificadas com essa imagem idealizada da mãe. Para ela, “o culto de Maria não elevou a posição das mulheres, mas deu mais bases para a sua subordinação” (SCHOTT, 1996, p. 84).

Nota-se que a construção desta concepção cristã da sexualidade, tendo Maria como modelo inalcançável e Eva como mulher traidora e não confiável, tanto traz em si a presença do preconceito em relação à própria sexualidade quanto ao gênero feminino, uma vez que a relação sexo-pecado é feita muito mais sobre a sexualidade feminina. O resultado desse preconceito é uma identidade feminina fragilizada e subordinada que pode levar à permissão cultural da hierarquia entre o masculino e o feminino, resultando no patriarcado atual.

Além do mais, o ascetismo sexual incorporado no cristianismo pelos Pais da Igreja contribuiu para determinar todo o ideal moral sexual da concepção judaico-cristã do Ocidente. A visão de Tomás de Aquino, segundo Schott (1996), sobrecarrega o preconceito de gênero, em detrimento ao sexo feminino. “Se a criação de Deus é em tudo boa, é um enigma para Tomás como um ser tão imperfeito como a mulher podia ter sido feito no ato original da criação”. (SCHOTT, 1996, p. 85).

Para Schott (1996), na visão de Tomás de Aquino, como a mulher é culpada de pecado de concupiscência, o marido é efetivamente justificado em agir de forma coercitiva para com ela. Schott (1996) critica Tomás de Aquino quando ele ameniza o pecado do desejo sexual dos homens. Os homens praticam o ato sexual por causa das necessidades das mulheres.

As afirmações de que o ato sexual só ocorre devido à necessidade das mulheres e justificando o comportamento masculino, dá-nos a chave para compreendermos a reinterpretação do modelo patriarcal. Aqui está o espaço em que a sexualidade patriarcal ganha validade no contexto cultural do Ocidente e o preconceito vai sendo instaurado em toda a dimensão da vida humana, onde se legitima e institucionaliza-se a submissão feminina.

Tanto Schott (1996) quanto Heinemann (1999) afirmam que o cristianismo, por meio dos mentores da igreja, foi o fiel guardião do ascetismo sexual da antiguidade, especificamente do estoicismo. Destaca-se um elemento comum entre estoicos e cristãos que foi certa desintegração do casamento na medida em que a esfera sexual dele se desvinculava, ora vista sob o aspecto do prazer, ora sob o da procriação. No entanto, diferentemente do casamento “o ato conjugal permanece na esfera do prazer carnal; fracassa a tentativa de integrá-lo, continuando a ser estigmatizado pela desconfiança perante toda a busca do prazer” (HEINEMANN, 1999, p. 25). Com isso, sacraliza-se a noção de que o sexo tem de ter finalidade procriadora, caso contrário será visto sob o estigma negativo do prazer e não à luz do amor. Portanto, idealiza-se e normatiza-se uma concepção de sexualidade para o Ocidente como algo ruim que jamais poderia ter sido criado por Deus.

A base do julgamento da sexualidade, cuja única finalidade é a procriação, e a concepção de natureza, segundo Ceccarelli (1998;2000), foram as referências para a concepção do sexo natural como único normal. A partir de tal noção, qualquer ato sexual que não seja direcionado à procriação é visto como depravação (*pravus*) e definido como “contra a natureza”. Discurso que se baseia na concepção teológica de uma Natureza (*physis*), herdeira do pensamento grego, em particular de Aristóteles. “Sustenta-se que existem inclinações naturais nas coisas, e que tudo que é natural apraza a Deus, logo é bom” (CECCARELLI, 1998, p. 79). Afirma o autor que é nesta perspectiva que São Tomás de Aquino qualifica certas práticas sexuais como “contra a natureza” alegando uma natureza comum aos homens e aos animais. Assim, toda vez que a sexualidade se desvia da finalidade primeira que a referência animal nos mostra, na união de dois órgãos sexuais diferentes, estamos diante de uma perversão. Ou seja, toda forma de sexualidade que não se encaixe nesse imaginário (constructo normativo) é tida

como desviante ou patológica (SCHOTT, 1996; HEINEMANN, 1999; CECCARELLI, 1998/2000; RIOS, 2007).

O Gnosticismo foi, também, outra corrente de pensamento que, segundo Ceccarelli (2000) e Heinemann (1999), influenciou profundamente a moral cristã. Essa corrente pregava que o mundo - mau como era -, só poderia provir do demônio e que o deus só poderia ter criado a alma. Para os referidos autores, a única solução que pregavam os gnósticos eram as pessoas se manterem castas. Embora, sobre vários aspectos, o cristianismo tenha resistido ao pessimismo gnóstico, ele adota amplamente a idealização da castidade como algo mais próximo de Deus e como caminho para a salvação plena da alma.

Para Cartwright (1972), Ceccarelli (2000), Schott (1996) e outros, foi a partir da tradição estoica, agregada aos guardiões judaico-cristãos, acrescida da concepção teológica de uma Natureza (*physis*) herdeira do pensamento grego, em particular de Aristóteles, que deu origem ao discurso que separa as práticas sexuais em normais e anormais ou perversas e desviantes.

Entendemos que o catolicismo ainda vê a sexualidade como algo intrinsecamente mau, que deve ser tolerado basicamente por ser necessário à procriação. Essa ideia, segundo Penélope Ryan, é baseada tanto nas Escrituras do primeiro como do segundo testamento.

O estudo da Escritura revela que boa parte dela foi escrita contra o pano de fundo de uma cultura patriarcal, que via as mulheres e a sexualidade como perigosos e temíveis, embora necessárias para a continuação da vida. De um modo geral, qualquer coisa ligada ao sexo foi alvo de suspeita por parte do cristianismo; até recentemente, negou-se aos cristãos qualquer ideia de sexo como algo a ser celebrado com alegria (RYAN, 1999, p. 110-11).

Em suma, foi a partir do constructo desta concepção cultural da sexualidade que a moralidade cristã hoje, como no passado, situa os principais pecados da humanidade nos quartos de dormir (HEINEMANN, 2000, p. 47).

A partir da afirmação dos autores acima, nota-se que as heranças históricas sobre a sexualidade tornaram-se para o Ocidente um dispositivo de controle social.

Nesta mesma perspectiva, afirma Foucault (1988) que a maneira de ver o sexo e as práticas sexuais orientou-se muito mais no sentido de organizar procedimentos e estabelecer critérios para separar o lícito do ilícito, o socialmente

aceito do que é visto com reservas pela sociedade, o que está de acordo com as normas médicas do que se caracteriza como anomalia.

Como forma de controle por meio do dispositivo da sexualidade, estabelece-se, então, a obrigatoriedade das confissões no Ocidente, a partir da Idade Média. Na individualidade, o penitente com a divindade, tendo o confessor como mediador, revelava todas as intimidades ao confessor, e os vínculos com os outros(as) começou a vir à tona. O discurso da obrigatoriedade da verdade passou a ser considerado autêntico. Nota-se que essa nova postura de autenticidade das intimidades (sexualidade) impactou o ser humano no Ocidente de tal forma que hoje está profundamente enraizada à cultura.

O ato ritualístico de confessar passou, especificamente, para outras áreas: psicólogos e psiquiatras. Embora a confissão não seja tão importante para a grande maioria das pessoas hoje, o vício do autoexame, da busca da culpa, do remorso, da tortura que cada um impõe a si mesmo sobre as práticas da sexualidade, acontece independentemente dos elementos coercitivos externos.

A discussão do prazer no ato sexual, de como acontecia o ato sexual e dos perigos e pecados ligados a práticas sexuais desviantes e tantas outras posições repressoras, marcou as bases preconceituosas da igreja dos primeiros séculos, que subjazem a formação dos ideais sobre sexualidade em nossa cultura cristã ocidental e vai interferir na forma como os SPP/HIV/AIDS veem a si mesmos e são vistos pelos outros.

## **1.6 O medo enquanto elemento constituinte do preconceito presente na construção da concepção da doença**

Como nesta tese nos ocupamos em analisar a relação entre religião e HIV para os soropositivos, entende-se que nessa relação destaca-se a presença do medo enquanto elemento articulador entre as concepções de doença e de sexualidade, compondo, assim, uma tríade que incidirá na concepção do HIV e nas diferentes formas de enfrentamento do mesmo. Entende-se, também, que as representações religiosas sobre a sexualidade e a doença, construídas ao longo da história, mais precisamente no contexto da experiência da peste, fenômeno ocorrido na Europa na Idade Média, foram construídas sob o signo do medo

resultante de tais experiências. As repercussões de tais construções se fazem presentes ainda hoje, gerando e sustentando a presença do preconceito quando se refere à articulação feita entre HIV, sexualidade, doença e morte. Em tais representações, à concepção de sexualidade atrela-se uma determinada concepção de morte e de vida. Associado a esta concepção, o SPP/HIV/AIDS representa um risco iminente, tanto físico quanto moral. Assim, diante da experiência do desconhecido (SPP/HIV/AIDS), semelhante ao que ocorreu na Europa na Idade Média, se produziu representações apoiadas na ideia de doença contagiosa, incurável e mortal, recrudescendo o conceito de peste, cujo significado representava uma ameaça extrema à sociedade, atrelada a atitudes de evitamento daquele que a portava. Essa forma de conceituar a doença serviu de pretexto para retirá-la do campo das doenças comuns, transmutando-a para o campo das doenças malignas, onde o SPP/HIV/AIDS é culpabilizado e estigmatizado.

Afinal, o que são essas doenças transmutadas do campo comum para as doenças malignas?

Para Berlinguer (1988, p. 33), “a doença é um fenômeno vital (...). Ela não representa mais do que uma das maneiras na qual pode manifestar-se a vida dos corpos organizados”. Ou seja, a doença nada mais é do que um dos aspectos da vida humana, mesmo que seja de aspecto prevalentemente negativo. Tanto é verdadeira esta afirmação, segundo o referido autor, que os sinônimos listados da doença são: enfermidades, indisposição, mal, moléstia, incômodo, sofrimento e perturbação.

Ainda para Berlinguer (1988, p. 38), a doença, enquanto sofrimento na vida das pessoas, tende a causar, naturalmente, perda do poder físico e da dignidade humana. Se muitas vezes, no passado, a doença foi motivo de culpabilização do indivíduo, no presente não estamos livres deste julgamento em relação aos dependentes químicos, trabalhadores do sexo.

Berlinguer (1988, p. 51) alerta que enquanto as diversidades (doenças contagiosas) são vistas pela sociedade como anormalidade, desvio ou mesmo inferioridade pela grande maioria da população, a sociedade ainda está reforçando socialmente o aspecto negativo da doença.

O fato de se apontar a doença negativa como perigo para a humanidade, por outro lado, tem incentivado a segregação dos doentes desde a Antiguidade

como se fazia com os leprosos e a peste negra, e como se vem fazendo na atualidade com os portadores do HIV/AIDS.

Por outro lado, ainda segundo Berlinguer (1988, p. 132), a doença pode ser vista também de maneira positiva, já que ela pode constituir-se em estímulo para a busca de novos conhecimentos, à tomada de conhecimento do próprio corpo e a cooperação solidária entre indivíduos e instituições. Da doença pode emergir efeitos de sentimentos de solidariedade entre pessoas vizinhas, longe e mesmo desconhecidas. O autor cita o fato histórico de que a solidariedade para com os doentes deu origem às sociedades de auxílio mútuo e que, por sua vez, estas sociedades (sindicatos, instituições de caridade) se constituíram em embriões de solidariedade humana no mundo.

Para se tratar do contexto histórico da construção da concepção da doença, analisar-se-á a partir do encontro de três campos: medo, doença e preconceito. O resultado desse encontro vai marcar a concepção de uma construção preconceituosa, tanto da sexualidade quanto da doença. Esses preconceitos se somam ao caso das doenças estigmatizadas. O propósito é investigar, primeiramente, como ocorre a construção do estigma/doença marcada pelo preconceito. Um dos pontos de partida para tal construção é entendermos o medo e a relação deste com a concepção de doença e morte.

Para Elias (1993a, pp.456-459; 1993b, pp.199-202; 1997 p.73), medo pode significar pavor, terror, mas também pode significar angústia em relação ao desconhecido, ao que está por vir. A intensidade do medo está, portanto, relacionada com o nível de conhecimento do homem sobre aquilo que lhe causa o medo, indo desde o medo imediato das ações de outros homens, medo de sofrer violência física imediata, pavor, terror, passando a um tipo de angústia em relação ao desconhecido, ao que poderá vir. Essa relação torna-se mais visível quando o homem depara-se com os perigos advindos da natureza não humana.

Em perspectiva semelhante a de Elias, Delumeau (1989, p. 25) afirma que a psiquiatria separou, no plano individual, o medo e a angústia, “outrora confundidos pela psicologia clássica”. Medo e angústia são “dois polos em torno dos quais gravitam palavras e fatos psíquicos ao mesmo tempo semelhantes e diferentes”. O temor, o espanto, o pavor ou o terror devem ser considerados como medo; já os sentimentos de inquietação, de ansiedade e de melancolia devem ser

considerados como angústia. A diferença está em que o medo possui “um objeto determinado ao qual se pode fazer frente”, pois se refere a algo conhecido. Já a angústia não possui, nem conhece esse objeto, sendo “vivida como uma espera dolorosa diante de um perigo tanto mais temível quanto menos claramente identificado: é um sentimento global de insegurança” (DELUMEAU, 1989, p. 25).

Para Delumeau, a necessidade de nos sentirmos seguros “é fundamental; está na base da afetividade e da moral humana. A insegurança é símbolo de morte e a segurança, símbolo da vida” (DELUMEAU, 1989, p. 19).

Pelo que se pode apreender da leitura dos autores acima, a história do ser humano é uma história de embates e diálogos permanentes com o medo (DELUMEAU, 1989, p. 12), pois a necessidade de segurança é fundamental e está na base da afetividade e da moral humana; a “insegurança é símbolo de morte e a segurança é símbolo da vida” (p. 19). É, portanto, um erro não levar a análise da angústia até o enraizamento na necessidade de conservação ameaçada pela previsão da morte. O ser humano é o único ser que sabe que morrerá e é também o único ser no mundo a conhecer o medo num grau tão temível e duradouro (p. 19). Com esta afirmação, Delumeau (1989) faz uma estreita relação entre o medo, essa “emoção-choque, frequentemente precedida de surpresa, provocada pela tomada de consciência de um perigo presente e urgente que ameaça, cremos nós, nossa conservação” (p. 23) e a certeza da morte como aspectos correlatos da condição humana. Sendo assim, a história de enfrentamentos e de diálogos com o medo se constitui também em uma história de enfrentamentos e de diálogos com a morte. Nesse mesmo sentido afirma também Bauman:

(...) a maior descoberta feita pela espécie humana, descoberta que a tornou tão especial e sua paz de espírito, sua sensação de segurança, tão difícil de alcançar, foi a da fatalidade da morte, universal, inevitável e intratável, a aguardar todos os indivíduos. O ser humano é a única criatura que sabe que vai morrer e que não há como escapar da morte (BAUMAN, 2000, p. 39).

A experiência real da morte é individual e solitária. O ser humano é o único que pode antever a morte e filosofar sobre ela. É o único que tem consciência da morte e, por isso, segundo Edgar Morin (1997), teme a morte por medo da desintegração de sua individualidade. Nessa individualidade encontramos os nossos desejos, a afirmação do nosso eu, quem somos, o que queremos, o que

fizemos, quem amamos, tudo aquilo que acreditamos que nos pertence e, portanto, constrói e legitima a nossa existência. Vivemos em conflito entre a constatação que somos seres mortais e o desejo da imortalidade. Este conflito, segundo Morin, gera uma tensão que resulta em angústia: “a ideia da morte surge a partir de uma emoção, de um sentimento, de uma consciência da perda da individualidade” (MORIN, 1997, p. 33).

Entendemos que cada cultura possui uma forma particular de lidar com a perda. Essa forma particular abrange um conjunto de métodos, mais ou menos padronizados que, no entanto, envolve um conjunto de crenças, ritos e expectativas. A morte é a única experiência social que nenhuma pessoa pode delegar e transferir a outrem. Nem a ciência e o cientista conseguem prever com exatidão. É por este motivo que a experiência da morte exige significados religiosos. Como a religião sintetiza a vida e dá sentido à história do povo, ela vem tentando responder a essa necessidade humana e social. Quais respostas têm sido dadas por ela?

As tradições religiosas ao longo do tempo incutiram nas diferentes culturas, de alguma forma, crenças e valores sobre a morte, a considerar que os mortos devem ser colocados em lugares determinados de acordo com o comportamento em vida. Especificamente, a tradição cristã propaga que aqueles que foram bons durante a vida irão para um lugar eterno, e os que se comportaram de uma forma má, aqui na terra, descem para as profundezas e permanecem pagando pelos seus pecados.

Nesse sentido, Chauí (1987, pp. 36-9), em ensaio sobre o medo, após elencar os diferentes significados conferidos ao mesmo, afirma que todos os tipos de medo convergem, em todos os tempos, para o principal deles, o medo da morte e “de todos os males que possam simbolizá-la, antecipá-la, recordá-la aos mortais”, e de todos “os entes reais e imaginários que sabemos ou cremos dotados de poder de vida e de extermínio”, tais como, a “cólera de Deus”, a “manha do Diabo”, a “crueldade do tirano”, a peste, a fome, o fogo, as guerras (p. 36).

Se a morte se apresenta aos seres humanos como o perigo matriz, do qual surgem todos os medos e angústias, como se relaciona com esse medo as concepções de doença e especificamente, os SPP/HIV/AIDS?

Medo e angústia foram as frases mais mencionadas durante as entrevistas com os participantes da pesquisa. O diagnóstico que confirma a soropositividade, sem dúvida, coloca o sujeito na porta da morte, causando muito conflito, angústia, medo, culpa e revolta, além de ameaçar o próprio futuro. A angústia pela possibilidade da morte é um fator dificultador e gerador de sofrimento. Todos os participantes da pesquisa falaram que no princípio da doença não tem como não visualizar a morte, mas com o tempo, as coisas foram mudando, dando maior destaque ao preconceito.

Para Beloqui (1992), quem experimenta a sensação da morte em um futuro mais próximo pode gerar muita dor, medo e angústia, mas, ao mesmo tempo, pode trazer o sujeito mais para o presente. No caso das pessoas com HIV/AIDS, algumas afirmaram que depois da comprovação da soropositividade, aprenderam a dar muito mais valor à vida.

Em relação à concepção da doença, com os medos que a acompanham, no caso dos soropositivos, estes estão remetidos cotidianamente à condição de adoecer e de vir a falecer. Assim, saber que poderá morrer deixa a pessoa em condições de pensar os modos como vai querer viver, considerando a sua situação atual. Tal experiência é relatada por um dos familiares que quis expressar a sua situação junto aos participantes da pesquisa.<sup>9</sup>

A pessoa, quando descobre que tem alguém na família com HIV/AIDS, pensa que ele vai morrer logo. No começo eu fiquei quase louco. Surgem todas as inseguranças e angústias. Naquele tempo era um mundo desconhecido, isso em 1990. A gente ouviu falar e estourou no meu filho. (Morreu 15 dias depois e logo veio falecer também a esposa) Ele adquiriu o vírus e passou para a esposa e as minhas duas netas nasceram com o vírus. Procurei entender, convivendo e acreditando profundamente em Deus (EEG/sn/m/65 anos).

Nota-se, nas afirmações acima, a importância da religião para dar sentido e significados às realidades sociais e humanas.

Seguindo esta perspectiva, Bauman (2000, p. 39) entende o ser humano como a única criatura viva que sabe de sua transitoriedade, ele tem que imaginar a eternidade, “uma existência perpétua que, ao contrário da sua, não tem começo nem fim”, mas que entre ela e a existência real há uma frágil conexão, contingente e quebradiça “sempre vulnerável, a ponto de se romper a qualquer

---

<sup>9</sup> Não incluído junto aos participantes da pesquisa por não ser SPP/HIV/AIDS

momento”. Continua o referido autor afirmando que “sejam quais forem os laços e pontes seguros e permanentes entre as duas existências, têm ainda que ser descobertos ou construídos, vigiados continuamente e regularmente servidos”. (BAUMAN, 2000, p. 39)

A partir do pensamento de Bauman, pensa-se que é nesse processo de enfrentamento e de tentativa de criação e de manutenção de laços de conexão entre a existência real e a eternidade imaginária que se insere grande parte do pensamento cristão-católico sobre a doença e a morte. Afirma o referido autor:

(...) a sua forma bruta, o medo existencial que nos torna ansiosos e preocupados é incontrolável, intratável e, portanto incapacitante. A única maneira de suprimir essa verdade horripilante é dividir o grande medo esmagador em pedacinhos menores e controláveis – reformular a grande questão (sobre a qual nada podemos fazer) num conjunto de pequenas tarefas ‘práticas’ que podemos esperar realizar. Nada acalma mais o ser pavoroso que não conseguimos erradicar do que se preocupar e ‘fazer algo’ a respeito do problema que podemos enfrentar (BAUMAN, 2000, pp.51-52).

De certa maneira, a afirmação de Bauman se aproxima ao que afirmara Delumeau (1989, p. 32), que o Ocidente, na idade média, encontrou um inimigo comum, que sintetizava todos os medos: o combate à peste, que assolava a Europa naquele período. O combate à peste se constrói, então, nos entremeios das concepções de carne (corpo) e espírito (alma).

(...) é preciso acentuar que as atitudes em relação ao corpo eram governadas pela concepção dualista sobre a qual se construía toda representação do mundo. Ninguém colocava em dúvida que a pessoa fosse formada de um corpo e de uma alma, que fosse partilhada entre a carne e o espírito. De um lado, o perecível, o putrescível, o efêmero, o que deve voltar a ser pó, que, no entanto, é chamado a reconstituir-se para ressuscitar no último dia; do outro, o imortal. De um lado o que é atraído para baixo pelos pesos, pelas opacidades das substâncias carnis; do outro, o que aspira à perfeição celeste. O corpo, portanto, é considerado perigoso: é o lugar das tentações; dele, de suas partes inferiores, surgem naturalmente as pulsões incontroláveis; nele se manifesta o que depende do mal, concretamente, pela corrupção, pela doença, pelas purulências às quais nenhum corpo escapa; sobre ele se aplicam os castigos purificadores que expulsam o pecado, a falta (DUBY, 1990, p. 515).

Para Corbin, Vigarello e Courtine (CORBIN *et. al.*, 2008, p. 11), o corpo foi o resultado de uma das várias tensões vividas na idade média, porque a "dinâmica

da sociedade e da civilização medievais resultava de tensões". E uma das principais tensões no período "é aquela entre o corpo e a alma". De um lado, o corpo é fruto da benção e da glorificação, principalmente religiosa (quando se trata do corpo de Cristo) e, de outro, é "desprezado, condenado, humilhado". Isso porque "o corpo cristão medieval é de parte a parte atravessado por essa tensão, esse vaivém, essa oscilação entre a repressão e a exaltação, a humilhação e a veneração" (p. 13).

Delumeau (1989, pp.32-33) já havia evidenciado perspectiva semelhante. Afirma o autor que, uma vez tendo identificado Satã como o personagem síntese de todos os males que geravam medos fragmentados, derivados do medo matriz (o medo da morte), o discurso eclesástico "reduzido ao essencial foi, com efeito, este: os lobos, o mar e as estrelas, as pestes, as penúrias e as guerras são menos temíveis do que o demônio e o pecado, e a morte do corpo menos do que a da alma" (p. 32). Dessa forma os responsáveis pelos medos foram apontados pela inquisição em dois espaços: de um lado, os bodes expiatórios conhecidos (heréticos, feiticeiras, turcos, judeus); de outro, cada um dos cristãos que não tomasse cuidado e se tornasse agente de Satã, "daí a necessidade de certo medo de si mesmo"(p. 32).

Como ter medo de si era, afinal, ter medo de Satã, tal medo poderia ser enfrentado, pois Satã é menos forte que Deus. É nesse contexto que o conceito cristão de doença foi sendo construído. Em tal contexto, a doença se constitui como um forte estigma.

A construção do conceito de estigma inicia-se com o trabalho do sociólogo e antropólogo Erving Goffman, na década de 60. Para Goffman (1991), a palavra estigma está relacionada ao conceito de marca, sinal distintivo ou impressão. De acordo com a história, o termo estigma foi criado pelos gregos "para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o *status* moral de quem a apresentava" (GOFFMAN, 1991, p. 5). A pessoa estigmatizada era aquela marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1981, p. 5).

Para Delumeau (1989), a primeira reação das pessoas numa realidade social inexplicável, era o de acusar outrem. A prática de "nomear culpados era reconduzir o inexplicável a um processo compreensível" (DELUMEAU, 1989, p.

140). Porém, precisava-se por em ação o remédio para impedir os semeadores de morte e de continuar sua obra nefasta. Era preciso identificar os causadores.

Se a epidemia era uma punição, era preciso procurar bodes expiatórios que seriam acusados inconscientemente dos pecados da coletividade. Por muito tempo, as civilizações antigas procuraram apaziguar por meio de sacrifícios humanos a divindade encolerizada (DELUMEAU, 1989, p. 40).

Para Delumeau (1989), leprosos foram efetivamente acusados, em 1348-1350, de terem espalhado a peste negra. “O aspecto horrível de suas lesões passava por ser uma punição do céu” (p. 40).

Ainda para Delumeau (1989), os culpados potenciais, sobre os quais pode voltar-se a agressividade coletiva e o estigma, eram em primeiro lugar os estrangeiros, os viajantes, os marginais e todos aqueles que não estavam bem integrados a uma comunidade, seja porque não queriam aceitar suas crenças, ou por serem portadores de doenças infecciosas.

Para Delumeau (1986), por mais chocada que estivesse uma população atingida pela peste, procurava-se explicar o ataque de que era vítima. Para o cristianismo o desafio era encontrar as causas de um mal e recriar um quadro tranquilizador para a população.

A primeira atribuí a epidemia a uma corrupção do ar (...). A segunda era uma acusação: semeadores de contágio espalhavam voluntariamente a doença; era preciso procurá-los e puni-los. A terceira assegurava que Deus, irritado com os pecados de uma população inteira, decidira vingar-se. Portanto, convinha apaziguá-lo fazendo penitência (DELUMEAU, 1986, p. 138).

No segundo século depois de Cristo, a Europa foi assombrada por pragas e epidemias contagiosas. Para Ceccarelli (2000), foi exatamente neste ameaçador ambiente de desespero, terror e morte que o cristianismo oferecia uma esperança nova em relação às outras crenças presentes na Roma Antiga. O cristianismo oferecia a promessa de ressurreição após a morte como recompensa eterna para aqueles que de uma forma sincera se arrependessem de seus pecados. “Deus, irritado com os pecados de uma população inteira, decidira vingar-se. Portanto, convinha apaziguá-lo fazendo penitência” (DELUMEAU, 1986, p. 138). As promessas de vida eterna que o cristianismo prometia aos convertidos eram vistos para a época como sinais da intervenção divina que

tinham o poder de curar doenças e de desafiar a própria morte (Ceccarelli, 2000). Na bíblia, o evangelista São Lucas cita vinte milagres de Jesus e apenas três não são de cura de doenças: o apaziguamento da tormenta (Lc 22,24); a pesca milagrosa (Lc 5,6) e a multiplicação dos pães (Lc 9,12-17). As outras onze citações tratam de milagres e de cura de doenças e invalidez. Quatro citações tratam da expulsão de demônios e outras duas citações são de mortos que retornam à vida. Lê-se: "Convocando os Doze, deu-lhe poder e autoridade sobre todos os demônios, bem como para curar doenças, e enviou-os a proclamar o Reino de Deus e a curar" (Lc 9,1).

Nesta perspectiva de análise, afirma Ceccarelli (2000) que o crescimento da igreja católica foi estimulado pela sua missão especificamente médica em um contexto de pragas sucessivas, doenças, sofrimento e morte de pessoas. Formou-se assim aquilo que se pode chamar do "culto de Cristo o Curador" (CARTWRIGHT, 1972, p. 23). Ainda na perspectiva de Cartwright (1972), Cristo pode ser considerado um dos maiores e mais bem sucedidos fundadores de um novo sistema de medicina. Afirma Ceccarelli (2000) que a partir desta perspectiva do "Cristo o Curador" é possível afirmar que as pequenas comunidades cristãs transformaram-se. Na metade do terceiro século, em 313 d.C, no período da oficialização do cristianismo por Constantino o Grande, a prática da medicina passou para as mãos da igreja católica.

No império bizantino, médicos e sacerdotes confundiam-se e os cristãos continuaram a tradição judaica de cuidados caritativos de pobres e doentes, sob forma de enfermagem. As primeiras igrejas e os primeiros hospitais seguiam o mesmo plano arquitetônico: um altar central desembocando em duas ou quatro longas naves, ou áreas, das quais saíam pequenas capelas, cada uma dedicada a um santo. Nos hospitais, o tratamento estava nas mãos dos padres, assistidos por voluntárias que se transformariam, mais tarde, nas irmãs de caridade. As doenças eram combatidas pela evocação de agentes sobrenaturais (CECCARELLI, 2000, p. 23).

Ainda para Ceccarelli (2000), o resultado desta concepção da doença era sem dúvida uma prática de normatização e assimilação da doença como um castigo que resultava do pecado ou de uma falta na pureza moral da vida cristã. A cura, se Deus assim o quisesse, segundo Ceccarelli (2000), só poderia ocorrer

por intervenção divina. Tal cura, porém, não vinha apenas de Deus, mas também pela invocação dos penitentes e a intercessão dos santos do catolicismo.

Essas concepções da estruturação nas práticas sociais e culturais da doença como um castigo resultante do pecado, entendem-se como um processo de socialização e internalização de valores, crenças e normas que foi sendo introjetada e integrada na cultura humana, tendo como fator determinado uma prática preconceituosa nas relações sociais e humanas.

Em relação ao HIV/AIDS, dá para enumerar diversos estigmas dessa doença que *a priori* lança-se a culpa nos portadores. Doença de homossexuais, de comportamento promíscuo, de pessoas que consomem droga, doença oriunda da prática sexual promíscua. O comportamento imoral das pessoas portadoras do vírus virou o símbolo da compreensão da propagação da AIDS e, com isso, a virose se tornou a principal doença do século em que se culpa a vítima.

Por isso, que o maior inimigo a combater é o próprio “vírus” do preconceito.

O ‘vírus’ mais difícil de combater no controle epidemiológico e na prevenção da disseminação do HIV, tem sido o preconceito cujas origens encontram-se na ideia, velha de mais de 2000 anos, de pecado e punição pela prática de uma sexualidade ilícita (CECCARELLI, 2000, p. 23).

Como nos lembra Goffman (1891), fazemos vários tipos de preconceitos e discriminações contra pessoas, por meio dos estigmas que acabam detonando reações e comportamentos de evitação e repulsa, e até mesmo reações violentas, “muitas vezes sem pensar, reduzimos as chances de vida de quem sofre” (p. 8 ). Nota-se que tal questão é fruto de um processo social e histórico das relações sociais que se utiliza para analisar as pessoas consideradas menos valorizadas, criando assim, rótulos que estigmatizam, discriminam e excluem. Assim, como afirma uma das entrevistadas:

Na rua, quando eu passava, havia preconceito. Na firma, com o passar do tempo todos os setores de trabalho já sabiam que eu era soropositivo. Eu passava nos corredores e eles diziam que eu tinha que morrer. Na escola chegou o ponto de dizerem para mim que os meus filhos estavam todos padres de AIDS e teriam que morrer (PCP/sp/f/38 anos).

A experiência vivida pela colaboradora da pesquisa reflete exatamente o sofrimento e o drama de pessoas que são submetidas quando o vírus HIV/AIDS

torna-se público. Por isso há necessidade da manutenção da SSP/HIV/AIDS em segredo, devido às dificuldades com relação à cotidianidade e a inserção e a manutenção no mundo social e do trabalho destas pessoas.

Eu trabalhava muito antes da comprovação da soropositividade. Não dependia desta Instituição (ONG). Agora a gente fica o dia todo em função de pegar remédios, fazer exames, entregar atestados em instituições, burocracias. Você vai buscar emprego e você fala que é soropositivo, pronto, a sua ficha some (NMC/sp/f/40 anos).

Pode-se constatar que a partir das afirmações dos participantes da pesquisa, entra-se num autojuízo negativo e uma incerteza quanto ao juízo negativo alheio, em função dessas representações, advindas do preconceito. Vivenciam emoções singulares permeadas de sofrimento dentro de um contexto repleto de significados, entre os quais: o medo do abandono, de revelar sua identidade social e o julgamento moral, a culpa pelo adoecimento, a impotência, a fuga, a clandestinidade, originados e construídos pelo real convívio com o social, que reforça os hábitos e as expectativas profundamente enraizados numa sociedade preconceituosa, construída e analisada pela moral e, sobretudo, a moral sexual.

Outra participante da pesquisa que se encontrava exatamente no hospital especializado em atendimento à doença relata que

(...) estava num posto de saúde e tinha uma pessoa ao lado dela com um papel e ela conseguiu ler que aquela pessoa era HIV. A pessoa se levantou e veio até mim e me falou que era para eu me cuidar daquela pessoa porque ela tinha HIV/AIDS (l/sn/f/ 31 anos).

O medo e a ignorância na compreensão da doença, devido à introjeção cultural do preconceito reduzem, de fato, as chances de vida de quem mais sofre. A análise acima dos entrevistados SPP/HIV/AIDS nos permitiu observar que o estigma está presente na experiência de ser soropositivo. O estigma se expressa no controle da informação por meio do segredo e dos artifícios utilizados para omitir a veracidade da soropositividade para a sociedade, sendo esta a forma para evitar sofrimento pela descoberta do HIV/AIDS. O medo de ser descoberto e o cumprimento da rotina de tratamento foram relatados como fontes de muito sofrimento. 'O preconceito ocorre quando eu me relaciono pela internet, as

peças me conhecem e querem sair comigo. Eu conto que sou HIV, a maioria das peças não querem nem mais conversar comigo na rede' (VMS/sp/f/ 50 anos). A participante da pesquisa acha que as peças são muito preconceituosas e afastam o SPP/HIV/AIDS de todo e qualquer convívio, inclusive o virtual, ou seja, você não pode revelar. No entanto, para os entrevistados, manter a doença em segredo é, em si, fonte de sofrimento cotidiano pelo receio de que a qualquer momento o enigma da doença pode se revelar ao outro, ao alheio.

O aumento maior do pavor dos portadores, segundo Paulilo (1999), ocorreu pelo fato dessa doença ser apresentada pela ciência médica e divulgada pela mídia como uma doença letal e que o contágio ocorria pelo sexo. Estes componentes emocionais, provocados pela doença e profundamente enraizados pela cultura, causaram enorme impacto no plano simbólico. Enfim, a incerteza da ciência, os mecanismos de transmissão, as representações ligadas às catástrofes e as pestes foram (re)criadas e difundidas na mesma intensidade que tomou conta de uma sociedade que se percebeu novamente vulnerável à doença.

Paulilo (1999) destaca que a partir dos anos setenta, as investigações epidemiológicas iniciais passaram a buscar ativamente os fatores de riscos associados à doença, dando início "aos grupos de risco". Esta expressão marcou profundamente a construção social e histórica da AIDS, implicando a discriminação, o estigma, o preconceito e a exclusão de indivíduos contaminados. Significa a oficialização da discriminação do indivíduo que não se comporta de acordo com os padrões morais pré-estabelecidos pela sociedade.

Em função dessas representações sociais pré-estabelecidas, advindas do preconceito e da ignorância, as peças com o HIV /AIDS vivenciam emoções singulares permeadas de sofrimento dentro de um contexto repleto de significados, entre os quais: o medo do abandono, de ser julgado e de revelar sua identidade social, a culpa pelo adoecimento, a impotência, a fuga, a clandestinidade, a omissão, a exclusão e o suicídio, originados e construídos pelo real convívio com o social que reforça os hábitos e as expectativas e que estão profundamente enraizados numa sociedade preconceituosa (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p. 207).

Em seguida, passa-se a utilizar a expressão comportamento de risco, cujo objetivo era retirar o peso do estigma dos grupos. Entretanto, Carneiro (2000) afirma que este conceito também fracassa, pois, tende a acentuar a

culpabilização individual, ou seja, quanto mais a pessoa se afasta do comportamento tradicional, maior é o suposto risco do contágio.

Segundo Carneiro (2000), não tardou para aparecer os discursos procedentes de outros campos do conhecimento. “Se aparece um vazio na prática explicativa que o saber médico não pode preencher, a igreja ganha espaço” (CARNEIRO, 2000, p. 82). O pecado e a punição, objetos privilegiados dos discursos religiosos com o mistério da AIDS, ganham força. A igreja católica, principalmente, ganha espaço reforçando as convicções das relações matrimoniais exclusivas como a única forma de proteção. Já, por outro lado, o estigma e o preconceito em relação à sexualidade e HIV/AIDS andam a passos largos nas concepções sociais e culturais, cujo tema será investigado no capítulo subsequente desta tese.

## **CAPÍTULO II. RELIGIÃO: PRECONCEITO/ESTIGMA EM RELAÇÃO À SEXUALIDADE**

### **2.1 Introdução**

Neste segundo capítulo, analisaremos como o preconceito em relação à sexualidade, disseminado na cultura do Ocidente, produziu uma concepção desta, atrelada a uma determinada concepção de morte e vida, destacando a presença de ideias religiosas em tal construção.

Associada à interação entre as concepções de sexualidade, morte e vida, o soropositivo para o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) representa um risco iminente, tanto físico quanto moral. Assim, diante da experiência do desconhecido (SPP/HIV/AIDS) se produziu representações apoiadas na ideia de doença contagiosa, incurável e mortal, semelhante ao conceito de peste na idade média (DELUMEAU, 1989), cujo significado representava uma ameaça extrema à sociedade, trazendo consigo atitudes de evitamento daquele que a portava. Essa forma de conceituar a doença serviu de pretexto para retirá-la do campo das doenças comuns, transmutando-a para o campo das doenças malignas, onde o SPP/HIV/AIDS é culpabilizado e estigmatizado.

Para alcançarmos os objetivos propostos para este capítulo, teremos como foco a inter-relação entre HIV/AIDS/sexualidade, tendo as ideias religiosas e a presença do preconceito como aspectos fundamentais para a investigação e análise.

### **2.2 A AIDS/HIV**

Entendemos que a epidemia da AIDS, causada pelo HIV, tem diferentes características nas diversas regiões do mundo (Leal, 2012). No Brasil, país de dimensões continentais, não é diferente: a epidemia apresenta diferentes dinâmicas nas várias regiões.

Vamos considerar por um instante as vias de transmissão do HIV: relações sexuais sem proteção, material cortante não esterilizado, transfusão de sangue

infectado e a transmissão vertical (de mãe para filho, quando a criança é infectada pelo vírus durante a gestação). A dinâmica da epidemia depende sempre de algumas formas específicas de contato entre pessoas (LEAL, 2009).

Para Parker (1994b), durante grande parte da última década, a AIDS foi vista, sobretudo, como uma questão essencialmente biomédica, que considera os indivíduos isoladamente.

O HIV/AIDS deve ser entendido, como todos os aspectos da saúde e da doença, como fundamentalmente coletivo - um constructo social que se molda dentro do contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos altamente específicos, porém interligados e sobrepostos (PARKER, 1994, p. 18).

Embora sejam muitos os aspectos que compõem a dinâmica da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), alguns se sobressaem no desenrolar, tanto dos avanços da epidemia como nas formas de enfrentamento da mesma. Refiro-me às crenças religiosas e às práticas sociais que estruturam as relações sexuais. Sendo assim, para entender o caráter e o desenvolvimento específico da Síndrome, é necessário ter uma noção das formas como essas crenças e práticas são construídas social e culturalmente ao longo da história.

Ainda que pareça redundante, é importante fazer uma breve distinção daquilo que é chamado mundialmente de AIDS e HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida). O HIV pertence à classe dos retrovírus e é o causador da AIDS. Ele pode permanecer silencioso e incubado por muitos anos, agindo no sistema imunológico. Já a AIDS é uma doença clínica decorrente do quadro causado pelo HIV, caracterizando-se por uma supressão profunda da imunidade, resultando em infecções oportunistas (BRASIL, 2006).

Segundo Ferreira (2003), a AIDS atravessa pelo menos três fases. Na primeira fase não é perceptível, é assintomática e somente reconhecida pelos exames laboratoriais. Na segunda, surgem algumas manifestações que sugerem um sistema imunológico deteriorado. Na terceira fase, as doenças oportunistas e outras infecções começam a aparecer devido à baixa imunidade no organismo da pessoa infectada.

O relatório divulgado no ano de 2012 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid) indica que 34,2 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, sendo 30,7 milhões de adultos, 16,7 milhões de mulheres e 3,4

milhões menores de quinze anos. A África Subsaariana registra o maior número de pessoas infectadas, com 23,5 milhões, seguida pela Ásia Meridional e Sul-Oriental, com 4,2 milhões. A Oceania tem a menor estimativa com 53 mil infectados. Na América Latina são 1,4 milhões de infectados.

No caso do Brasil, a epidemia de AIDS teve início nos primórdios da década de 80 e nesses mais de trinta anos registra que entre 490 mil e 530 mil pessoas vivem com HIV. Dessas, 135 mil, aproximadamente um em cada quatro infectados, não sabem que têm o vírus causador da AIDS. Isso significa que um em cada quatro brasileiros (25,5%) infectados desconhece sua situação de risco, de acordo com o relatório do Ministério da Saúde e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid, 2012). Esses dados evidenciam o drama de pessoas no Brasil que preferem a dúvida da doença a enfrentar uma sociedade que ainda responde a epidemia da HIV/AIDS, por meio de posturas obscurantistas, visões estereotipadas e cristalizadas pela discriminação e preconceito.

De fato, evidenciamos o temor dos participantes da pesquisa diante da possibilidade de serem identificados como portadores do vírus da AIDS e, por conseguinte, receberem um julgamento moral. Constatamos que eles(as) preferem adiar o máximo possível o diagnóstico para não receberem a confirmação da soropositividade e terem que enfrentar os estereótipos e preconceitos. Esta vivência de culpa é ainda mais acentuada, quando vem atrelada a pessoas que já são socialmente discriminadas como os homossexuais, visto que rompem os valores sociais e religiosos incorporados e assimilados, e se julgam inapropriados aos códigos vigentes (regras e condutas) apreendidos no processo de socialização.

O mesmo relatório mostra que a incidência da AIDS no Brasil, em 2011, foi 20,2 casos para cada 100 mil habitantes. No mesmo período, foram registrados 38,8 mil novos casos da doença, a maioria nos grandes centros urbanos. O Sudeste apresenta redução na taxa de incidência de 27,5 casos por 100 mil habitantes, em 2002, para 21 em 2011. No entanto, as regiões Sul, Norte e Nordeste registraram tendência de aumento de casos. No Centro-Oeste, a epidemia é considerada estável. Segundo o referido relatório, o coeficiente nacional de mortalidade caiu de 6,3 mortes para cada 100 mil habitantes em 2000 e 5,6 em 2011. Na última década, o Brasil apresentou uma média de 11,3 mil mortes por ano provocadas pela AIDS.

Ainda de acordo com o relatório da Unaid, 217 mil brasileiros infectados pelo HIV, em 2012, estão em tratamento. A afirmação de um dos participantes da pesquisa evidencia esta tendência pela busca do tratamento: 'O maior problema das pessoas portadoras do HIV/AIDS é o preconceito. Tanto que eu vim aqui hoje para mostrar que estou bem para os demais colegas e saber se todos eles estão tomando os medicamentos, porque se não tomar já era' (JRde/S/sp/m/37 anos). Além da disponibilidade gratuita dos medicamentos pela rede pública, constata-se a formação de uma corrente solidária entre os portadores já em tratamento, acompanhando e alertando sobre as consequências para o organismo dos portadores, caso as pessoas portadoras não consumam adequadamente os medicamentos. No Brasil, a eficácia da terapia antirretroviral indica que mais de 70% dos pacientes que consomem adequadamente os medicamentos apresentam carga viral indetectável após seis meses de tratamento (Unaid, 2012).

No Estado de Goiás, de acordo com a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS, 2012), o primeiro caso de AIDS foi diagnosticado em 1984, em um indivíduo do sexo masculino, residente no município de Goiânia. Após o primeiro caso diagnosticado, foram registrados até 30 de junho de 2012 em Goiás, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – (SINAN, 2012), 11.253 casos de AIDS em indivíduos residentes no Estado, sendo 11.050 (98,2%) em adultos maiores de 13 anos de idade e 203 (1,8%) em crianças menores de 13 anos. Os dados evidenciam que a epidemia do século, estigmatizada pela contaminação via sexual atinge, também, crianças que terão que conviver com a discriminação e o preconceito ao longo de suas vidas.

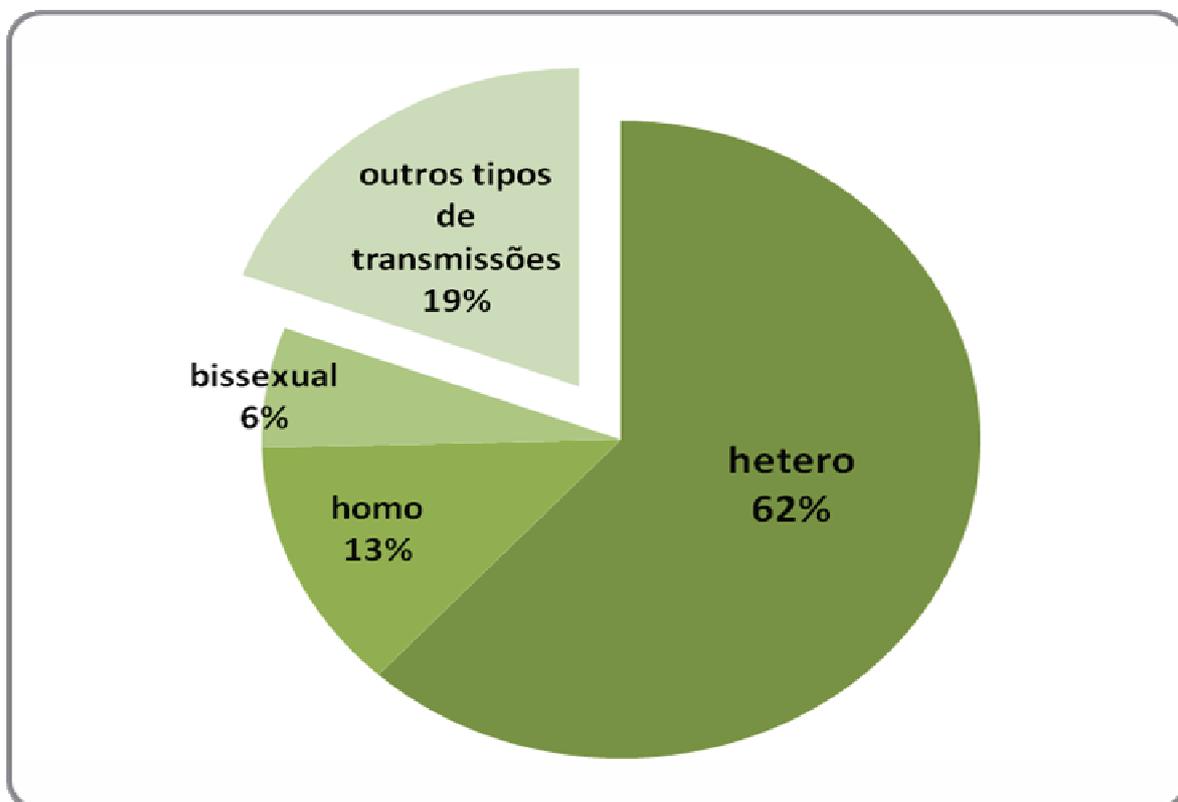
Quanto à distribuição dos casos segundo o sexo, observou-se que 67,5% eram homens e 32,5% eram mulheres. Ao analisar a epidemia da AIDS em adultos, observamos que o maior registro de casos ocorreu em 2011, com 749 casos e taxa de incidência de 12,3 casos para cada 100.000 habitantes. É nítido o acréscimo da taxa de incidência desde 2008, 10,2/100.000 habitantes até 2011. Entretanto, 'ressaltamos que a epidemia tem mantido a tendência de estabilização e atribuímos o acréscimo nas notificações à maior oportunidade de diagnóstico em nossa rede de atenção', afirma o superintendente de atenção integral à saúde do Estado de Goiás (SAIS, 2012).

Em relação à distribuição do caso da AIDS segundo o sexo, os dados da Superintendência do Estado de Goiás (SAIS, 2012) evidencia o processo de

feminização a partir de 1988, onde a razão de sexo que era de 13 casos masculinos para um caso feminino, alcança a razão de 1,3 em 2011.

Nos últimos 10 anos, a AIDS mostrou predominância nos indivíduos do sexo masculino, com taxa de incidência média anual de 17,5 por 100 mil habitantes, no Estado de Goiás. Entre as mulheres, a taxa de incidência foi de 9,9 casos por 100.000 habitantes. Tanto em homens quanto em mulheres as maiores taxas de incidência encontram-se nas faixas etárias de 29 a 49 anos. A epidemia que já perdura três décadas, inicialmente registrava casos predominantemente entre *gays* adultos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos (Ministério da Saúde, 2010). Entre 2001 e 2010, a categoria de exposição com maior ocorrência dos casos de AIDS em adultos foi por transmissão sexual, perfazendo 80% dos casos. A transmissão sexual ocorre predominantemente entre os heterossexuais (61,1%), homossexuais (12,8%) e bissexuais (6,1%), respectivamente. A pesquisa evidencia que a maior incidência do vírus nos últimos dez anos é por transmissão entre relações heterossexuais.

**Gráfico 6** – Transmissão do HIV/AIDS pela via sexual - 2001 e 2010.



Fonte: Dados da pesquisa de Campo (janeiro a junho de 2011)

Segundo Silva (2002), a realidade dos dados atuais de infecção pelo HIV no Brasil mostra que os homens com comportamento heterossexual são parcela importante da população infectada. Ainda, segundo o autor, a desconfiança do uso do preservativo nas relações estáveis leva a uma situação de desconfiança entre o casal por funcionar como um elemento questionador da fidelidade.

É nesta perspectiva que a heterossexualização da AIDS tem contribuído para o aumento de casos em mulheres, provocando a "feminização da epidemia" (SAMPAIO *et al.*, 2011). Ao se considerar o grupo homossexual e bissexual, o percentual de transmissão foi de 18,9%. A razão entre a transmissão deste grupo com o grupo heterossexual é de 3,2, confirmando a maior frequência do grupo heterossexual.

O fato que suscita o maior medo, identificado entre os participantes da pesquisa, e especificamente os denominados heterossexuais, é de serem identificados como o 'câncer gay' (PRO/SP/m/43 anos) e sofrerem de preconceitos e discriminações. Estas constatações apresentam-se fortemente impregnadas nos relatos orais dos colaboradores, principalmente no que tange aos aspectos ligados ao exercício de suas práticas sexuais que, no imaginário e na construção da 'AIDS moral', está associada a comportamentos ilícitos, vergonhosos e merecedores de injúria. E, mesmo que uma pessoa se infecte em uma situação que é aceita no contexto social (transmissão vertical, monogâmica, ou procedimento cirúrgico), constantemente levantam-se hipóteses moralistas.

### **2.2.1 As metáforas da AIDS/HIV no mundo ocidental**

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) não é apenas uma doença, como a peste, o câncer e a tuberculose. A AIDS, na percepção popular tornou-se uma metáfora. Ou seja, "um veículo para expressar muitos dos medos e das ansiedades da vida moderna" (HELMAN, 2009, p. 346).

Dowden (2007), citando a obra da autora Susan Sontag que se intitula "*AIDS and Its Metaphors*" (1989), afirma que a referida autora é considerada pela crítica uma das mais destacadas de nosso tempo sobre o uso de metáforas em assuntos de doença e morte. Nas obras citadas por Dowden, Susan Sontag investiga o efeito danoso que a metáfora pode causar em nossa compreensão da doença e seu efeito sobre a pessoa doente. Dowden (2007), em sua obra "A

*metáfora da doença*” contextualiza toda a experiência que Susan Santag relatou quando da sua luta vivida em relação ao preconceito contra o câncer, doença à qual são agregados vários mitos culturais.

Sontag descobriu que os mitos culturais que rodeiam o câncer aprofundavam e agravavam seus efeitos. Ela não só tinha que cuidar da cura do próprio corpo, o que era bastante difícil; tinha também que enfrentar a melancolia, a depressão, o isolamento e o sentimento de culpa que a ideia desta doença produzia nas pessoas conhecidas e em sua própria mente (DOWDEN, 2007, p. 81).

Para Dowden (2007), a ideia de câncer construída historicamente a partir de medos e mitos surge porque a doença prende-se a um conceito metafórico que é, em si, maligno. O câncer é, por assim dizer, na compreensão de Dowden (2007), “o inimigo invisível interno, não a explicável e, portanto, controlável consequência de alguma causa externa” (DOWDEN, 2007, p. 81).

A causa externa da doença, destacada por Santag, segundo Dowden (2007), é entendida como uma resposta corporal à emoção reprimida, à paixão bloqueada ou supressa. Ou seja, é como algo que a pessoa introjeta dentro do corpo como um gênio mau, como uma força poderosa que assume a forma maligna de um tumor. Uma incontável excrescência interior que o próprio paciente provocou, que na verdade é de alguma forma a expressão da própria pessoa enferma. Por conseguinte, “o suposto sentido do tumor aponta para uma vida não suficientemente aberta, uma vida difícil, limitada, amarga, defeituosa e desordenada” (DOWDEN, 2007, p. 81).

Embora haja sinais de que o câncer esteja perdendo seu sentido metafórico pejorativo, este efeito metafórico da concepção da doença entra em cena novamente com o surgimento da AIDS como epidemia. Nos países ocidentais, a AIDS foi em grande parte julgada como uma doença de pessoas que vivem de uma forma desordenada.

Para Dowden (2007), tendo por base as metáforas de ira divina e justiça cruel “O senhor puniu os perversos”, estas pessoas assumem perante a sociedade o papel de bodes expiatórios e são culpabilizadas pela desgraça alheia (DOWDEN, 2007, p. 82).

Sobre o aspecto das metáforas das doenças consideradas malignas, neste aspecto, nota-se que há a contribuição e a influência da religião na fundamentação e legitimação das práticas de preconceito, exatamente, porque ela (religião) dá o tom, o caráter e a visão de mundo, quando sintetiza o estilo de vida de um povo (GEERTZ, 1989).

Retornando à análise das metáforas da doença, Helman (2009) acrescenta que tanto o discurso médico quanto o popular pode desempenhar um papel político, estigmatizando e alienando ainda mais aqueles grupos tidos pela sociedade como “grupos de risco”, entre eles, os homossexuais, viciados em drogas e migrantes.

O que a sociedade faz às pessoas com palavras e as imagens que as palavras evocam. Eles observam que as metáforas culturais desempenham um papel proeminente na definição da identidade de nós mesmos e dos outros, e na forma como nos relacionamos uns com os outros. Nos Estados Unidos, o discurso sobre a AIDS frequentemente define a vítima como o ‘outro definitivo’ – estranho, antissocial, anormal, perigoso e ameaçador (HELMAN, 2009, p. 347).

Numa crítica a essa postura ainda social, afirma a autora que não é de se estranhar que os grupos considerados pela sociedade “os fora da lei” como os homossexuais e os viciados em drogas, normalmente são associados à imagem de um tipo de personalidade: “compulsivo, fora de controle e desajustado” (HELMAN, 2009, p. 347). Estas metáforas poderosas, penetrantes e duradouras (Geertz, 1989) em relação à AIDS, foram particularmente comuns durante os primeiros anos da epidemia, no Ocidente. Felizmente, nos dias de hoje, devido à disponibilidade das informações sobre doença nos países ocidentais, houve uma melhor compreensão e aceitação dos sujeitos portadores da síndrome - HIV/AIDS (HELMAN, 2009). A redução do preconceito é percebida pelos sujeitos de nossa investigação, conforme as afirmações que seguem:

Antes era uma coisa e hoje é outra. Antes havia um maior preconceito. O preconceito reduziu para algumas pessoas devido a um maior esclarecimento sobre a soropositividade. Algumas pessoas hoje já sabem que poderá dar um abraço e um beijo e que não irá se contaminar. Antes, a gente pensava se caso fosse usar qualquer objeto que a pessoa doente tivesse usado logo se contaminaria. Hoje a gente pensa diferente sobre a pessoa doente que na verdade somos nós, sou eu e outros que estão aqui na ONG (EEG/sn/m/65 anos).

Nota-se, também, que o convívio cotidiano com pessoas que sofrem da mesma síndrome e, sobretudo, o aumento do número de pessoas com o HIV, acelera o processo de assimilação social.

Isso não significa a superação do preconceito. Há uma aceitação, ainda muito fragmentada, ou seja, algumas pessoas mais informadas e humanizadas nos acolhem sem ressalvas (NMJ/sp/f/ 21 anos).

Sobre esse aspecto, Parker e Aggleton (2001) entendem que no início da epidemia de HIV/AIDS, mobilizou-se uma série de metáforas poderosas para reforçar a estigmatização: peste, morte, horror, punição, crime, guerra, vergonha, abandono e preconceito. Entendemos que tais metáforas, embora possam ter-se reduzido, como afirmaram os sujeitos acima descritos, ainda permanecem em nossa sociedade atual, como nas afirmações que seguem.

A sociedade no Brasil tem preconceito, mas está diminuindo, diminuindo bastante. Pessoas que sabem e não se assustam mais tanto. Há muitas pessoas com a doença hoje no Brasil, com isso ajuda e acelera a compreensão e a aceitação. Muitas famílias enfrentam isso de perto, com algum familiar próximo que tem a doença. O conhecimento e a aproximação afetiva vão ajudando a diminuir o preconceito, porém, o que mais colabora é o tratamento que está à disposição (NMJ/sp/f/21 anos).

Visando desvendar quais eram os significados conferidos pelos sujeitos à soropositividade, perguntamos aos vinte e cinco entrevistados para que eles expressassem as primeiras cinco palavras que vem à mente quando ouvirem falar sobre soropositivo para o HIV/AIDS (SSP/HIV/AIDS). As palavras mais lembradas pelos participantes da pesquisa foram: morte, preconceito, abandono, discriminação, medo, tristeza, horror, desemprego e doença. Seis entre os entrevistados colocaram as mãos no rosto e silenciaram por alguns instantes após a primeira indagação do pesquisador.

Um dos participantes que silenciou após a primeira indagação, assim se expressa mais detalhadamente:

Amigos mudaram comigo. Uma colega muito amiga danou comigo. Eu fui a casa dela e ela disse assim: fulano, coma tudo o que você tiver vontade. Faça tudo o que você tiver vontade. Ela achava que eu iria morrer logo. Eu danei e não voltei mais lá na casa dela. Um rapaz, no centro da cidade, com quem embarquei no ônibus e apanhei o resultado do exame. Comentei que deu positivo para o HIV e ele saiu de perto de

mim e nunca mais conversamos. Ele até então era meu amigo. Ele ficou com muito medo de mim. A partir do diagnóstico positivo para o HIV/AIDS eu me deparei de fato com a morte física e social. A partir daquele momento eu senti na pele o que significa ser ignorado. Hoje eu não falo mais para ninguém, mas eu me previno para não contaminar ninguém (RAR/sp/m/41 anos).

Pode-se inferir que o participante da pesquisa, a partir da confirmação positiva da síndrome do HIV, passou a se sentir um estranho, mesmo estando em um meio conhecido. Ele afirma que sentiu na própria pele o que significa ser ignorado. O relato do participante revela como a sociedade os vê ainda como vítimas da epidemia, ou seja, eles perdem a própria identidade e passam a ter outra, a de portador do HIV.

Algumas das palavras mais lembradas pelos participantes da pesquisa foram: medo, morte, preconceito, desemprego, discriminação e rejeição, devido ao estigma em relação à atividade sexual associada à AIDS. Por isso que o referido participante da pesquisa têm dificuldades em falar sobre a síndrome da doença, especialmente, com medo de ser rejeitado.

Dos vinte e cinco participantes da pesquisa, somente dois tiveram a causa da soropositividade por vias que não incidiram pela transmissão sexual. A maneira como estes dois participantes se compreendem em relação aos demais é significativamente perceptível. Não se punem e nem se culpam pela soropositividade e, sobretudo, falam de si naturalmente.

No entanto, não dá para omitir que a doença ainda funciona na concepção cultural das pessoas como o começo de uma morte anunciada. Assim relata o participante da pesquisa: você é meu amigo, então, quero lhe dar um conselho, 'coma de tudo e aproveita a vida porque a sua morte está anunciada'. O participante não havia contado para ela sobre o diagnóstico positivo, por medo, segundo ele, de sofrer outro impacto de rejeição, mas a pessoa já sabia do resultado positivo do diagnóstico e "anunciou a sua morte".

Retornando à análise das palavras mais lembradas pelos colaboradores da pesquisa, dezenove entrevistados, após falarem as palavras acima mais citadas, começaram espontaneamente a afirmar que hoje a soropositividade para eles é vida, é perdão. Quem não erra uma vez na vida? Hoje, é determinação, é esperança, apesar do desemprego. É família. Antigamente era morte, hoje é uma

pessoa que precisa de excesso de cuidados. É melhorar a maneira de viver, agregando sempre palavras com expressões e sentimentos de esperança.

Quanto à profissão, pode-se observar entre os participantes que houve mudanças nas atividades que executavam anterior à doença. Parte significativa está fora do mercado de trabalho e oito deles se aposentaram devido à doença. Oito estão desempregados. Algumas pessoas se mantiveram no emprego: uma é funcionária pública, uma é doméstica, outra dona de casa e outra é artesã. Três, que não estavam no mercado de trabalho, quando da infecção da doença, hoje, são monitoras da ONG pesquisada.

Numa análise à luz de Delumeau (1989) sobre a postura dos sujeitos em relação à sua realidade de soropositivos em consonância aos sentimentos dos outros (sociedade), de medo, abandono, rejeição e morte não é recente. Na concepção cultural ao longo da história, sempre houve o medo de pessoas portadoras de doenças ‘contagiosas’. Para a autora, todas as doenças de difícil diagnóstico ao longo da história causaram, no cotidiano da coletividade, uma espécie de pânico, medo e, sobretudo, abandono e exclusão das pessoas infectadas pela sociedade.

É importante ressaltar que, antes do surgimento do HIV/AIDS, já existiam outras formas de doenças estigmatizadas que hoje interagem com o HIV/AIDS. Elas se integram a uma representação mental das epidemias que, especialmente, no caso da Itália do século XVII, aparecem ligadas a dois outros flagelos, que eram a fome e a guerra. Fazia-se analogia comparável às pragas que atingiram o Egito<sup>10</sup>.

A peste é então uma “praga” comparável às que atingiram o Egito. É ao mesmo tempo identificada com uma nuvem devoradora vinda do estrangeiro e que se desloca de país em país, da costa para o interior e de uma extremidade à outra de uma cidade, semeando a morte à sua passagem (DELUMEAU, 1989, p. 112).

A peste era descrita pelos homens da igreja e pelos artistas, funcionários da igreja, como “uma chuva de flechas abatendo-se de súbito sobre os homens pela vontade de um Deus encolerizado” (DELUMEAU, 1989, p. 113). O autor

---

<sup>10</sup> São as dez pragas que, segundo a tradição judaico-cristã, Deus enviou pelas mãos de Moisés sobre o Faraó do Egito e seu povo, narradas no livro de Êxodo, capítulos 7-12. As pragas foram enviadas para que Israel fosse libertado da terra do Egito e se reconhecesse a unicidade de Deus (monoteísmo) (Grifo do autor)

remete essa imagem ao canto *I da Ilíada* que evoca o ‘arqueiro’ Apolo que desce ‘com o coração irritado’ dos cimos do Olimpo, tendo ao ombro seu arco e sua aljava bem fechada.

Mas foi a cultura eclesiástica que retomou e popularizou essa comparação. Já no final do século XIII, Jacques de Voragine mencionara na *Lenda áurea* uma visão de são Dominique percebendo no céu o Cristo irado que brandia três lanças contra a humanidade culpada de orgulho, de cupidez e de luxúria (DELUMEAU, 1989, p.113).

Para Delumeau (1989), clero e fiéis, vendo a peste negra e aquelas que se seguiram ao longo dos séculos como punições divinas, assimilaram naturalmente os ataques do mal aos golpes mortais de flechas lançadas do alto (p. 113). Aponta ainda Delumeau (1989) que a iconografia apoderou-se dessa comparação e difundiu-a nos séculos XV e XVI, tanto na Itália como para além dos Alpes. As flechas que representavam a epidemia e a peste aparecem pela primeira vez sobre um painel do altar dos carmelitas descalços (1424) de Göttingen. “Cristo as lança em chuva densa sobre os homens. Dezessete personagens são transpassados por elas. No entanto, vários outros são protegidos pelo grande manto da Virgem” (DELUMEAU, 1989, p. 113). Outra ilustração numa mesma perspectiva, construída por volta de 1510-1514, conservada em Nuremberg, ilustra essa representação coletiva da peste.

À esquerda, do alto de um céu tempestuoso os anjos atiram flechas sobre a humanidade pecadora, mas que se arrepende e implora. À direita, Cristo, à prece dos santos antipestilentos, detém a punição com a mão. As flechas desviadas de sua trajetória inicial afastam-se da cidade ameaçada e vão perder-se alhures. Por vezes, o aspecto castigo não é diretamente expresso, mas apenas o resultado do decreto de punição (DELUMEAU, 1989, p. 113).

Para o autor, quando se dava a presença da doença, o movimento primeiro e mais natural era o de acusar outrem. Se a peste era ininterrupta e localizada, chegava-se o momento de começar a nomear culpados para se reconduzir o inexplicável a um processo compreensível. Além de nomear os nefastos, era preciso impedir que eles continuassem disseminando o mal (peste). Portanto, se a peste era uma punição, “era preciso procurar bodes expiatórios que seriam acusados inconscientemente dos pecados da coletividade” (DELUMEAU, 1989, p. 140).

Acrescenta, ainda, Delumeau (1989) que neste período o sermão do clero vinha reafirmar a culpabilização dos infectados com suas evocações 'nauseantes' contra os doentes nomeados de pestilentes, onde a sociedade legitimava-se pela nova forma de julgamento, mas, sobretudo, inculcava-se por meio do discurso do clero nos portadores da peste (vitimas) a própria culpa.

Associando constantemente morte e pecado, pecado e punição, ele pareceu confirmar-se pelos fatos e encontrou nessa mesma confirmação um alimento que o nutriu de uma seiva mais forte. Ela falava de medo a pessoas que tinham medo e, enfim, falava do medo que era delas (DELUMEAU, 2003, p. 180-81).

Ainda para Delumeau (2003), outra situação vivida imediatamente posterior à peste negra é a representação do Cristo do final dos tempos como um juiz ocupado unicamente em amaldiçoar os condenados.

Antes, ele abençoava com uma mão e rejeitava com a outra. Mas, no campo santo de Pisa, pela primeira vez, ele tem somente uma mão ativa, aquela que empurra os reprovados para o inferno. Diversas composições de Fra Angelico e, sobretudo o Cristo da Capela Sistina, retomarão esse gesto dramático. Do mesmo modo também, é depois da Peste Negra que se espalha na Itália e além dos Alpes a imagem da humanidade pecadora ferida pelas flechas da peste (DELUMEAU, 2003, p. 182-83).

A herança dessa mentalidade, que entende a doença como uma vingança ou castigo divino pelas falhas da humanidade, ainda é percebida pelos sujeitos desta investigação. Uma das entrevistadas narra com uma expressão de angústia e muito sofrimento a experiência de medo que viveu em um leito hospitalar, quando ela e o filho foram diagnosticados SPP/HIV/AIDS e, imediatamente, isolados. Ela afirmava que se sentia empurrada por uma mão invisível para um abismo intransponível.

Quando descobriram que eu e meu filho tínhamos HIV, nos colocaram num quarto, onde tinha um vidrinho que a gente podia só olhar para fora. Naquele isolamento, não tinha ninguém para nos ajudar e orientar, me sentia como se eu estivesse sendo empurrada para uma espécie de abismo sem volta. As faxineiras vinham todas protegidas e saiam rapidamente do quarto sem falar nada. A gente pedia que, pelo amor de Deus, fizessem alguma coisa pela gente. Eu imaginava que logo viria alguém para assassinar eu e o meu filho (PCP/sp/f/38 anos).

Enquanto a entrevistada dava este depoimento, podemos perceber que além de muito sofrimento e abandono, também estava escondido um forte sentimento de culpa. Relatou a entrevistada que naquele momento de isolamento total, dela e do filho, pensou algumas vezes que havia praticado na vida alguma coisa de muito ruim, segundo ela, mesmo tendo contraído o vírus do HIV/AIDS pela irresponsabilidade do marido. No desespero e sofrimento pelo abandono de toda a equipe hospitalar, ela assumia a responsabilidade pelo drama que vivia e esperava pelo pior que poderia acontecer a qualquer momento, inclusive ela e o filho serem castigados com a própria morte.

Para Garcia (2005, p. 74), a natureza da epidemia da AIDS - sua dinâmica, abrangência, características específicas e questões morais envolvidas -, impõe desafios para o campo do conhecimento e da intervenção, exigindo respostas rápidas e adequadas de impacto efetivo no desenho de estratégias de combate ao estigma e suas consequências, devido ao alto grau de sofrimento a que pessoas são submetidas, no momento em que elas mais precisam de direcionamentos.

Seguindo a mesma perspectiva, Sangenis (1997) entende que se tornou muito comum nos dias de hoje atribuir ao SPP/HIV/AIDS a responsabilidade pela doença que o vitimou, associando-a ao seu modo de vida, seus hábitos e costumes, que muitas vezes são considerados, por parte da sociedade, não apenas como diferentes, mas pessoas com práticas comportamentais desregradadas ou 'imorais'. A partir de então surge a ideia, hoje combatida, dos chamados 'grupos de riscos'. Ainda, para o autor referido, identificar responsáveis é uma maneira simplista de explicar o que não se compreende, e também uma atividade "terapêutica", pois uma vez achados os "bodes expiatórios" (GIRARD, 1998) os demais estão automaticamente eximidos de toda e qualquer responsabilidade. Nesta perspectiva, podemos também fazer a interpretação que os portadores do HIV/AIDS deveriam então ser penalizados pelo seu delito e seus agravos, especificamente, no que tange à moral sexual.

A partir da concepção da sexualidade como construída social e historicamente, Foucault (1993) busca desvendar os mecanismos sociais que influenciam as ideias e os comportamentos sexuais das sociedades ocidentais. Além das esferas religiosas, Foucault vai buscar a compreensão da sexualidade nos discursos de outras ciências, entre elas: Psiquiatria e a Medicina. O autor situa historicamente a sexualidade numa relação de poder.

Para ele, no início do século XII ainda vigorava certa fraqueza nas falas sobre sexualidade. Ela era entendida a partir do espaço privado, ou seja, no âmbito familiar, onde exercia somente a função de gerar vidas. O que não estava dirigido para a procriação era expulso, negado ou reduzido ao silêncio. Tal perspectiva destacada por Foucault ainda persiste na cultura atual. É o que é percebido pelos sujeitos desta investigação, como relatam os dois participantes sobre as razões por ter contraído a doença.

Se eu tenho essa doença (HIV/AIDS) foi porque eu errei, eu não vivi a sexualidade corretamente. Por isso, hoje, eu silêncio e só busco abrigo em Deus. É Deus que me fortalece. Eu sempre busco força espiritual. Busco Deus constantemente para me superar (NMJ/sp/f/ 21 anos).

Existe muita discriminação. Tem coisa que eu não acato, não é para nós seres humanos julgarmos. Quem tem algum problema de sexualidade já sofre, não deveria receber ainda mais discriminação. Então, o que eu vejo é discriminação devido à sexualidade (JP/sn/f/ 62 anos).

Nos relatos é possível observar a dificuldade de lidar com a sexualidade e enfrentar a discriminação. Sem espaço para lidar com as questões do HIV/AIDS e da sexualidade, são atingidas por sentimentos de solidão interna, independente das circunstâncias externas. Nota-se que há uma luta para sobreviver, não contra a doença, mas contra o preconceito e a discriminação que 'mata' o soropositivo.

Alega o entrevistado que, devido à discriminação sexual, ele silencia e busca em Deus o conforto. O uso de estratégias de enfrentamento da vivência incorreta da sexualidade se centra na busca do religioso, associado à expressão do afeto positivo. Busca-se em Deus o reflexo que não se encontra nas pessoas, ou seja, o amor, o cuidado, a força e o perdão. Tende a buscar mais sentimentos de conforto relativos ao bem-estar subjetivo.

Voltando à análise de Foucault (1993), a lógica do silêncio sobre o sexo é forçada a algumas concessões, permitindo algumas práticas consideradas ilegítimas. A solução encontrada é exigir que essas sexualidades ilegítimas importunem em outro lugar. Se não podem abraçar a função da reprodução, que pelo menos o seja no espaço do lucro. A partir de então, o lugar da prostituta e seu cliente, do psiquiatra e sua histórica parecem ter feito passar, de maneira sub-reptícia, o prazer a que não se alude para a ordem das coisas que se contam.

Com isso, entende Foucault (1993) que “somente aí o sexo selvagem teria direito a algumas das formas do real, mas bem insularizadas, e a tipos de discursos clandestinos, circunscritos, codificados” (p. 10).

A partir das constatações até então, Foucault (1993) lança a pergunta se existiria mesmo uma ruptura histórica entre a idade da repressão e a análise crítica da repressão. A intenção do autor, na análise de Lemos (2000) é determinar, em seu funcionamento e em sua razão de ser, o regime de poder-saber-prazer que sustenta entre nós o discurso sobre a sexualidade humana. Em nossa investigação, o informante relata exatamente o drama em viver essa experiência de estar no lugar inverso de todo o discurso oficial da legalidade onde o poder-saber sobre o prazer é engendrado e mantido:

Vou falar o seguinte: como sou um homossexual é difícil você se relacionar com quem não é soropositivo e, sobretudo, viver na contramão da história. É difícil você achar alguém – você tem duas saídas, em relação ao homem ou à mulher. Você fala antes ou começa mesmo com riscos e seja o que Deus quiser. O que atrapalha é a família do outro. A família quer que o homem tenha uma mulher, tenha filhos. Se o homem gosta de homem, não adianta, é homo até morrer. Pode até casar com uma mulher, mas vai correr atrás de homem ou será infeliz. Agora a sociedade não aceita alguém com o HIV e ainda homossexual. A sociedade não aceita a prática sexual que não seja convencional (homem/mulher). Nos dias de hoje há um discurso bonitinho de tolerância, mas não é isso que eu vivo. A sociedade discrimina o homossexual por alegar que contraiu o Vírus pela prática sexual promiscua. Eu conheço muita gente que hoje vive certinho, de acordo com a legalidade da moral cristã e está com a doença (JRS/sp/m/48 anos).

No longo relato do participante da pesquisa, nota-se a presença da dualidade sobre o jeito certo de se viver a sexualidade e o jeito errado. Até há um discurso ‘bonito’ sobre a tolerância e a aceitabilidade do diferente, mas na realidade, segundo o participante, não é o que ele vive. Além do mais, o colaborador afirma que conhece pessoas que vivem a sexualidade ‘correta’, mas estão com a doença. Visualiza-se como desafio o enfrentamento do discurso legal, patriarcal da discriminação contra a homofobia, frente às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Analisando sob a perspectiva do poder do discurso legal e patriarcal, levando-se em conta os papéis sociais legados ao homem em nossa cultura, observamos que ser homem não representa a mera oposição ao ser mulher, mas

ao ser um não homossexual, condições estas que articulam representações de feminilidade, fraqueza, impotência, subordinação, passividade ao não heterossexual (PARKER, 1991).

Voltando a análise do relato do participante da pesquisa, nota-se que há muita angústia e sofrimento por ser portador do HIV/AIDS e ao mesmo tempo ter a sua sexualidade questionada e, sobretudo, conviver socialmente com quem não é soropositivo. Mas ao mesmo tempo, o colaborador da pesquisa alega que até há um discurso 'bonitinho' sobre a tolerância e respeito à diversidade social, sexual e étnica, mas afirma que não é isso que ele experimenta como homossexual. O discurso social que mais lhe traz sofrimento é ouvir constantemente que a doença se originou em sua vida pela sua vivência promíscua da sexualidade. Ou seja, uma prática sexual não aceita como convencional (entre parceiros/as do mesmo sexo) pela sociedade. De fato, os dados estatísticos que foram levantados no início do segundo capítulo (gráfico 6) mostram que, entre 2001 e 2010, a categoria de exposição com maior ocorrência dos casos de AIDS em adultos foi por transmissão sexual, perfazendo 81% dos casos. A transmissão sexual ocorre predominantemente entre os heterossexuais (62%), homossexuais (13%) e bissexuais (6%), respectivamente.

Nota-se que de todas as pessoas que foram infectadas pelo Vírus do HIV pela relação sexual, entre 2001 e 2010, somente 13% foram homossexuais. A grande parcela da população, mais de 60% das infecções ocorreu com heterossexuais.

Isto se evidencia na afirmação do participante da pesquisa quando aponta que algumas das pessoas que ele conhece não são homossexuais e vivem 'certinhos'; porém, são portadores da soropositividade. Mostra que a realidade dos dados atuais de infecção pelo HIV no Brasil, os homens heterossexuais são parcela importante da população infectada, ou seja, mais de 60% respectivamente. Uma das dificuldades apontadas pela proliferação do HIV entre casais heterossexuais que vivem uma situação estável é o caso da desconfiança no uso de preservativo, por ele funcionar como um agregador de questionamento da sexualidade.

O pêndulo do estigma do HIV/AIDS no imaginário coletivo, quando da contestação do doente, continua tendo como base os grupos de riscos. A

discriminação em relação a quem tem HIV/AIDS só se justifica por ser uma atribuição da infecção, exclusivamente, aos homossexuais e às prostitutas, pela sociedade, para qualquer pessoa diagnóstica SPP/HIV/AIDS.

Evidenciou-se, a partir dos dados acima, que o doente SPP/HIV/AIDS é, ainda hoje, alguém considerado culpado por contrair uma doença contagiosa, transmissível pela prática sexual ilícita. Nota-se, também, que as doenças que causam maior medo nas pessoas são as consideradas não apenas letais, mas as doenças desumanizadoras. No caso da AIDS, tal doença é considerada consequência de um comportamento sexual desviante ou, ainda, evidencia o consumo de entorpecentes. Além desses fatores, há uma relação entre ela e a peste experienciada na Idade Média. Sendo assim, ambas, AIDS e peste são utilizadas como metáforas para os piores males coletivos resgatados ao longo da história, possibilitando com isso, uma moralização da doença.

### **2.3 A experiência do soropositivo para o HIV/AIDS numa realidade estigmatizadora em relação à sexualidade e à doença**

Embora o termo estigma tenha uma longa história que remonta à Grécia Clássica, onde se referia a sinais corporais feitos com cortes ou fogo no corpo dos excluídos, ele só entrou em grande escala na análise sociológica por meio do trabalho de Goffman (1981). Com base na experiência de pesquisa com pessoas que sofrem de doença mental, possuem deformidades físicas ou têm práticas percebidas como socialmente desviantes (como o homossexualismo ou o comportamento criminal), Goffman (1981, p. 7) argumentou que a pessoa estigmatizada é vista, assim, como um indivíduo que possui “uma diferença indesejável”. Ele observa que o estigma é atribuído pela sociedade com base no que constitui “diferença” ou “desvio”, e que é aplicado pela sociedade por meio de regras e sanções que resultam no que o referido autor descreve como um tipo de “identidade deteriorada” para a pessoa em questão.

O estigma do HIV/AIDS permanece de distintas formas presente em diferentes contextos sociais. Para Silva (2010, p. 568), o estigma passa a fazer

parte do cotidiano de um dado grupo e de uma dada identidade social ou cultural e, quando já formado, ele se cristaliza nas mentes de uma dada comunidade ou sociedade de massa, passa a gerar nessa mesma comunidade e sociedade um sentimento que se tornou motivo para as grandes atrocidades cometidas contra o ser humano. Nesse sentido:

O estigma é um marcador de diferenças individuais e sociais. Não se trata de atributo fixo, mas de uma construção social e cultural, portanto histórica e mutável, e que estabelece relações de desvalorização do outro. Dessa forma, insere-se em contextos e processos socialmente construídos (GARCIA, 2005, p. 74).

Para Garcia (2005) e Labronici (2007), muitas das consequências perversas da estigmatização de pessoas e/ou grupos específicos envolvem a discriminação nos espaços públicos e instituições privadas, gerando hostilidade, segregação, exclusão e/ou autoexclusão, e no caso específico desta investigação, daqueles que têm sua condição sorológica revelada. Os depoimentos dos sujeitos desta pesquisa apontam para esta perspectiva:

Se você estiver num hospital que atende SPP/HIV/AIDS, tudo bem, senão estiver, falou que é HIV, todo mundo, os profissionais pulam fora. Se você estiver magro as pessoas olham para você e dizem que você está com HIV. Há muitas pessoas contaminadas que não sabem e que não querem nem saber da doença porque não tem estrutura para suportar a notícia da doença (JRS/sp/m/48 anos).

De acordo com o relato do participante da pesquisa, a confirmação da soropositividade em um espaço que não seja especializado para o atendimento de portadores do HIV/AIDS leva as pessoas a fazerem vários tipos de discriminações, por meio das quais, efetivamente, reduzem-se suas chances de vida, muitas vezes pela prática do preconceito. “Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa” (GOFFMAN, 1981, p. 8).

Embora o estigma e a epidemia sejam de abrangência mundial, há formas específicas e contextualizadas de manifestações discriminatórias, de natureza individual ou coletiva. Em alguns contextos essa discriminação se expressa por meio de leis que tratam da testagem compulsória para populações específicas, os chamados grupos de risco.

Garcia (2005) identifica que há mais de cinquenta e dois países, territórios e regiões no mundo que têm algum tipo de restrição à entrada, permanência e residência para pessoas com HIV<sup>11</sup>.

há leis que pretendem limitar o trânsito de pessoas soropositivas mediante a aplicação de leis migratórias. Medidas coercitivas adotadas por alguns países, como a notificação compulsória por parte dos infectados, afetam diretamente o grau de vulnerabilidade dessas pessoas, contribuindo para reforçar ainda mais o estigma e a discriminação (GARCIA, 2005, p. 75).

Ainda para Garcia (2005), outras restrições incluem a proibição total de entrada, seja pela duração da estadia, proibição de estadias de curta duração ou prolongadas, para o turismo, para a imigração, o trabalho de migrantes, asilo e trabalho. O Brasil não adota nenhum tipo de restrição à entrada de soropositivos em seu território, nem por isso houve aumento da epidemia em relação aos países restritivos. Para as Nações Unidas, ainda são 53 países no mundo que restringem a entrada de pessoas em seus territórios com HIV.

Garcia (2005) entende que o estigma da AIDS se superpõe a estigmas pré-existentes associados a diferentes grupos sociais como homossexuais, trabalhadoras do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens pré-concebidas fazem parte da matriz cultural e social que constrói diferenças, cria hierarquias e legitima estruturas de desigualdades sociais. Os estigmas pré-existentes estabelecem associação da AIDS com homossexualidade, prostituição e desvio sexual, marcadores ainda atuantes no processo de estigmatização.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável, num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui

---

<sup>11</sup> GARCIA, Sandra; Mitti Ayako Hara Koyama. Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000800010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800010) visitado em 15 de novembro de 2012.

uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (GOFFMAN, 1981, p. 6).

Analisando à luz de Parker e Aggleton (1996/2001), os estigmas pré-existentes associando AIDS/HIV com os homossexuais, prostitutas ou grupos desviantes da sexualidade foram desencadeados e socializados no imaginário coletivo, por meio da mídia. Helman (2009) apresenta que, tanto na América do Norte quanto na Europa Ocidental, na década de 1980 e início de 1990, várias imagens recorrentes ou metáforas de AIDS podiam ser identificadas, particularmente nas manchetes da imprensa popular que a ela se referiam com um tom estigmatizante: “a AIDS, como uma peste (às vezes até chamada a peste *gay*). Essa imagem ecoava aquela da pestilência medieval ou peste negra” (HELMAN, 2009, p. 347).

No Brasil, as primeiras reportagens em jornais e revistas sobre AIDS, além de levar ao público as primeiras histórias sobre doentes de AIDS/HIV, particularmente ajudaram a ensaiar formas de se falar dela. No final do século XX ainda poucos conheciam alguém com a doença, visto que a primeira reportagem no Brasil foi exibida no fantástico pela Rede Globo, em 27 de março de 1983. A matéria repercutia uma grande reportagem publicada na revista *Time*. Noticiou-se para o Brasil pela primeira vez como uma doença misteriosa, que era totalmente desconhecida há dois anos.<sup>12</sup> O fato do surgimento da AIDS no mundo ocidental ter sido localizado primeiramente em homens que fazem sexo com homens (homoafetivo), vista como desvio de comportamento no meio laico e como depravação no meio moral, potencializou a estigmatização contra os SPP/HIV/AIDS. Tal fato é destacado por estes sujeitos em nossa investigação:

O que eu sinto é que nós vivemos numa sociedade muito preconceituosa. Sempre sofri preconceito na vida por ser homossexual, por não ter constituído uma família (A/sp/m/34 anos).

Não planejei ser gay, nem ter HIV. Tive um pai ausente e alcoólatra e na hora de me relacionar com mulher, eu fui-me ‘envolver’ (violentado) com homens. Fui viver um mundo de mentiras. Arrumei um namorado e acabei contraindo o soropositivo para o HIV (GS/sp/m/ 34 anos).

---

<sup>12</sup> JORNAL Hoje. Rede Globo. *Exames para AIDS*. Disponível em: [www.globo.com.br](http://www.globo.com.br) . Acesso em: 09/02/2011.

Um dos colaboradores da pesquisa expressa que a realidade que ele vive é de preconceito e discriminação contra a homossexualidade, mas, sobretudo por não ter constituído uma família. Nota-se que aqui se estabelece uma associação da AIDS com homossexualidade, prostituição e desvio sexual.

Para Westrupp (1997), a AIDS foi vista como um problema relacionado ao sexo masculino, uma vez que os primeiros casos da doença foram identificados em homossexuais masculinos e divulgados pela mídia. Esta situação inicial, de nomear a doença como somente de indivíduo homossexual masculino, criou no imaginário social uma negligência nas pessoas que não faziam parte do grupo até então considerados de risco. Segundo o autor

O sectarismo dos meios de comunicação e da comunidade científica, ao revelar as formas de contaminação, definindo a AIDS como uma doença homossexual, levou a sociedade, como um todo, a esquecer-se de si própria, deixando, inclusive, de lado, a possibilidade de ocorrer a feminilização da epidemia, como se homens não transmitissem o vírus às mulheres e/ou vice-versa (WESTRUPP, 1997, p. 14).

Nessa mesma perspectiva, afirma Galvão (2000) que as primeiras matérias na mídia brasileira sobre a enfermidade tinham como principal fonte de informação as agências norte-americanas. Noticiava-se que a “maneira que a virose se propagava era através do relacionamento homossexual masculino. Assim ela foi abordada e assimilada no imaginário social” (GALVÃO, 2000, p. 20). Esta forma de se compreender o processo de transmissão do HIV ainda permanece presente na cultura atual. É o que evidencia este sujeito em nossa investigação:

Eu vivia um pouco sem critérios e me contaminei com o Vírus/HIV. Hoje, o meu trabalho é de conscientizar e prevenir através de palestras. Trabalhamos nas escolas, e os jovens dizem o seguinte: eu não sou gay e nem prostituta, por isso, não corro o risco de me contaminar com o vírus. Percebemos que a doença é estigmatizada como de gay ou de prostituta. Hoje não precisa mais viver de uma forma promiscua. É só transar sem preservativos que se torna vulnerável. Conheço casais que só um está contaminado e o outro nem sabe. A gente acha que é só para os outros, mas, ela (doença) está ao nosso lado (A/sp/m/ 34 anos).

De acordo com o colaborador da pesquisa, com os trabalhos de conscientização que desenvolvem nas escolas, as informações sobre a transmissão do vírus entre os jovens ainda é preocupante. Pensa-se que a infecção do vírus do HIV só ocorre entre profissionais do sexo.

Para Galvão (2000), com essa assimilação no imaginário coletivo de que AIDS é doença de quem vive a sexualidade de uma forma promíscua, alimentava-se uma compreensão do SPP/HIV/AIDS carregado de todo o preconceito proferido para aqueles que estavam à margem da sociedade. Este nome SPP/HIV/AIDS ainda, segundo Galvão (2000), estava designado a carregar todo o estigma do corpo perigoso e do ser indesejável e evitado pela sociedade. Sobre essas pessoas pairava uma voz inaudita em tom de condenação e acusação. Mesmo sendo crianças, mulheres ou idosos sentiam o peso da rejeição e do preconceito da sociedade. No caso de nossa investigação, os sujeitos relatam as consequências da presença dessa concepção na cultura atual:

Os meus filhos começaram a se sentir oprimidos. Isso machucou muito eles e ficaram com profundas sequelas, tanto que o meu filho tentou suicidar-se algumas vezes. As pessoas passavam por mim e diziam: você tem que morrer. Mas eu tinha um filho pequeno e precisava defender qualquer 'pedrada' por causa do meu filho. Eu criava muito fantasma na minha mente. Todo mundo tinha medo e me rejeitava. Na minha cabeça eu coloquei a certeza que o Governo iria mandar matar todos os aidéticos. Nos próprios hospitais eu passei por vários preconceitos, por isso, que eu pensava que o governo iria mandar eliminar essa peste (PCP/sp/f/38 anos).

Muitas pessoas, quando descobriram, se afastaram de mim. Eu percebi que eles (amigos) só se aproximavam de mim para saber como era o estágio terminal de uma pessoa SPP/HIV/AIDS (RC/sp/m/ 37 anos).

Nota-se que o relato da participante traz profundas marcas de sofrimento que o preconceito e a discriminação causaram em seus filhos e a ela. Mesmo com os avanços obtidos no tratamento e com os meios de contágios identificados, a sociedade continua a evitar o SPP/HIV/AIDS e, sobretudo, vitimá-los de morte.

Para entender melhor esta situação, reportamo-nos a Foucault (2005), quando trata do direito de soberania, em que o soberano exercia poder de direito de vida e de morte. Para Foucault (2005), os conceitos de poder soberano e biopoder foram, durante anos, até mesmo séculos, utilizados para legitimar uma determinada posição frente a um indivíduo ou à população, numa posição que

sempre implicava em vida e morte. Segundo Foucault (2005), o elemento aglutinador que permitiu que esses dois conceitos representassem a uma só vez o mesmo objetivo foi o racismo. Ele não se refere ao racismo tradicional, que pode ser resumido como ódio pelo outro, mas, acima de tudo, uma espécie de justificativa científica para permitir o domínio de alguns sobre outros e a utilização dessas formas de poder sobre os mais fracos. O estigma, para o SPP/HIV/AIDS, não está na cor da pele, mas na rejeição que já fora construído ao longo do tempo em relação à epidemia do HIV. É o que confirma o relato de um entrevistado:

Você está na academia e percebe que as pessoas estão olhando diferente para você. Você olha para a pessoa e deduz que ele já está sabendo, ou ela já viu você no hospital, ou é amigo (a) de alguém que já te 'detonou' para ela. Geralmente, não é que a pessoa já sabe, mas isso está na sua cabeça. Ele imagina que as pessoas pensam: será que ele não passou o vírus para outras pessoas? Será que ele se cuida? Ele foi irresponsável e promiscuo sexualmente, por isso que ele contraiu o vírus (JRS/sp/m/48anos).

De acordo com o participante da pesquisa, o vírus do HIV/AIDS está no controle do corpo e na mente da maioria das pessoas SPP/HIV/AIDS. O problema maior para a pessoa é quando o vírus entra no imaginário do portador. O problema é que, embora “acredite que os outros não o conhecem, ele nunca tem absoluta certeza disto” (GOFFMAN, 1981, p. 59).

Para Delumeau (1989, p. 140), diante de toda e qualquer epidemia há sempre um movimento acusatório de maior ou menor intensidade, variando de acordo com a gravidade. É exatamente essa angústia de culpabilidade sobre si que o informante carrega na sua trajetória. A responsabilidade e a culpa recaem, invariavelmente, sobre as minorias, os diferentes, pobres, fracos e marginalizados, os epidemiológicos, os incapazes de oferecer resistência ou de se defender e, além do mais, serem acusados pela sociedade pela proliferação do vírus/HIV/AIDS.

Por isso a visibilidade do estigma é, obviamente, um fator crucial para a pessoa. O que pode ser dito sobre a identidade social de um indivíduo em sua rotina diária e por todas as pessoas que ele encontra nela será de grande importância para ele, tanto no sentido positivo quanto destrutivo.

As consequências de uma apresentação compulsória em público serão pequenas em contatos particulares, mas em cada contato haverá algumas consequências que, tomadas em conjunto, podem ser imensas. Além disso, a informação quotidiana disponível sobre ele é a base da qual ele deve partir ao decidir qual o plano de ação a empreender quanto ao estigma que possui. Assim, qualquer mudança na maneira em que deve se apresentar sempre e em toda a parte terá, por esses mesmos motivos, resultados fatais (GOFFMAN, 1981, p. 44)

Esse tipo de comportamento do indivíduo em relação à culpabilização social pelo estigma que carrega não é novo na sociedade. Desde os tempos medievais, quando a peste negra assolou a Europa, viajantes, judeus, leprosos e marginais foram os primeiros a ser responsabilizados pela disseminação da epidemia que dizimou grande parte da população. “O movimento primeiro e mais natural era o de acusar outrem. Nomear culpados era reconduzir o inexplicável a um processo compreensível” (DELUMEAU, 1989, p. 140). Os próprios tratados médicos do ano de 1348, que abordavam sobre a peste negra, validavam a ação maléfica dos envenenadores contra os judeus. A peste negra eclodiu então em uma atmosfera já carregada de antissemitismo.

A ideia de que a morte provinha de uma infecção do ar e das águas fez imputar aos judeus a corrupção dos poços, das águas e do ar. As pessoas insurgiram-se então cruelmente contra eles, a tal ponto que na Alemanha, e em outras partes onde habitavam judeus, numerosos milhares de judeus foram mortos, massacrados e queimados pelos cristãos (DELUMEAU, 1989, p. 141).

Para Delumeau (1989), não era incomum, naqueles tempos, os “culpados” serem não apenas expulsos, escorraçados da região, como também punidos severamente: humilhados, espancados, às vezes até sumariamente executados e queimados, arbitrariamente, para aplacar a ira dos indignados.

É evidente, por mais incrível que possa parecer, que ainda nos dias de hoje, em vez de se adotar uma conduta consciente, solidária e construtiva diante da AIDS, ainda existem aqueles que são guiados pelo furor acusatório dos tempos feudais, e que buscam segregar “os culpados pelos pecados da humanidade” (HANAN, 2012), discriminando algumas minorias já bastante marginalizadas como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e as prostitutas, por serem pessoas diferentes ou simplesmente mais vulneráveis. Os

sujeitos desta investigação explicitam a experiência de tal realidade, conforme relatado por esse entrevistado:

O preconceito é porque a gente é homossexual, não só pelo vírus do HIV. Eles (as pessoas) não aceitam e eu já ouvi isto algumas vezes. Eles falam que é pecado, falam que nós somos culpados porque praticamos a imoralidade e vivemos nela. Eu penso que só Deus pode julgar porque a gente nasce desse jeito (homossexual) (RAR/sp/m/41 anos).

Durante um congresso de “gideões missionários”<sup>13</sup>, um pastor de uma denominação evangélica, ao proferir seu discurso, se referiu à AIDS como “*câncer gay*” e responsabilizou os homossexuais pela doença. O discurso do representante legal da instituição afirma que os homossexuais são responsáveis pela doença por praticarem a imoralidade.

Para Goffman (1981), o indivíduo estigmatizado introjeta para si as características negativas relativas à sua condição social. Com relação a isso, Guimarães e Ferraz (2002) afirmam que:

(...) a fixidez do olhar do outro, ‘dos normais’, estabelece com o objeto estigmatizado uma relação que se dá em dois momentos: no primeiro, paralisa-se o objeto no sentido de aprisioná-lo, classificá-lo em categorias rígidas, enquanto em um segundo momento ocorre uma operação de fixação, ou seja, invalida-se qualquer argumento ou demonstração factual que possa levar o objeto fixado a um movimento em direção à desconstrução do estigma. Uma vez estigmatizado, torna-se difícil voltar ao ‘normal’ (GUIMARÕES E FERRAZ, 2002, p. 78).

Destacam-se, com isso, duas propriedades do estigma: a primeira refere-se ao aprisionamento e à imobilidade sofrida pelo indivíduo estigmatizado numa determinada categoria. Consequentemente, nos deparamos com a segunda propriedade, a qual se caracteriza pelo impedimento de toda possibilidade de crescimento e realização por parte do estigmatizado. Para Foucault, seria o direito de vida e de morte que o soberano pode submeter ao subalterno.

O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar. Em última análise, o direito de matar e que detém efetivamente em si a própria essência desse direito

<sup>13</sup> Num discurso proferido durante congresso de “Gideões Missionários”, Marco Feliciano se referiu à AIDS como “*câncer gay*” e responsabilizou os homossexuais pela doença. Disponível em: <http://www.chamadageralparnaiba.com/2013/03/aids-e-cancer-gay-afirma-deputado.html>. Acesso no dia 31 de maio de 2013.

de vida e de morte: é porque o soberano pode matar que ele exerce seu direito sobre a vida (FOUCAULT, 2005, p. 286-87).

A interpretação do direito soberano seria justificada pelo direito de morte. É por poder matar que o soberano domina seus súditos e exerce direitos sobre a vida dos mesmos. No caso desta investigação, percebe-se que a função de soberania é concedida pelo soropositivo em relação à sociedade. De acordo com o relato da entrevistada ao ser identificada SPP/HIV/AIDS no seu local de trabalho em relação às pessoas: ‘elas passavam por mim e diziam: você tem que morrer! (PCP/sp/f/38 anos).

Retomando a análise na perspectiva de Foucault (2005), com as transformações do direito político no século XIX, ocorre uma inversão desse direito, que se torna o poder de fazer viver e de deixar morrer. Na verdade, Foucault (2005) fala que essa inversão não é um atributo do século XIX e que, desde o contrato social, os súditos delegavam poderes ao soberano porque queriam que esse lhes protegesse a vida, e foi assim que suas vidas se tornaram um direito do soberano.

No entanto, Foucault (2005, p. 288) analisa os “mecanismos das tecnologias de poder” durante o século XVIII. Tais tecnologias vão direcionadas não ao homem “corpo” (biológico), mas ao “homem-espécie” (técnica de poder e controle de população). É sobre esse homem-corpo-espécie que o biopoder cuidava de processos como nascimentos e mortalidades, da saúde da população, doenças, epidemias e longevidade. Essa outra nova tecnologia disciplinar “tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos.” (FOUCAULT, 2005, p. 289).

A essa forma política, Foucault (2005) chamou de “biopolítica da espécie humana” (p. 289), que significa que depois do soberano ter o poder sobre o indivíduo, também é exercido sobre um grupo, ou seja, “massa global”. Este poder de mando sobre o outro/indivíduo/massa global, diz respeito, entre outras coisas, os controles de natalidade e mortalidade, e também controle de epidemias que prejudicavam a política desde a Idade Média.

O poder, na perspectiva de Foucault (2005), era antes de tudo o direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente da vida. Culminava

com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la. Ainda, segundo Foucault (2005), o biopoder, diferentemente do poder soberano, faz viver e deixa morrer. É uma espécie de poder regulamentador que intervém para fazer viver, controlando os possíveis acidentes, para aumentar o tempo de vida. Deixando a morte de lado. Nesse caso, a morte passa cada vez mais a ser domínio do privado, do particular.

Sobre sexualidade, Foucault (2005) afirma que se tornou um campo cuja importância estratégica é capital, porque é um comportamento corporal, que depende de um controle disciplinar, individual, em forma de vigilância permanente. A sexualidade é importante, tanto porque diz respeito ao individual, quanto à unidade múltipla constituída pela população, sobretudo, quando essa sexualidade individual está ligada ao fenômeno da procriação. Na verdade, a sexualidade está nessa encruzilhada entre o indivíduo e a população, entre corpo e fenômenos globais. Por esse aspecto é que incidem sobre ela mecanismos disciplinares e reguladores. A punição disciplinar, no plano do corpo, se faz necessária, pois, de outro modo, essa mesma sexualidade que é individual pode ter efeitos no plano da população. O autor (FOUCAULT, 2005, p. 301) denomina tal concepção como “degenerescência”<sup>14</sup>.

Para Foucault, se um indivíduo foi “devasso” sexualmente e tem uma doença em decorrência desse comportamento, essa doença opera na hereditariedade. Isso significa que também seus descendentes vão ser afetados por tal doença. A partir desse pensamento de Foucault, percebemos que, no caso dos colaboradores desta investigação, ocorre algo semelhante. Como o HIV é visualizado pela sociedade como resultante de um comportamento sexual “devasso”, e tal doença é transmissível, seus portadores merecem uma punição. Essa forma de percepção destacada por Foucault pode ser percebida por um dos participantes da pesquisa, que afirma sentir-se punido:

---

<sup>14</sup> Refere-se aqui a teoria, elaborada na França, em meados do século XIX, pelos alienistas, em especial por B.-A. Morel (*Traite des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine*, Paris, 1857). Essa teoria da degenerescência, fundamentada no princípio da transmissibilidade da tara chamada "hereditária", foi o núcleo do saber médico sobre a loucura e a anormalidade na segunda metade do século XIX. Muito cedo adotada pela medicina legal, ela teve efeitos consideráveis sobre as doutrinas e as práticas eugênicas e não deixou de influenciar toda uma literatura, toda uma criminologia e toda uma antropologia (FOUCAULT, 2005, p. 301).

Tive que administrar a questão da discriminação por ser acusado de macular toda a minha família pela minha indisciplina. Até hoje a própria família não me aceita. Uma tia minha nunca mais falou comigo. A mulher de um primo me falou: como você, evangélico, pode contrair o vírus do HIV? Você foi contra toda a instituição da família e afetou moralmente a todos nós. Respondi que a vida não está escrito numa caixinha, não dá para mudar. Eu não vou arrumar uma mulher para viver de mentira. Eu tive um pai alcoólatra, que deixou a gente passar fome. Eu não planejei e nem quis ser homo. Tudo é resultado da violência na infância (A/sp/m/ 34 anos).

Devido ao choque que pode causar o diagnóstico positivo para o HIV dentro da família, algumas pessoas escondem seu estado de saúde, na maioria dos casos por medo a uma reação negativa por parte dos familiares. Nota-se no relato do participante da pesquisa que a família o responsabiliza pela sua homossexualidade e por ter contraído o Vírus/HIV. 'Você foi contra toda a instituição família e afetou moralmente a todos nós'. O posicionamento dos familiares do colaborador da pesquisa está muito pertinente àquilo que o pastor se referiu à AIDS como "*câncer gay*" e responsabilizou os homossexuais pela doença.

O relato acima vem corroborar o preconceito e a discriminação potencializada na opção prática da sexualidade à normatizada e legitimada por discursos religiosos. Ou seja, "são mortos legitimamente aqueles que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros" (FOUCAULT, 1988, p. 130).

Para Foucault (2005, p. 300-01):

A extrema valorização médica da sexualidade no século XIX teve, assim creio, seu princípio nessa posição privilegiada da sexualidade entre organismo e população, entre corpo e fenômenos globais. Dai também a ideia médica segundo a qual a sexualidade, quando é indisciplinada e irregular, tem sempre duas ordens de efeitos: uma sobre o corpo e sobre o corpo indisciplinado que é imediatamente punido por todas as doenças individuais que o devasso sexual atrai sobre si.

Ainda, segundo o mesmo autor (1988), foi no século XIX, em virtude do advento da medicina, que as relações entre dois indivíduos do mesmo sexo passaram a ser rotuladas como "doença".

Segundo Grossi (1998, p.10), grande tem sido o debate no campo da psicanálise desde que Freud formulou a hipótese de que "todo indivíduo é portador da bissexualidade psíquica, ou seja, da possibilidade de desejar tanto indivíduos do mesmo sexo quanto do sexo oposto". Para ela, poucos, no entanto,

foram os psicanalistas, como Lacan e seus seguidores, que buscaram compreender as práticas sexuais não exclusivamente heterossexuais, uma vez que a maior parte da psicanálise seguiu teoricamente Freud, que considerava a homossexualidade como uma perversão - fruto de uma imaturidade psíquica.

Compreende-se com isso que o preconceito em relação à sexualidade disseminado na cultura do Ocidente produziu uma concepção desta atrelada a uma determinada concepção de morte e vida. Associada à interação entre as concepções de sexualidade, morte e vida, o SPP/HIV/AIDS assumiu o estigma como um atributo negativo imposto pela sociedade. Eles passaram a ser indivíduos desacreditados e com identidades deterioradas. A AIDS passou a ter significados metafóricos como morte, horror, punição, crime, vergonha e, sobretudo, uma doença sexual causada pela prática da sexualidade “devassa”.

#### **2.4 O enfrentamento da soropositividade por meio da religião**

A religião é apresentada pelos participantes desta pesquisa como imprescindível para o enfrentamento subjetivo da doença. Ela “abre caminhos” para o portador reencontrar-se consigo, bem como para encontrar justificativas e respostas plausíveis para a doença, mesmo que seja em forma de punição por ter transgredido as regras morais (Bíblia). Percebeu-se ainda que, para os participantes da pesquisa, a importância da religião não está somente em proporcionar o milagre da cura da doença, mas em responder à necessidade de construção de um mundo mais humano e seguro, onde não haja tanto preconceito e discriminação.

A percepção de não ter controle sobre a doença, sem cura, muitas vezes ainda percebida como sinônimo de morte é altamente estigmatizante, o enfrentamento das ideias religiosas torna-se significativa para o bem-estar subjetivo da pessoa portadora da soropositividade.

Nesse contexto, aos fenômenos que fogem das explicações plausíveis das ciências, ou quando estas (as ciências) não deram respostas significativas sobre os sofrimentos humanos, entre os quais as doenças, a religião assume o compromisso de fornecer uma resposta aceitável a tais fenômenos. Ela situa o sofrimento da doença numa cosmogonia (Croatto, 2001), onde possa ser

explicada e redimida. Esse papel da religião é destacado pelos sujeitos desta investigação, como mostra a afirmação deste entrevistado:

Sem uma religião, sem Deus na vida da pessoa você não encontra força e nem esperança para lutar. Se não fosse a religião hoje eu estaria morto. Acreditava em Deus, mas não no impossível que poderia acontecer comigo. Quando eu adquiri uma doença oportunista, as pessoas que iam me visitar das igrejas me diziam: você vai sair desta. Eu acreditava muito nas palavras que ouvia e me apeguei a elas. Eu lia muito a Bíblia (RC/sp/m/37 anos).

Nota-se que o colaborador da pesquisa entende que a religião tem a capacidade de estabelecer padrões morais, sociais e estéticos, que são assumidos por ela enquanto realidade. A religião torna-se essência de vida para o entrevistado, pois “a religião ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica imaginada e projeta imagens da ordem cósmica no plano da experiência humana” (GEERTZ, 1989, p. 67). Confirmando esse potencial da religião, relata este entrevistado:

Se eu não pensasse em Deus, eu não teria problema em contaminar outras pessoas. É Deus que faz com que eu me cuide e cuide também das outras pessoas. Primeiro temos que pensar em Deus e depois no próximo. O próximo não tem culpa de eu ser contaminado. Precisamos lutar por um mundo melhor, onde não haja tanto preconceito. A religião ajuda a humanizar (GS/sp/m/34 anos).

O entrevistado continua afirmando que, quem acredita em Deus, acredita na vida e não pode querer correr o risco de ter a consciência prejudicada, deixando de avisar um parceiro(a) sexual sobre o risco que, de alguma forma, oferece. Você precisa viver com a consciência tranquila, senão terá que conviver com mais uma “espécie de vírus” (consciência) dentro de você.

Para Geertz (1989), as ordens cósmicas no plano divino são projetadas no plano das experiências humanas e assimiladas pelas gerações com a ideia de realidade eterna para o grupo, a tal ponto que essas realidades, depois de objetivadas, passam a fazer parte da cosmovisão dos sujeitos sociais. Este processo é estabelecido na dinâmica do tempo e na capacidade que a religião tem em estabelecer “suas realidades” sobre o corpo dos sujeitos religiosos. Ele se dá desde a “chegada ao mundo”. É o que consideramos como processo de

socialização e, sobretudo, como seres sociais, somos sujeitos às influências das diversas normatizações (GEERTZ, 1989).

Para esse autor, a religião nas relações sociais se torna interessante não porque ela descreve a ordem social, mas porque a modela, tal como o faz o ambiente, “o poder político, a riqueza, a obrigação jurídica, a afeição pessoal e um sentido de beleza e respeito” (GEERTZ, 1989, p. 111). Essa forma de funcionamento da religião se confirma em nosso campo de pesquisa, como destaca esta entrevistada:

A religião me deu essa vida que foi Deus que me deu e eu tenho uma missão. Eu tenho uma esperança que irão encontrar uma solução com a ajuda de Deus para a cura desta doença. Esse problema irá acabar. Eu nunca fui revoltado, nunca chorei. A base foi a religião. Eu sou quem eu sou hoje devido à minha religião. A religião foi a primeira base para tudo. Os avós sempre me disseram que eu precisava lutar porque não sou diferente dos outros e a minha religião sempre confirma isso. É a minha base. É a minha referência pessoal, familiar e social (SNBG/sp/f/19 anos).

A religião, de acordo com o relato da participante da pesquisa, possui papel significativo na construção da coesão social. É resultante não apenas de decisões do âmbito racional, mas é profundamente humano e existencial. São formas de dizer ao mundo que a religião é a base que alimenta e produz sentido para a existência. Isso é vivido de tal modo pela colaboradora da pesquisa que passa a representar para ela e o grupo familiar o referencial para a vida.

Nessa perspectiva, a concepção de que a religião é a base e a referência pessoal, familiar e social é destacada por Durkheim (1989, p. 79). Para ele, a religião possui o papel social de produção e manutenção da coesão que desempenha na sociedade, como um sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, que une numa mesma comunidade moral chamada igrejas, todos os que a ela aderem.

Para os sujeitos de nossa investigação, a religião se equipara à família:

Religião e família para mim são a mesma coisa. A religião é a segunda família, só que a religião tem um padre que orienta em nome de Javé. Eu falo da minha – Javé – é uma união numa só carne. Eu tenho que respeitar a minha esposa e os filhos. Eu tenho que respeitar quem fala em nome de Deus. Viver da melhor maneira. Tenho recebido orientação do Deus Javé e a gente consegue viver bem (EEG/sn/m/65 anos).

Ser compreendido, amado e perdoado gera apoio emocional que fomenta um bem-estar. São instituições que oferecem aconchego, proteção e perdão.

Nessa construção, a religião se apresenta como um universo simbólico de significados que legitimam a estrutura da sociedade e reconstróem realidades humanas. O papel e o lugar da religião destacados pelos autores acima apresentados se faz presente em nosso campo empírico:

Os ensinamentos da igreja me fortaleceram. Se eu não tivesse me apegado aos evangelhos e à doutrina, com certeza eu não existiria mais, eu já teria morrido. Procurei muito o conhecimento para poder envolver a minha mente e poder entender o que estava acontecendo com a minha vida para encontrar um novo sentido. (TSS/sp/m/34 anos)

Eu não comento mais com ninguém se a minha imunidade está baixa. Eu deixo nas mãos de Deus. Eu falo com Deus: obrigado, Senhor, porque você tem poupado a minha vida durante todo esse tempo do tratamento e não permitiu que entrasse nenhuma doença oportunista. (PCP/sp/f/38 anos)

O primeiro entrevistado relata que 'quando ouvi pela primeira vez sobre o HIV/AIDS eu disse que Deus iria me ajudar a conseguir uma cura para esta doença'. De acordo com o mesmo, o pastor de uma denominação religiosa que ele frequenta o acolheu, deu-lhe muita esperança, afirmando que para Deus tudo pode acontecer, inclusive a cura.

Segundo Botelho (1991, p. 81), para se entender a importância da religião na cultura do Ocidente, se faz necessário compreender alguns episódios contidos na Bíblia. Com o surgimento do monoteísmo cristão no Ocidente, Deus passou a ter o poder sobre a vida e a morte das pessoas, mas, sobretudo, naquilo que está diretamente relacionada à saúde e à doença. Esse domínio representa o poder absoluto sobre as pessoas. A premiação que a pessoa recebia pela obediência à lei divina era dada em forma de saúde, e como castigo pelo seu descumprimento era dado a doença. Reflexos dessa forma de concepção podem ser percebidos no depoimento de um pai de um soropositivo. Este, ao tentar dar sentido e encontrar resposta à situação que estava experienciando, quando perguntado pelo pesquisador sobre a importância da religião para ele, ao se confirmar a soropositividade do seu filho, assim respondeu:

Apoio! apoio espiritual. Eu falei para o meu filho: a gente não pode errar. Errou porque você adquiriu o vírus, agora tem que ser digno para morrer. Morrer sem reclamar, eu tive que falar, o coração estava me cortando, mas eu tive. As meninas nasceram portadoras, então eu não falo isso, mas ele não, ele é culpado, adquiriu. Nós não recebemos os ensinamentos da Bíblia que não devemos fazer as coisas erradas? Tudo de errado que a pessoa faz, ele vai colher. Tem que andar certo para colher bons frutos (EEG/sn/m/65 anos).

Neste caso, quando o pai analisa o diagnóstico para o HIV/AIDS do seu filho é categórico nas palavras: ‘Eu falei para o meu filho: a gente não pode errar na vida, mas você errou, agora não pode reclamar e tem que morrer com dignidade. Mesmo com o coração me cortando. As netas nasceram portadoras, então eu não falo. Elas não são culpadas’.

Nota-se na configuração deste melancólico, mas sincero diálogo entre pai e filho, que a doença é vista como um castigo de quem desobedeceu à lei divina. Afirma o entrevistado: ‘nós não recebemos da Bíblia que não devemos fazer as coisas erradas?’ e conclui: ‘tudo de errado que a pessoa faz ela vai um dia colher’. Ou, ainda, outro entrevistado, ao afirmar que:

O propósito de Deus não é que a gente morra e nem que a gente fique doente. A proposta é para a vida eterna. Foi lá no começo da rebelião que houve o desentendimento, com Adão e Eva. Tenho consciência que a doença não vem através de si, mas a origem da doença vem lá de traz, lá no pecado original. Eles desobedeceram. Se isso não ocorresse, não teria doença, não teria pecado, não teria nada, a doença do HIV/AIDS é fruto da desobediência humana (JRS/sp/m/48 anos).

Por isso, julgamos importante, a partir das afirmações dos entrevistados, destacarem alguns episódios do livro do Antigo Testamento que ilustram o poder divino de interferir na vida das pessoas, quando transgridem os preceitos morais estatuídos. Os transgressores serão considerados pecadores e terão que ser necessariamente amaldiçoados. “Vão ficar enfraquecidos pela fome, corroídos por febres e pestes violentas” (DEUTERONÔMIO, 24).

No Antigo Testamento, a tentativa de materializar a doença é percebida a partir do seu sentido em oposição à saúde, sendo esta representada pelo bem e aquela (doença), pelo mal. Dessa forma foi possível dar-lhe um sentido histórico-teológico, capaz de formar no pensamento coletivo uma divisão nítida pelo afrontamento da saúde como bem, luz, justiça, limpeza e bondade, com a doença como sinônimo de maldade, escuridão, injustiça e sujeira (BOTELHO, 1991, p. 82).

Ainda para Botelho (1991), é possível que a dificuldade para explicar os fenômenos da natureza, aliadas à luta pela sobrevivência, tenham marcado a proto-história, no seu aspecto teológico, para considerar o homem essencialmente transcendente e voltado para Deus. A entrada da ciência antropológica teve como consequência, a partir dos povos Mesopotâmios, a autossuficiência de Deus para “materializar toda criação a partir da organização do caos fazendo com que o homem, a terra e tudo que entre eles se coloca refletisse a sua perfeição” (BOTELHO, 1991, p. 82).

De acordo com Botelho, desde os primeiros registros escritos pelos povos mesopotâmicos, que falam da doença ela foi claramente colocada como

oposição à saúde e ligada ao mal como a saúde foi relacionada ao bem. As enfermidades materializaram-se no homem quando os deuses bons retiravam, como medida de castigo e punição, a sua proteção e deixavam os deuses-maus atuarem livremente (BOTELHO, 1991, p. 82).

O monoteísmo em curso retirou o poder dos vários deuses mesopotâmicos de curar e fazer adoecer e colocou-o no seu próprio Deus. Assim, ele passou a ser o senhor não só da vida e da morte, mas também da saúde e da doença. O aparecimento das enfermidades restou reduzido ou maximizado ao poder de um único Deus. “A saúde e a doença passaram também a representar o poder de Deus sobre os homens, oferecidas respectivamente, como prêmio ou castigo pela obediência à sua Lei” (BOTELHO, 1991, p. 82).

Para Botelho (1991), a partir disto ficou fácil explicar por esse mecanismo o aparecimento das enfermidades nos pecadores, mas difícil de explicá-las nos obedientes e tementes a Deus. Por outro lado, segundo o autor, ficava confuso caracterizar a hierarquização da falta cometida e justificar como seriam distribuídas entre os homens as diferentes manifestações da vontade divina, como a lepra, a loucura e a cegueira que os excluía do convívio social.

Esse vazio para justificar as doenças permaneceu no monoteísmo até, pelos menos [sic], o período do judaísmo pós-exílico. O certo é que apareceu, naquela época, a figura do antiDeus ou Diabo, como criatura inteligente, incorpórea, ligada ao mal e capaz de favorecer o aparecimento das doenças como demonstração de poder para enfrentar Deus, uma vez que não se conseguiam explicar pelas determinações de Deus, as situações vividas que causavam desconforto (BOTELHO, 1991, p. 82-3).

Para Botelho, a associação da doença com o pecado no sentido de “mau, escuro, sofrimento e dor” (p. 83) foi concretizada pelo monoteísmo judaico. Porém, “é na protologia judaico-cristã que encontramos a doença aceita como contrária à intencionalidade de um Deus bom” (BOTELHO, 1991, p. 83).

O pecador é, essencialmente, um possuído pelos demônios e também enfeitiçado, um doente, a ponto de, em alguns textos, os termos sortilégio, maléfico, pecado, doença e sofrimento aparecem praticamente como sinônimos.

Entende Botelho (1991, p. 83-4) que a polarização do antideus e Deus consolidou a eterna e também mítica luta entre o bem e o mal, visto que, somente e unicamente pela força bondosa de Deus, os humanos poderiam vencer o antideus e superar as doenças. Com essa leitura, Ele não só seria o senhor da vida, mas também poderia causar a morte, desolação e sofrimento para os que desobedecessem à sua lei.

Por outro lado, no livro do Novo Testamento, a salvação trazida por Jesus é anunciada como aquela que opera milagres, sendo que um desses milagres anunciados era a cura de doenças: “Jesus percorria toda a Galiléia, ensinando em suas sinagogas, pregando o evangelho do reino e curando toda e qualquer doença ou enfermidade do povo” (LC, 4, 23).

Portanto, a herança do cristianismo na história trouxe consigo o poder da cura das enfermidades por meio dos milagres. O poder de Jesus foi transferido aos discípulos. “Chamando a si os doze discípulos, deu-lhes poder sobre os espíritos imundos, para os expulsarem e para curarem toda sorte de doenças e enfermidades” (MT 10,1). Os instituídos das igrejas passaram a ser imbuídos de tais poderes.

A partir do século XVI, instituições se espalharam com novas práticas e outros saberes sobre a cura das enfermidades. Nesta perspectiva, afirmam Pignatti e Castro (2008) que a religião é uma das marcas mais contundentes da cultura, tanto nas manifestações coletivas, quanto nos procedimentos de cura individual da enfermidade. Ainda, segundo eles, a doença surge como uma ruptura de um equilíbrio que não atinge somente o corpo físico, mas que atinge outras áreas (bem-estar, lazer, trabalho). Por isso que, no caso dos sujeitos desta investigação, a religião assume a função de dar uma resposta cosmogônica à sua

experiência de doença: 'A igreja ajudou muito para enfrentar. É lá que a gente segura às pontas' (EEG/sn/m/65 anos).

Os participantes da pesquisa assinalaram a religião como indispensável para o enfrentamento da doença. Ela abre caminho para o portador reencontrar-se consigo, bem como encontrar justificativas e respostas plausíveis ou de resignação para enfrentar a doença e/ou justificá-la para si e para a sociedade.

#### **2.4.1 O reflexo do sofrimento causado pela doença HIV/AIDS em relação à moral cristã**

Para Parker (2001), o papel da mídia que se assessorou com profissionais da área de saúde foi fundamental para apresentar informações da AIDS e, sobretudo, ajudou abordar temas como o comportamento sexual, riscos e uso de preservativos. Com isso, levou as igrejas a cessarem o discurso ameaçador e a tratarem deste problema como um caso de amor ao próximo e, sobretudo, de saúde pública.

Nessa mesma perspectiva, Galvão (2000) afirma que o aparecimento do soropositivo para o HIV/AIDS (SPP/HIV/AIDS) no Brasil propiciou diferentes tipos de manifestações por parte de diferentes tradições religiosas, entre elas o acolhimento aos fiéis e a orientação aos enfermos. Ora, a interpretação cosmogônica da doença como forma de remissão está entre os refúgios que a pessoa encontra na divindade, cujos símbolos são apresentados nas instituições religiosas. A experiência desse fenômeno foi destacada pela entrevistada quando fora mencionada a importância da religião para a sua vida. Primeiramente, abriu um sorriso e com palavras firmes e contundentes, assim relatou:

Quando o meu filho morreu, eu pedia vinte e quatro horas por dia para eu morrer. Sabe quando uma carniça fede? Assim eu me sentia. Eu me via viva, mas como uma carniça que não prestava mais para nada. Perdi todos os meus sonhos. Eu me escondia dentro de mim. Quando as pessoas começavam a falar perto de mim eu saía. Até o ponto que uma pessoa me falou o seguinte – você sabe se você se matar você vai perecer eternamente lá no inferno? Poxa! Eu nunca matei, eu não fiz nenhum mal para ninguém. Fui contaminada pelo meu marido inocentemente. Agora vou ter que sofrer eternamente na outra vida. Ele começou a rezar para mim, dizendo que nós precisamos limpar a nossa alma. Nós temos uma alma boa, uma alma limpa, nós precisamos prestar contas para Deus. Há vida após a morte, só quem morre é a

carne, nós temos o espírito que é limpo e bonito. Eu comecei a me perguntar e me perturbar com isso. Não é justo eu sofrer tanto aqui na terra e continuar sofrendo no céu! Vou fazer o seguinte – vou conhecer esse Deus. Só que todo o dia tinha uma senhora que passava e gritava – vamos à igreja? Isso durante quatro meses. Eu fugia ou dava uma desculpa para não ir. Já não suportava mais essa pressão dessa mulher. Um dia eu a vi de longe e falei o seguinte, não precisa me chamar, hoje eu vou à igreja. Foi numa quarta feira e gostei muito. Foi preenchendo aquele vazio e fui numa segunda vez e aceitei. Ai eu comecei a sonhar, comecei a ficar feliz, aquela coisa já não me atormenta mais. Olha! Eu vou te falar, hoje eu entendo porque eu tive que passar por tudo isso (PCP/sp/f/ 38 anos).

Neste caso, a religião poderá ser compreendida na perspectiva de Geertz (1989, p. 67) como um sistema simbólico que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos seres humanos por meio da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral. As concepções são vestidas de tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem, segundo o autor, singularmente realistas. Ou seja, intervém tanto na definição do sentido como na orientação das práticas sociais. Para Geertz, (1989, p. 68), a religião pode fornecer explicação e a justificação das relações sociais, bem como construir o sistema das práticas destinadas a reproduzi-las.

No momento que a entrevistada aceitou ir à igreja, a religião pode intervir na vida, tanto na definição do sentido para a sua existência como na orientação das práticas sociais. ‘Foi preenchendo aquele vazio e fui numa segunda vez e aceitei. Aí comecei a sonhar, comecei a ficar feliz. Hoje, eu entendo, porque eu tive que passar por tudo isso’. O depoimento dela continua:

Eu queria ter uma vida boa. Tive chance de ir ao Japão. Imagine eu pobre com o coração endurecido daquele jeito? Imagine eu rica financeiramente? Quanta maldade eu iria praticar contra as pessoas. Meu coração seria pior. Hoje eu não tenho nada, mas não troco pela vida que eu não tive. A religião me ensinou o melhor caminho (PCP/sp/f/38 anos).

Nesse caso, as informações religiosas vão sendo objetivadas nas pessoas a partir do preconceito construído e legitimado pelas próprias ideias religiosas. A legitimação ocorre em vias opostas, muitas vezes ela condena por ser a legitimadora das práticas preconceituosas construídas ao longo da história, especificamente em relação à sexualidade. Mas, a religião também pode desempenhar um papel essencial na acolhida e aconchego das pessoas epidemiológicas. Instituições e líderes já percebem que a religião não é só um

conceito dinâmico, mas que ela pode ser uma incrível plataforma para mudanças quando se fala do HIV/AIDS. Essas iniciativas refletem uma mudança de mentalidade em relação aos próprios preconceitos sustentados ao longo da história. O papel da religião não é julgar, mas mostrar perdão, compaixão e solidariedade. E quando isso é feito genuinamente, ela pode ajudar a encontrar um novo começo depois do diagnóstico positivo.

São duas as situações evidenciadas pela entrevistada: sonhar em ter uma vida boa e ir morar no Japão. Mas a soropositividade interrompeu abruptamente a concretização do projeto. 'Perdi todos os meus sonhos. Eu me escondia dentro de mim. Quando as pessoas começavam a falar perto de mim eu saía' (PCP/sp/f/38 anos).

Depois da comprovação da SPP/HIV/AIDS da entrevistada e do seu próprio filho, com o suicídio do marido, sem ele contar para ela que havia contraído o Vírus/HIV/AIDS, afirma ela que pagou o preço pelo preconceito, mas também, encontrou em Deus um novo começo para a sua vida e dos seus filhos.

Entendeu que há maldade no mundo. Eu pago por não fazer nada de errado, porque eu me cuidei, mas o meu marido irresponsável não. Eu passei por isso porque eu acreditava cegamente nas pessoas e na sociedade. Não adianta você viver corretamente, o mundo não tem coração (PCP/sp/f/38 anos).

Sabe quem é a minha maior confiança? Não é a medicina – é só Deus. É ele que sabe o que vai ocorrer comigo. Não que eu deixei de me cuidar, tomar remédio, eu tomo direitinho, agora é Deus que sabe o que vai ocorrer comigo. Se ele quiser me curar ele me cura, se não quiser ele não me cura. Leva-me senhor no tempo certo, me leva no tempo que o senhor achar que tem que me levar (PCP/sp/f/38 anos).

O drama partilhado pelos vinte e cinco participantes da pesquisa em relação às suas vidas após a confirmação do diagnóstico da soropositividade é praticamente o mesmo. Eles (entrevistados) sentem-se à margem de toda e qualquer realidade, seja familiar, profissional e social. Afirmam eles que a religião (Deus) e a cumplicidade entre eles tornaram-se a maior aliada para a própria sobrevivência humana e existencial de cada diagnosticado SPP/HIV/AIDS.

Ninguém quer ouvir, fulano morreu, outro morreu - isso acaba com a gente, por isso dá preocupação para que todos estejam bem. É preferível não saber. Algumas vezes você precisa se alienar para dar conta de viver. Muitos se alienam e não querem fazer o exame porque

não teriam estrutura para suportar o diagnóstico positivo. Eu estou aqui agora para mostrar para os outros que eu estou bem, senão eles ficariam angustiados (JRS/sp/m/48 anos).

O acreditar no transcendente e o afeto cúmplice entre os participantes da ONG são gotas cotidianas de motivação para aguentar a dor física e social da doença, afirma um participante que estava na ONG naquele momento, somente para mostrar para os seus colegas que ele se encontra bem de saúde. Para os participantes da pesquisa, não frequentar a ONG nos dias marcados, causa um mal-estar geral a todos. Acreditar numa divindade e a cumplicidade<sup>15</sup> entre eles (portadores da soropositividade) são seivas que alimentam a todos com vida e esperança.

## **2.5 A culpabilidade de quem tem que omitir a soropositividade cotidianamente**

Diante do diagnóstico e da confirmação da epidemia da AIDS, percebe-se que, para os participantes desta pesquisa, não se trata apenas da descoberta de uma doença. As histórias narradas por esses participantes levam a inferir que para eles, iniciou-se uma tríplice batalha: destruição dos vínculos sociais e afetivos, exclusão e solidão e o próprio vínculo com a morte.

Depois do tríplice turbilhão sofrido pelo impacto do diagnóstico positivo para o HIV/AIDS, vem a necessidade da reestruturação de suas vidas, porém, com um grande desafio em manter em segredo e sem assumir a condição de soropositivo, que significa ter várias perdas, inclusive da identidade construída durante toda a vida. Assim afirma a participante:

A gente fica constantemente com medo de ser rejeitada pelas pessoas e até por familiares. Eu evito até tocar numa criança porque eu não sei qual será a reação das pessoas. Eu tenho uma neta que me ama muito; é tudo o que eu tenho. Levo-a comigo só quando vou num lugar e tenho certeza que lá não vai se falar da doença. Ela não sabe e temo a reação

---

<sup>15</sup> Durante os meses ininterruptos que estivemos em contato com os participantes da pesquisa, também presenciamos muitos outros recém-diagnosticados SPP/HIV/AIDS, que buscavam ajuda na ONG pela primeira vez. Havia uma preocupação imediata dos próprios atendidos em acolher os novos. “Olha moço, estou aqui há vinte anos, é só você acreditar e não desistir” (MS/sp). Notava-se que quando alguém recebia o diagnóstico da infecção, não sabia a quem recorrer e a quem contar. Além disso, culpava-se pela própria soropositividade.

dela comigo. Tenho medo de ser rejeitada e desacreditada por ela (CSS/SP/f/52 anos).

A soropositividade passa a fazer parte de todos os momentos do cotidiano da pessoa diagnóstica SPP/HIV/AIDS, provocando alterações em sua rotina e em seu comportamento. Para Goffman (1981), a pessoa para se sentir bem e segura em relação à sociedade precisa desempenhar um papel de interação que tenha coerência e reciprocidade com o meio. A interação é o processo de influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros. Quando há uma discrepância entre a identidade social real de um indivíduo e sua identidade virtual<sup>16</sup> é possível que as pessoas, sujeitos do preconceito, tenham conhecimento da pessoa estigmatizada antes de entrar em contato com ela ou, então, que essa discrepância do virtual se torne evidente no momento em que o sujeito do preconceito seja apresentado para a sociedade (GOFFMAN, 1981, p. 38).

Uma das possibilidades fundamentais na vida das pessoas estigmatizadas, segundo Goffman (1981, p. 38), é a colaboração que presta àqueles que não sofrem de nenhum preconceito, denominados pelo referido autor como de “normais”. Estes atuam na sociedade como se a marca diferencial manifestada (estigma) não tivesse importância nem merecesse atenção especial. No caso da pesquisa, alguém diagnosticado soropositivo não tem nenhum suporte social em relação aos demais. A pessoa diagnosticada, além de enfrentar todo o preconceito e a discriminação social, não consegue se manter no emprego e nem zelar pelos compromissos assumidos porque na maioria das vezes a sua identidade virtual já é do conhecimento do outro. Assim como afirma um dos participantes da pesquisa: ‘se você estiver numa entrevista de emprego e souber que você é portador da síndrome HIV, a entrevista termina aí mesmo e a sua ficha some’ (TSS/sp/m/34 anos).

Autores como Ferreira e Figueiredo (2006) entendem que a AIDS pode ser um pretexto para discriminação no mercado de trabalho. Além disso, no âmbito do

---

<sup>16</sup> Designa por identidade social virtual o indivíduo estigmatizado cuja identidade social real inclui alguns empecilhos como: deformações físicas, (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto) os desvios de carácter (distúrbios mentais, vícios, toxicodependências, doenças associadas ao comportamento sexual, reclusão prisional), e estigmas tribais (relacionados com a pertença a uma raça, nação ou religião), que frustra as expectativas de normalidade da pessoa (GOFFMAN, 1981, p. 37).

trabalho, a AIDS não é entendida ainda como uma doença igual a outras, sobre as quais as empresas e instituições têm responsabilidades, enquanto segmentos da sociedade civil. Tal compreensão ainda não está presente, tanto no relacionamento do funcionário epidemiológico quanto das ausências causadas pela doença. Foi exatamente o que mais ocorreu com os participantes desta pesquisa: o afastamento definitivo do emprego devido à doença. Apenas uma participante se conservou no mercado de trabalho por atuar na esfera pública. A maioria dos participantes da pesquisa alegou que tentou retornar ao mercado de trabalho após a normalização da epidemia, porém, sem sucesso.

Assim o entrevistado relatou o seu dia-a-dia:

Há consequências terríveis para o organismo de alguém que contraiu a soropositividade. O dia-a-dia é determinado pela doença. Se você falar que é soropositivo você perde o emprego e se não falar você começa a faltar muito ao trabalho. A sociedade não vê isso e muito menos dá atenção. A sociedade exige de você como se você nada tivesse. Não é fácil a adaptação do organismo aos medicamentos. Muitos começam a tomar os medicamentos e desistem por não conhecerem as complicações dos medicamentos até o organismo assimilar. Essas informações são imprescindíveis para o SSP/HIV/AIDS e também para a sociedade. O corpo é deformado; o corpo é modificado totalmente. Você levanta de manhã com qualquer mal-estar e, ao invés de ir normalmente ao trabalho, você precisa tomar o ônibus e ir ao hospital. Você falta ao trabalho e logo é demitido. Você não leva mais dinheiro para casa e a família cobra isto de você. Os medicamentos acabam com o corpo, o pobre não tem meio e nem dinheiro para cuidar do corpo, ir à academia, estética e outros, torna-se diferente e desacreditado pela sociedade (JRS/sp/m/48 anos).

Entretanto, quando a diferença não está imediatamente aparente no físico da pessoa e não se tem dela um conhecimento prévio ou, pelo menos, ela não sabe que os outros a conhecem, ela é, na verdade, ainda, uma pessoa desacreditável<sup>17</sup> e não desacreditada. É nesse momento que aparece a segunda possibilidade fundamental em sua vida. Ou seja, suportar a tensão cotidiana gerada pela necessidade social de ter que omitir ou manipular cotidianamente o seu drama pessoal da doença.

A questão que se coloca não é a da manipulação da tensão gerada durante os contatos sociais e, sim, da manipulação de informação sobre o seu defeito. Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou

---

<sup>17</sup> Uma pessoa desacreditável é quando a diferença não está imediatamente aparente na pessoa e não se tem dela um conhecimento prévio do seu estigma (GOFFMAN, 1981, p. 38).

escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como, quando e onde (GOFFMAN, 1981, p. 38).

Omitir ou manipular cotidianamente a sua história pessoal (soropositividade), gera no dia-a-dia muita angústia e sofrimento. 'Você se envolve afetivamente com alguém e ele corresponde e logo você se sente acolhida e amada. É aí que se inicia o meu drama pessoal e cotidiano. Revelar ou não revelar para a outra pessoa' (NMC/sp/f/40 anos). Na busca afetiva, há sempre dois trágicos caminhos: você conta e ele some ou você silencia e vai levando o namoro e corre o risco, inclusive jurídico, de ser punida no rigor da lei por omitir uma informação que coloca o outro em perigo de contaminação do vírus HIV/AIDS.

Esse mesmo drama pessoal acontece quando você busca um novo emprego. Se você fala, 'logo a conversa muda e a entrevista logo termina. Se você não fala, você logo é demitida porque a doença vai fazer com que você falte muito ao trabalho' (NMC/sp/f/40 anos).

Assim relata a informante sobre o preconceito/medo presente na sociedade:

Em relação ao preconceito que há nas pessoas, se percebe constantemente quando se busca emprego, ou quando você se amarra em alguém afetivamente. Percebe-se quando você conhece alguém interessante para namorar. Eu digo que sou soropositivo, ele some, não quer mais saber. Eu tinha um rapaz que eu sei que gostava demais da minha pessoa, daí contei para ele, foi a mesma coisa do que jogar água no fogo. É muito difícil para a mulher (NMC/sp/f/40 anos).

A pesquisa de campo constatou que algumas situações de pessoas com estigmas que foram originados do seu comportamento ou que têm a possibilidade de modificá-los, a partir de suas próprias ações, podem receber um tratamento mais severo por parte de quem as discrimina.

Observa-se que pessoas soropositivas podem ser avaliadas pelas pessoas de sua convivência como mais ou menos responsáveis pela sua situação. Há graus de descrédito social a partir do histórico social do indivíduo diagnosticado SPP/HIV/AIDS. Por exemplo: aos trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis, pessoas consideradas "promíscuas", homossexuais e outros grupos já estigmatizados antes da infecção sofrem maior ameaça de discriminação do que

aqueles que se infectam a partir de transfusões de sangue ou pela transmissão vertical.

O soropositivo para o HIV/AIDS é muito rejeitado pela sociedade devido o preconceito pela maneira da gente ser, ser homossexual. Você já carrega a culpa de ser um dos responsáveis por espalhar a doença. A televisão é extremamente preconceituosa quando fala do HIV/AIDS. Há propagandas só em momentos oportunos - carnaval. A mídia não explica e nem esclarece a complexidade da doença e, ainda, relaciona a doença aos grupos de risco (JRS/sp/m/48 anos).

Retomando a teoria de Goffman (1981) sobre o estigma e preconceito e remetendo-o à análise dos depoimentos dos SPP/HIV/AIDS, segundo o entrevistado, já há uma predisposição preconceituosa instalada na própria orientação para a prevenção da AIDS/HIV, relacionando-a a uma prática social de imoralidade e de irresponsabilidade de quem contrai o Vírus. Assim, pergunta-se o entrevistado, sobre o preconceito contra pessoa SPP/HIV/AIDS.

Por que há tanto preconceito contra a pessoa soropositiva para o HIV? Já que é uma doença mais controlada do que muitas outras doenças. É uma doença qualquer, não sei por que de tanta rejeição da sociedade. Vivemos constantemente na insegurança e na incerteza. (VMS/sp/f/50 anos).

Goffman (1981) afirma que pessoas que vivem numa incerteza constante sobre a receptividade em relação ao outro, sentem-se inabilitada em relação a tudo. O SPP/HIV/AIDS vive exatamente o drama de não saber o que poderá ocorrer no contato seguinte com o outro, seja na busca do emprego, no contato afetivo, no olhar do transeunte.

Para a pessoa inabilitada, a incerteza quanto ao status, somada à insegurança em relação ao emprego, prevalece sobre uma ampla gama de interações sociais. O cego, o doente, o surdo, o aleijado nunca podem estar seguros sobre qual será a atitude de um novo conhecido, se ele será receptivo ou não, até que se estabeleça o contato. É exatamente essa a posição do adolescente, do negro de pele clara, do imigrante de segunda geração, da pessoa em situação de mobilidade social e da mulher que entrou numa ocupação predominantemente masculina (GOFFMAN, 1981, p.15).

Para Neves e Lima (2011, p. 3), é a partir dessa complexidade de insegurança que o indivíduo SPP/HIV/AIDS se vê frente ao contexto que deverá

enfrentar. Terá que reaprender a cuidar de si. Aprender a administrar as reações aos medicamentos. Conviver com as relações sociais de preconceitos.

Para Bury (1982), o SPP/HIV/AIDS precisa adquirir sobre a vida pessoal e subjetiva um novo aprendizado de sociabilidade com a sociedade que o autor citado designa como “ruptura biográfica”, caracterizada em termos de uma fundamental reconsideração da biografia da pessoa e de seu conceito de si. Ortega (2003) denomina essa “ruptura biográfica” como um processo de biopolítica no qual o “eu existe para cuidar do corpo, esta a seu serviço” (ORTEGA, 2003, p. 69).

## **2.6 O reflexo da soropositividade para a HIV/AIDS em relação à sociabilidade**

De acordo com Neves e Lima (2001), para os indivíduos SPP/HIV/AIDS o saber-se portador do vírus é tido como um choque em suas vidas e um divisor de águas entre o antes e o depois deste conhecimento. Isto porque parece se estabelecer uma distinção entre o “eu” e a corporeidade “doente”.

Todos os entrevistados disseram que a vida nunca mais foi a mesma depois de saberem-se portadores do Vírus HIV/AIDS. Para eles há o antes e o depois da comprovação da soropositividade.

A vida nunca mais foi a mesma. Foi um choque, nem conhecia HIV, quanto tempo de vida, os riscos. Depois que fomos entender o que era. Não sabíamos que era morte (médicos). Você se cuidando vive muitos e muitos anos (JRdeS/sp/m/37 anos).

Compreender, aceitar e nascer novamente. Antigamente era morte. Hoje é uma pessoa que precisa ter um excesso de cuidados (MS/sn/m/19 anos).

Preconceito, medo, morte, tristeza. – no meu caso – melhor maneira de viver (S/sp/f/19 anos).

Existe soropositivo em outras doenças? Sim! Então é esperança, vida, Deus, tratamento, cura (JP/sn/f/62 anos).

Soropositivo, eu venho estudando desde os doze anos. Para muitos é o fim da vida, é a morte. Quando eu soube da soropositividade, morreu o fulano antigo e nasceu um novo fulano. Vou procurar me cuidar mais (GS/sp/m/34 anos).

A partir das respostas dos entrevistados, constata-se que houve em todos eles uma compreensão que a vida não seria mais do mesmo jeito. Designa-se, portanto, uma ruptura biográfica que faz emergir em si uma consciência dos limites de seu corpo e dos limites que passam a ser impostos pela sociedade (NEVES e LIMA, 2011, p. 4). A condição para viver é aprender a cuidar de si, ou seja, incorporar a doença na biografia da cotidianidade da vida. Neste contexto, a incorporação biográfica não tem se dado sem sofrimento.

Para Herzlich (2005), a doença em seu corpo provoca em sua vida transformações que vão desde a autoimagem, sentimentos de vergonha até à dificuldade de integrar-se nos espaços sociais, incluindo as desorganizações e rupturas das rotinas cotidianas.

O estudo minucioso da vida cotidiana com uma doença crônica demonstra na maior parte das vezes uma desestabilização irreversível: a ruptura das rotinas cotidianas, a necessidade de reavaliar os comportamentos habituais, os “conhecimentos da experiência” em que está assente a existência pessoal de cada um, notadamente da vida em família e no trabalho. (HERZLICH, 2005, p. 200).

Para Neves e Lima (2011), este afastamento está relacionado ao processo reflexivo que a doença provoca e da emergência de sentimentos de vergonha, medo e alteração na percepção de si mesmo. Portanto, todo o caráter negativo e moralizante da doença recai sobre o indivíduo, responsabilizando-o.

Assim relata um dos informantes da pesquisa:

As pessoas ficariam loucas se soubessem que são portadores do HIV/AIDS; você não sabe com quem partilhar quando recebe a notícia do médico. Você fica sem chão. Você não sabe em quem confiar. Você se pergunta o que fazer. Os medicamentos são terríveis até acertar a dose exata. Você precisa começar a vida novamente. Por isso que eu venho aqui nesta ONG. É muito confortável socializar a doença, por isso, eu fico quietinho e cuido para não transmitir o vírus para ninguém. É mais fácil conviver e partilhar a vida o dia-a-dia com quem tem a doença porque vivem a mesma situação (JRS/sp/m/48 anos).

Ainda para Neves e Lima (2011), em contrapartida, temos a dimensão do segredo como “obstáculo”, a princípio, devido ao impacto do sorodiagnóstico para que os indivíduos desponham o interesse por socializar-se. Mas por outro lado, alguns informantes afirmaram que durante a vida foram encontrando pessoas que se parecem com eles e assim foram se adaptando, criando um novo círculo de

amizadas. A experiência desses sujeitos aproxima-se das afirmações de Goffman:

Sem considerar o modelo geral ilustrado pela carreira moral do indivíduo estigmatizado, é interessante considerar-se a fase de experiência durante a qual ele aprende que é portador de um estigma, porque é provável que nesse momento ele estabeleça uma nova relação com os outros estigmatizados. Em alguns casos, o único contato que o indivíduo terá com os seus iguais é muito rápido, mas suficiente para mostrar-lhe que existem outras pessoas iguais a ele (GOFFMAN, 1981, p. 33-4).

De acordo com Goffman (1981), isto ocorre porque uma pessoa que possui algum tipo de estigma oculto ou em segredo tende a se afastar do convívio, principalmente das pessoas próximas, por medo de que estas descubram o seu estigma. Aqui acrescentamos situações de insegurança gerada pelo medo de ser identificado como portador do Vírus/HIV, dificultando o envolvimento nos espaços de sociabilidade por não ser os seus iguais. O HIV/AIDS é uma doença extremamente estigmatizada por seu caráter estar atrelado a algum tipo de conduta desviante, de modo que há responsabilização imediata ao indivíduo acometido. Por esta razão é que surge a importância da utilização do segredo como estratégia no convívio com o HIV/AIDS.

Neste capítulo, percebemos que, dentre as principais queixas que os informantes da pesquisa elencaram, estava a questão do preconceito: ‘Eu tenho uma neta de quatorze anos que é muito próxima, agora, ela só me acompanha quando eu sei que naquele lugar não vai se falar sobre SPP/HIV/AIDS. Ela jamais poderá saber sobre a minha soropositividade’ (VMS/sp/f/50 anos).

Este é sempre tomado como um dos pontos mais críticos aos que estão sujeitos cotidianamente a conviver com o HIV/AIDS. O preconceito tornou-se, antes do próprio desencadeamento da doença, “o inimigo mais cruel dos acometidos pelo vírus HIV/AIDS. Isto porque, com o desenvolvimento dos medicamentos antivirais, os indivíduos não temem impreterivelmente a morte física, mas antes a morte social” (NEVES E LIMA, 2011, p. 6).

Na pesquisa de campo, todos os vinte e cinco entrevistados mostraram exatamente a preocupação com a morte social. Deus/religião e a família foram as palavras mais ouvidas durante as entrevistas. Só depois vem a preocupação com

o tratamento médico. A opção pelo tratamento depende primeiramente em encontrar uma resposta sobrenatural. A família e as instituições de apoio são suportes para que a pessoa tenha força para romper com a biografia anterior. Ortega (2003) denomina essa “ruptura biográfica” como um processo de biopolítica no qual a pessoa SPP/HIV/AIDS deve existir prioritariamente para cuidar do seu corpo, cuidar de si, estar a seu serviço.

A pesquisa de campo aponta a religião/igreja e a família como imprescindíveis para que o SPP/HIV/AIDS possa socializar a doença e encontrar apoio tanto emocional, quanto existencial, psicossocial e estrutural para agregar condições e poder cuidar de si. É o que vamos investigar no terceiro capítulo da tese.

## **CAPÍTULO III. FAMÍLIA E RELIGIÃO: ENTRE O CONFORTO DO IDEAL E A COMPLEXIDADE DO REAL**

### **3.1 Introdução**

O objetivo deste terceiro capítulo é verificar como a presença da soropositividade para o HIV/AIDS interage com a família. Em que contexto familiar se encontrava o soropositivo, quando da informação sobre a infecção, o que ocorre com a família a partir da informação, que dimensões da família são afetadas e em que direção se dão os desdobramentos e as mudanças necessárias à adaptação à nova realidade. Pretende-se verificar que relações há entre uma concepção preconceituosa e redutiva da sexualidade, a histórica construção de uma negatividade em relação à doença e as formas de enfrentamento da situação de soropositividade. Evidenciar-se-á o fato de que atualmente presenciam-se múltiplos tipos de família, como: famílias nucleares, monoparentais, reconstituídas, com filhos biológicos ou adotivos, família homoafetivo, recompostas<sup>18</sup> e quase famílias<sup>19</sup>. Destacar-se-á a forte presença de preconceitos no que diz respeito à sexualidade e, sobretudo, no que tange a questão da homossexualidade. Analisar-se-á como, nesta contextualização, o soropositivo para o HIV/AIDS (SPP/HIV/AIDS) vai manejar a sua vida com a sua família e a sua família consigo. Para tal, considerar-se-á, a partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa, qual era a configuração da família no momento da informação da SPP/HIV/AIDS; o que representa a família de origem (sanguínea) para tal sujeito e quais são os impasses na reconstrução de novos laços familiares (afetivos).

Investigar-se-á como o modelo de família patriarcal foi cedendo espaços para diferentes arranjos familiares, que se sucederam e conviveram

---

<sup>18</sup> (Domicílio de um dos pais vivendo com um ou mais filhos); das famílias compostas ou recompostas (domicílio constituído por um casal no qual pelo menos um dos cônjuges tenha um passado matrimonial e a guarda de um de seus filhos) (SINGLY, 2007, p. 127).

<sup>19</sup> Quase famílias: incluem os grupos de amigos íntimos, igreja ou outras organizações religiosas, grupos de autoajuda ou de terapia, fraternidades, gangues de jovens, regimentos militares. Até certo ponto, a relação entre os profissionais de saúde e seus pacientes, especialmente, se o tratamento for prolongado (HELMAN, 2009)

simultaneamente ao longo da história da família no Ocidente. O modelo patriarcal de família levou a uma estrutura hierárquica rígida da organização familiar e na definição dos papéis familiares. As defesas da tradição de tal modelo constituíram os esteios da sociedade que resistiram e resistem às mudanças que alteram a estrutura da família na sociedade. No entanto, as relações familiares atuais dão sinais visíveis de transformação.

### **3.2 Família: uma herança patriarcal**

Para Narvaz e Koller (2006), a família não é algo biológico, algo natural ou dado, mas produto de formas históricas de organização entre os humanos. As exigências pelas necessidades materiais de sobrevivência e de reprodução da espécie, os humanos inventaram diferentes formas de relação com a natureza e entre si. Estas diferentes formas de organização familiar foram, portanto, inventadas ao longo da história. Uma destas formas de organização de maior impacto cultural no ocidente, centrada na figura masculina, foi a família patriarcal.

Assim, uma vez conhecida a participação do homem na reprodução e, mais tarde, estabelecida a propriedade privada, as relações legais entre homens e mulheres na constituição da família passaram a ser preponderantemente monogâmica, especificamente a fim de garantir aos filhos consanguíneos a herança e a condução do poder familiar.

O corpo e a sexualidade das mulheres passaram a ser controlados, instituindo-se então a família monogâmica, a divisão sexual e social do trabalho entre homens e mulheres. Instaura-se, assim, o patriarcado, uma nova ordem social centrada na descendência patrilinear e no controle dos homens sobre as mulheres (NARVAZ E KOLLER, 2006, p. 50).

Cabe ressaltar que, segundo Scott (1996), o patriarcado não designa o poder do pai, mas o poder dos homens, ou do masculino, enquanto categoria social. O patriarcado é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: a) as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e, b) os jovens estão hierarquicamente subordinados aos homens mais velhos. A supremacia masculina ditada pelos valores do

patriarcado atribuiu um maior valor às atividades masculinas em detrimento das atividades femininas. Também legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia feminina (Ecco, 2007; Ecco, 2008). Além do mais, estabeleceu papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens e prerrogativas.

### **3.2.1 Família: a permanência do ideal e a vivência do real**

Embora com as definições das características da família patriarcal acima destacada, Castells (2000), em seu livro sobre “*O Poder das Identidades*”, dedica um longo capítulo sobre a crise do patriarcado. Para o autor, tal crise se expressa no “enfraquecimento de um modelo de família baseado no estável exercício da autoridade/domínio do homem adulto, seu chefe, sobre a família inteira” (CASTELLS, 2000, p. 167). Em seguida, ele observa que a crise do patriarcado, induzida pela interação entre capitalismo informatizado e movimentos sociais pela identidade feminista e sexual, manifesta-se na crescente variedade de modos nos quais as pessoas escolhem conviver e criar as crianças (CASTELLS, 2000, p. 173).

Diferentemente da família patriarcal, o que caracteriza a família moderna, conforme descrita por Dowbor (2005, p. 293), é a solidariedade entre seus membros. Os pais cuidam das crianças e dos seus próprios pais já idosos, e serão por sua vez cuidados pelos filhos.

A solidariedade é marcada pela panela, pelo fato de um grupo sobreviver em torno do mesmo fogão de cozinha. Não é à toa que ‘lar’ tem a mesma raiz que ‘lareira’, como é o caso também, por exemplo, de *foyer e feu*, em francês. Como a criança não tem autonomia para sobreviver, tampouco o idoso, a sobrevivência das sucessivas gerações, no passado, dependia vitalmente da solidariedade familiar, e depende ainda em grande parte nas sociedades modernos. (DOWBOR, 2005, p. 293)

Ainda, segundo Dowbor (2005, p. 294), o que está ocorrendo no mundo real é que a família está deixando de assegurar essa ponte entre produtores e não produtores. A família ampla, na qual se misturavam avôs, tios, primos, irmãs, essa praticamente desapareceu no mundo real, só persistindo em algumas regiões rurais. O capitalismo moderno, centrado no consumismo, inventou a família economicamente rentável, composta de mãe, pai e no mínimo um casal de filhos. Para o autor, embora com essas mudanças, permanece ainda uma idealização do modelo de família patriarcal.

Os participantes da pesquisa apontaram exatamente esta idealização de família patriarcal e nuclear.

A família é à base da sociedade. A família é tudo para uma pessoa. Sem a união de uma família ninguém é feliz, por isso que a família é tudo. É aquela que te dá suporte econômico, moral, social e espiritual. Mas é exatamente esta família que eu sempre desejei e lutei, porém nunca a tive (JP/sn/f/62 anos).

Nesta perspectiva citada pela entrevistada, Dufour (2009, p. 26-6) entende que, na atualidade, a família ampliada com seu cortejo de avós, tios e sobrinhos vivendo eventualmente no mesmo teto e submetendo-se às determinações hierárquicas, quase não se vê. As famílias são recompostas devido aos divórcios com frequência e constituindo, com isso, famílias de diferentes configurações. Porém, o que se retém dessa pluralidade familiar é a individualização que está ligada à queda das relações de autoridade entre os membros e o aumento de relações de igualdade. No entanto, se a família não funciona mais conforme uma distribuição necessária de papéis marcados pela tradição patriarcal, ela tende, então, a se desinstitucionalizar, o que não implica, ainda segundo Defour (2009), o desaparecimento da família, mas sua relativização e fragmentação.

Nota-se que, a partir do pensamento dos autores acima mencionados, evidencia-se que o modelo patriarcal e nuclear de família sofre transformações perceptíveis; entretanto, não significa que a instituição família esteja em risco de extinção, mas passando por novas configurações de valores.

### **3.2.2 A fragmentação da instituição família**

Abordando a relação entre a permanência do ideal e a vivência do real em relação às concepções e configurações da família na atualidade, Carvalho (2005) entende que as expectativas em relação à família estão, no imaginário coletivo do Ocidente, ainda, impregnadas de idealizações, das quais as chamadas famílias nucleares e patriarcais continuam sendo o modelo idealizado e esperado pela

sociedade. Constatação não diferente foi aferida entre os participantes desta pesquisa.

Família: é o companheirismo. É alguém ao seu lado. Não é solidão. É alguém que está ao seu lado para compartilhar as horas difíceis e as horas alegres. Também é orientação, correção e lugar que se aprende a viver hierarquicamente (GS/sp/m/34 anos).

Família – é tudo para mim. É união, força, apoio, amor, junção autoajuda e religião. Amor a Deus e respeito ao próximo. É pai, mãe e filhos vivendo harmonicamente (JP/sn/f/ 62 anos).

A família é a base da sociedade. A família é tudo para uma pessoa. Sem a união de uma família ninguém é feliz, por isso que a família é tudo. É a partir da família que você se comunica com o mundo. Eu estou passando por isso (soropositivo para o HIV) porque eu nunca tive uma família de verdade (JP/sn/f/62 anos).

Espera-se, pelos sujeitos desta pesquisa, que este modelo de família nuclear seja uma ‘família de verdade’ e que produza nas relações familiares uma espécie de hierarquia de valores, onde haja cuidado, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida e inclusão dos seus membros na comunidade social em que vivem. Sobre a atribuição da família nuclear afirma este sujeito:

Hoje, eu peço muito a Deus para proteger a minha família e a mim mesmo. Eu peço a Deus para eu não sofrer, ficar numa cama sozinho. Peço para não adoecer e depender dos outros porque eu não sei como estará a minha família quando eu precisar dela. Poderei ficar numa maca sozinho se a minha família não permanecer unida. Eu rezo muito para que a família continue unida para poder ser solidária para comigo quando eu precisar (RAR/sp/m/41 anos).

Este participante da pesquisa pede a Deus para proteger a sua família para ter alguém para lhe proteger e aconchegar, caso uma doença oportunista venha lhe causar sofrimento. Ele reza para não adoecer porque ele sabe que se a sua família não se mantiver unida, não terá a quem buscar apoio. Nesse sentido, para Carvalho (2005), essas são as expectativas; porém, nem sempre são possibilidades e garantias que a família continuará unida. “A família vive num dado contexto que pode ser fortalecedor ou esfacelador de suas possibilidades e potencialidades” (CARVALHO, 2005, p. 15). Ainda, de acordo com Dowbor

(2005), a tendência mais recente é exatamente a desarticulação da própria família nuclear (p. 295).

Expressando consciência sobre as fragilidades dos laços familiares, este outro participante da pesquisa já relativiza as expectativas em relação à sua família de origem (sanguínea), remetendo a busca pelas mesmas funções dela esperada a outras pessoas com as quais se relaciona.

Os familiares são meus amigos, me olham como uma pessoa normal. O problema é que a minha família sanguínea se encontra toda desunida. A partir da desunião, eu tive muitos problemas com eles. Eles não estão mais unidos. A mãe me botou para fora. Vivo hoje com um amigo e lá me sinto acolhido. Já tive quase todas as doenças oportunistas: meningite por duas vezes, duas pneumonias duplas. A mãe me acolhe tão bem e sinto que me ama, mas de uma hora para outra ela me coloca novamente para fora de casa. Se a família estivesse organizada isto não ocorreria (RC/sp/m/37 anos).

Esse colaborador da pesquisa admite que a sua família sanguínea já não esteja mais unida, e atribuiu as suas dificuldades à desarticulação familiar e afirma: 'se a família estivesse unida e organizada, nada disso ocorreria'.

Nota-se que o participante da pesquisa lamenta a desunião da família nuclear. Esta família sonhada e desejada torna-se ideal. O amigo que o acolhe se torna para o participante a família real (quase família).

Atento a essa realidade, Carvalho (2005) afirma que é preciso olhar a família no seu movimento. Este movimento de organização-reorganização torna visível a conversão de arranjos familiares entre si, bem como reforça a necessidade de se superar o preconceito sobre as formas familiares diferenciadas, começando pelos próprios membros que se deparam com o paradoxo, entre o real imaginado e o ideal vivenciado.

Nas últimas décadas, quando a família ficou no limbo, era quase um consenso que Estado ou mercado poderiam substituir a família no seu papel formador. A escola, os clubes esportivos, os acampamentos possibilitaram a emergência de sujeitos como 'a tia ou tio' como fontes precípuas de formação, e não mais os pais (CARVALHO, 2005, p. 18).

Para Carvalho (2005), hoje, no Ocidente, se retoma a família como ancoragem principal na socialização de seus membros e na garantia de vínculos relacionais que previnam os riscos de isolamento e proteção social.

Ponderando sobre a relação entre um ideal de família unida, nos moldes patriarcal, e a realidade de fragmentação por que passam as famílias na atualidade, pesquisas atuais sobre a família, entre elas as realizadas por Martin (1995), Macedo (1994) e Helman (2005) mostram que a família continua sendo um lugar privilegiado de proteção e de pertencimento, um campo relacional importante na reorganização existencial do indivíduo. Daí a importância da família para a sociedade ocidental enquanto instância de articulação entre o individual e o social, o público e o privado como modelo de vida social.

A família, hoje, se coloca como aquela organização que ao mesmo tempo em que sofre, espelha o ímpeto das transformações sociais em curso na cultura atual e constitui o *locus* de redimensionamento individual nas suas interações com o contexto mais complexo de interação com o todo da sociedade.

No sentido ponderado pelas investigações apontadas acima, percebeu-se nesta averiguação, que os participantes desta pesquisa evidenciam que, embora a realidade de suas famílias fossem a de desunião, a experiência da SPP/HIV/AIDS faz com que a mesma retorne ao modelo de família que tenha as características de aconchego e atenção. Eles estabelecem uma estreita relação entre a família e a igreja da qual fazem parte. A partir dessas afirmações, pode-se inferir que, para tais sujeitos, família e religião são dimensões quase idênticas da vida humana e social:

A minha família é toda evangélica. A religião me ajudou muito. Até hoje não senti preconceito de ninguém, nem de familiares e muito menos de pessoas (irmãos) que frequentam a Igreja. O HIV fez com que a minha família que era desunida se unissem. Tiveram cuidado e aconchego maior para comigo. Para mim a doença foi algo positivo na minha vida. As pessoas que não tinham contato, agora se aproximam e querem saber se eu estou precisando de ajuda (JRdeS/sp/m/37 anos).

A respeito da minha religião kardecista, ela ensina que não tenhamos laços, escolhamos pessoas para reencarnar. A religião me ajuda, as pessoas são próximas de mim. Quando eu fiquei doente eles vieram me visitar, oravam por mim. Foram e são de fato os meus familiares, porque eles me dão suporte e carinho que eu quase nunca tive. Eu reconstruí uma família que eu sonhava ter um dia. (RC/sp/m/37 anos).

O participante destaca que o modelo de família que ele sonhava ter um dia, enquadra-se nas características da família patriarcal. No ideal deste participante, a família patriarcal enquadra-se no ideal projetado por ele. Como sua experiência

nas relações familiares reais se distancia desse ideal, ele reconstrói a família que sonhava fora dos laços sanguíneos e bem distantes do modelo patriarcal de família.

A pesquisa evidenciou a forte busca dos sujeitos à família ideal. Entre os participantes da pesquisa, 80% afirmaram que a família e a religião/igreja<sup>20</sup> são imprescindíveis para que eles (SPP/HIV/AIDS) possam encontrar suporte e apoio tanto emocional, quanto existencial, espiritual, psicossocial e estrutural para poder cuidar-se de si.

Deus é um só, independe de uma religião. Percebem-se na minha situação, que a família e a religião são os pilares para uma pessoa que se encontra na minha situação. Soropositivo é o resultado das consequências da vida. Você toma atitude sem orientação, achando que nada poderá acontecer contigo. Se a família não entender e acolher, você está morto. A religião proporciona novos caminhos. A religião ensina que ninguém deve sofrer. Você só consegue ser solidário, estando junto com quem sofre, acompanhando o sofrimento das pessoas. Eu vejo que as pessoas que são iguais a mim, buscam a esperança em Deus, e depois vem o ser humano que os apoiam (JP/sn/f/62 anos).

Quando a família soube que eu era soropositivo, tentaram me levar para a igreja para melhorar. A família reza e ora para eu melhorar. Eu acredito na família e entendo que ela me ajuda e me dá esperança para eu viver melhor. A família sempre me dá apoio moral e existencial. Se não existisse a família, eu não existiria mais (GJS/sp/m/ 34 anos).

Neste caso, tanto a família como a religião desempenham papéis semelhantes para os sujeitos. Ambos podendo ser entendidos como sistemas simbólicos. Para Gueertz (1989), a religião é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas e duradouras motivações nas pessoas, por meio de conceitos de ordem de existência geral, e vestindo estas concepções com tal aura de fatalidade que as motivações parecem singularmente realistas. No caso dos participantes desta investigação, a experiência do HIV em contexto de família desestruturada, quando os sujeitos idealizam uma família aconchegante é tão presente que a crença religiosa é uma das formas de suportar as angústias impostas por tal experiência.

Nota-se que, de fato, o que vai influenciar no comportamento do portador da HIV/AIDS é a família e a sua cultura, sua crença, assim como o contexto em

---

<sup>20</sup> Religião e Igreja receberam o mesmo grau de valoração pelos sujeitos da pesquisa. (Grifo do autor)

que a mesma está inserida, podendo ocorrer a discriminação do indivíduo e exclusão do grupo familiar, ou a busca de formas de enfrentamento e de superação da realidade que a doença traz. Portanto, além do apoio familiar, há também a influência da religião como estratégia da família para conviver com o HIV/AIDS.

Quando foi perguntado aos entrevistados sobre qual era o comportamento de sua família antes da comprovação do SPP/HIV/AIDS em sua vida e que mudança houve em sua família, após a notícia do SPP/HIV/AIDS em sua vida, 80% dos informantes apresentaram a família e incorporaram a religião/igreja como fundamentais e imprescindíveis em suas vidas. Outros 20% apresentaram dificuldades com a família, porém, alegaram que todo o sofrimento até então vivido, ou até a causa da própria soropositividade, deve-se a ausência da família em suas vidas. Inclusive, dois entrevistados afirmaram que 'nunca tiveram família', mas, para eles, se tivessem tido família, nada disso teria acontecido com eles (HIV/AIDS). Assim, alegam:

Eu entrei no soropositivo porque eu não tive um apoio familiar. Ou seja, eu nem tive família, um pai e uma mãe. Eu era muito disperso e sem apoio e orientação de ninguém. Se eu tivesse a educação exemplar de uma família modelo, eu não teria contraído a soropositividade. A família corrige, aconselha, perdoa, pune, hierarquiza. Eu descobri o mundo a partir de mim mesmo. Fui abandonado desde criança e tive que me virar sozinho sem o apoio de ninguém (RC/sp/m/37 anos).

A família ajuda no dia-a-dia. Não consigo conceituar família, nunca tive uma família, mas imagino receber afeto de um pai, de uma mãe e ter irmãos para partilhar as coisas (GJS/sp/f/34 anos).

Esse relato demonstra a importância que a família representa no imaginário dos colaboradores da pesquisa, inclusive para os que nunca tiveram família. A partir dessas indagações, surge uma primeira pergunta: Que conceito de família esses informantes apresentam? A família, que a pesquisa de campo está apontando, tem uma forma? Qual é essa forma?

Nota-se que o conceito de família a que os informantes da pesquisa estão se referindo são compostas por um pai, uma mãe e algumas crianças numa casa. Esse modelo representa ainda no inconsciente coletivo o conceito que corresponde ao modelo de família patriarcal (nuclear).

Singly (2007), reagindo sobre o conceito genérico de família nuclear, aponta que há diferentes matizes de família nuclear e que foi sendo redesenhada ao longo da história. Para o autor, focalizar as formas, as estruturas familiares ocultam muito as funções e o modo de funcionamento da família.

Afirmar que a família nuclear, quer dizer, uma família composta de um homem, uma mulher e seus filhos e que vivem na mesma moradia, sempre existiu não significa, entretanto, dizer que esta família sempre preenche funções idênticas, ou que a regulação das relações entre os sexos e as gerações seja a mesma. A família nuclear dos anos 1950, na França, não pode ser comparada aos simples domicílios dos séculos XVI ou XVII (SINGLY, 2007, p. 31).

Para Costa (2004), a família nuclear, enquanto réplica das relações entre classes sociais, mesmo matizada e redesenhada ao longo do tempo nos países do Ocidente, nunca deixou de estar atrelada ao destino político de suas regiões. Tal articulação ocorre de duas maneiras historicamente inéditas: por um lado, o corpo, o sexo e os sentimentos conjugais passaram a ser usados como instrumentos de dominação política e sinais de diferenciação de classe. De outro modo, a ética que ordena o convívio social no modelo patriarcal modelou o convívio familiar, reproduzindo no interior das famílias os conflitos e os antagonismos inerentes à classe social vigente.

Para Szymanski (2005), as interpretações das inter-relações entre as pessoas passaram a ser feitas no contexto do modelo da família nuclear. Quando a família se afastava da estrutura desse modelo, era chamada de 'desestruturada' ou 'incompleta' e consideravam-se os problemas emocionais que poderiam advir de tal desestrutura ou incompletude. "O foco estava na estrutura da família e não na qualidade das inter-relações" (SZYMANSKI, 2005. p. 24).

Nesse sentido, visualiza-se que as imagens de família apresentada pelos informantes da pesquisa seguem os ideais do modelo nuclear patriarcal. No entanto, na realidade de suas vidas, eles estão muito distantes e afastados desse modelo.

### 3.2.3 Inserção de novos modelos de família

Peixoto (2000) entende que, de fato, o que houve foi uma crise no modelo patriarcal<sup>21</sup> de família a partir dos anos sessenta. Isso possibilitou a inserção, na sociedade ocidental contemporânea, de novos modelos familiares. Peixoto (2000), Singly (2007), Lins e Braga (2005), Romanelli (2005) e Chauí (1991) acrescentam alguns fatores como determinantes nos anos sessenta para acelerar a inserção na sociedade de novos modelos de família: a diminuição do número de nascimentos; o aumento do número de nascimento fora do casamento institucionalizado; aumento do trabalho assalariado das mulheres, principalmente das mães e, conseqüentemente, dos casais cujos conjugues têm atividade profissional; o controle da fecundidade e o aumento do número de divórcios.

Além desses fatores elencados, Singly (2007) entende que o casamento como instituição não é mais atrativo para a formação familiar. “A fragilidade das uniões reflete o primado da focalização nas relações, nas necessidades afetivas” (SINGLY, 2007, p. 129).

Para Vaitsman (1994), a família pós-moderna, sem dúvida, modificou-se, assumindo “modelos de famílias”. Pergunta-se o seguinte: estes novos modelos de família são decorrência do anteriormente conhecido, nuclear e patriarcal, ou são novos padrões surgidos na sociedade contemporânea?

Para Hintz (2001), uma estrutura familiar que tem crescido em número é a formada por pais ou mães únicos, denominada “famílias monoparentais”. Estas famílias são decorrentes de divórcios ou separações, onde um dos pais assume o cuidado dos filhos e o outro não é ativo na parentalidade. Ou famílias, onde um dos pais é solteiro e o outro nunca assumiu a parentalidade.

Nas famílias monoparentais, encontramos um maior número de famílias formadas por mães e filhos, tanto mães separadas ou mães solteiras, constituindo-se, nestes casos, famílias em que a mulher é chefe de família.

A “família reconstituída”, segundo Hintz (2001), não é um fenômeno novo, porém o constante crescimento em números de recasamentos e as mudanças em sua natureza têm sido atribuídos a fatores econômicos e sociais. A crescente

---

<sup>21</sup> O modelo ideal de família proposto por T. Parsons na década de 1950, o casal, legalmente constituído, e seus filhos, tendo o pai como provedor e a mãe como dona-de-casa e responsável pela educação da progenitura (PEIXOTO, 2000, p. 11).

independência econômica das mulheres após a revolução industrial e as guerras mundiais, a mobilização social, a liberação sexual e a busca pela felicidade individual têm contribuído para que recasamentos rapidamente tornem-se uma estrutura familiar bastante comum hoje.

Outra forma de configuração familiar surgiu entre casais que preferiam não formalizar suas uniões, preferindo as “uniões consensuais ao matrimônio legal”. Esse tipo de compromisso é encontrado entre casais, tanto em uma primeira união como entre casais que estão reconstituindo suas famílias.

Encontramos também aqueles casais que estão unidos, mas cada um vivendo em sua própria casa de forma independente. Hintz (2001) afirma que, desta forma, estes casais preservam sua união. Muitas dessas uniões são resultadas de pessoas divorciadas com filhos e, desta maneira, procuram evitar conflitos entre os filhos de cada um e entre si com os filhos dos casamentos anteriores.

Uma configuração familiar que não se caracteriza como nova, mas acontece, em muitos casos, devido às mudanças socioculturais, é a formada por casais de adolescentes. Quando uma adolescente engravida, as decisões da formação dessa família passam a ser tomadas por mais pessoas, além do casal de pais. Geralmente os pais da adolescente, de alguma forma, assumem o cuidado do bebê, pois o mais provável é que a filha continue morando com seus pais pela dificuldade do casal iniciar uma vida independente. Ocorre, muitas vezes, que o futuro pai fique distanciado do processo da gravidez e do nascimento, pois ele continua morando com seus pais e não consegue assumir a responsabilidade de ser, ele próprio, pai de seu filho. Mesmo que o novo casal de pais passe a morar junto ou case, as interferências das famílias de origem são maiores devido à própria imaturidade do casal, que necessita recorrer a seus pais para se sustentarem (Hintz, 2001, p. 15-6).

Ainda para Hintz (2001), encontramos a estrutura familiar constituída por “casais sem filhos por opção” e, também, “as famílias unipessoais”, denominação atual para aquelas pessoas que optam por ter um espaço físico individual, localizando-se estas, principalmente, nas grandes cidades. São vários os motivos que levam a esta escolha, como a busca pela independência individual, necessidade de estudar fora de seu lugar de origem, o surgimento de uma

oportunidade de trabalho, ou mesmo, a necessidade em ter um espaço físico e emocional, onde não precisem, necessariamente, manter trocas emocionais vindas de um convívio compartilhado, evitando, portanto, os possíveis desentendimentos provenientes da vida em família.

Segundo Fisher (1995), o que é genuinamente novo na família contemporânea é o predomínio de pessoas solteiras e divorciadas, e de viúvos e viúvas vivendo sozinhos. Antes, as pessoas viúvas conviviam com os filhos adultos e netos sem tensões ou conflitos. Atualmente, quando dispõem de recursos e saúde, preferem viver em suas casas.

Hintz (2001) aponta a família por “a associação”, que são compostas por amigos sem grau de parentesco, mas que desenvolve uma empatia de maior ou menor grau de intensidade e, *a priori*, sem motivação para o ato sexual. Helman (2009, p. 252) denomina família por associação por “quase família”.

Esses grupos (quase família) podem oferecer a seus membros muitos dos benefícios da vida em família, continuidade, proximidade emocional, apoio social, uma ou mais figuras parentais ou de autoridade, um sentido de pertencimento e identidade, assistência econômica, proteção contra os riscos externos, bem como o compartilhamento das responsabilidades em relação aos jovens, velhos e doentes (HELMAN, 2009, p. 252).

Ainda para Helman (2009), devido aos benefícios que as “quase família” podem oferecer no futuro, provavelmente aumentarão em número e importância, sobretudo nas áreas urbanas, como um subgrupo de nossa era de mobilidade, individualismo, secularismo, rupturas familiares, redução no tamanho da família e crescimento da família virtual dispersa.

Para Helman (2009, p. 252-53), essas “quase famílias” incluem os grupos de amigos íntimos, igreja ou outras organizações religiosas, grupos de autoajuda ou de terapia, fraternidades, gangues de jovens e regimentos militares. Até certo ponto, incluem, também, a relação entre os profissionais de saúde e seus pacientes, especialmente, se o tratamento for prolongado. Assim como afirma a entrevistada:

Eu estou num certo ponto que eu penso que a família biológica não existe. Família é aquela pessoa que olhou, gostou e te respeitou naquele instante. Eu me associei com pessoas que vivem como eu e nos

tornamos família. Também, são as pessoas que me atendem. Conversando com você, agora, que me olhou e viu que eu existo e me respeitou. Você também é parte da minha família (NAM/sp/f/59 anos).

Ou da “quase família” que o entrevistado denomina o seu grupo religioso:

Eu frequento a religião seicho-no-iê. Para mim eles são quase a minha família. Considero eles a minha família. Eles me ajudam demais a viver. Eles me dão alegria, nada de negatividade, olhar para frente. O que ocorreu lá atrás não importa. Deve-se olhar para frente. Eu conheci uma pessoa forte e bonita. Nesses dias o vi e não o conheci. Ele estava numa cadeira de rodas e irreconhecível. Quando ele me chamou pelo nome e disse que era ele, entrei em pane e chorei. Logo recorri a minha família (igreja) e eles me acolheram (JRS/sp/m/48 anos).

Para Hintz (2001), estas “famílias associadas”, ou para Helman (2009), as “quase famílias” festejam feriados juntos, ajudam-se mutuamente e, sobretudo, são presença quando um dos membros desta “quase família” adoece. É hábito que datas importantes sejam comemoradas com sua família de origem. Desta forma, as pessoas nessas associações escolhem uma rede de parentesco baseada na amizade. Podem surgir novos termos de parentesco, novos tipos de seguro, novos planos de saúde, novos tipos de moradia.

Ainda para Hintz (2001), uma configuração familiar bastante nova é a formada por “casais de homossexuais”. Ao assumirem uma relação estável, um casal de *gays* ou *lésbicas*, em princípio, passa por processo semelhante ao da formação que um casal heterossexual, porém, com questões mais difíceis de serem elaboradas. Há pressões e circunstâncias, mitos e realidades específicos que afetam estes casais. Essa perspectiva é percebida pelos sujeitos desta investigação, como afirma o entrevistado,

Eu não vou viver com uma mulher só por aparência, eu não sinto prazer com mulheres. Já tive um relacionamento com um parceiro durante um longo tempo, mas não deu certo. Eu sei que há muitos tabus na sociedade. Sinto muito preconceito. A sociedade não sabe o que significa ser homossexual. Eu mesmo não acredito no casamento homossexual. Fiz uma opção de viver sozinho, mas não quer dizer que não tenho nada com ninguém, mas sempre me previno com preservativos (A/sp/m/34 anos).

Nota-se que o participante da pesquisa alegou que teve um relacionamento bastante longo, mas não deu certo. Muito espontaneamente alega que a sociedade não sabe o que significa ser homossexual. Neste caso, embora o conceito cultural patriarcal de família seja determinante na vontade alheia, o participante da pesquisa também acredita na configuração desse modelo de família.

Como qualquer outra pessoa, o casal homossexual necessita pertencer a um grupo social que o apoie. Acontece, frequentemente, que a própria família do homossexual tem dificuldade em aceitar o seu par, não os reconhecendo como casal constituído. 'Na minha família eles devem saber que eu vivo há sete anos com um companheiro. A família dele não sabe e nem pode saber' (JRS/sp/m/48 anos).

Não raramente, o homossexual busca, então, compreensão por meio do convívio com outros homossexuais em locais que oferecem o cuidado e a atenção necessária, como afirma este outro sujeito:

A gente só não busca, mas partilha a vida com pessoas que sabem acolher, sem preconceito, sendo ou não homossexual ou soropositivo para o HIV. Há instituições e pessoas que oferecem festas e convidam toda a família da gente para participar. Os familiares com isso vão aprender a acolher e respeitar mais a gente. O carinho aqui transmitido pela equipe contagia a todos. Forma-se um grupo de apoio e carinho e cuidado, onde a gente se sente bem. Todos são bem recebidos. Eu tenho o HIV a mais de 10 anos. Aqui, nesta instituição, com estas pessoas, está a minha família que me ama e me acolhe. (CSS/sp/f/52 anos).

Nota-se que a informante da pesquisa, quando afirma que pessoas pertencentes a instituições a acolhem sem preconceito, ela está contextualizando um novo perfil de família. No entendimento da participante, a consanguinidade só se efetiva num acolhimento que consiga suplantar a discriminação e o preconceito. A ação do preconceito, mesmo sendo praticado por um familiar com laços consanguíneo, nesta contextualização, deixa de pertencer moralmente ao quadro familiar.

### **3.2.4 As relações familiares pautadas pela afetividade**

Para Singly (2007), uma dualidade caracteriza o comportamento das pessoas da família contemporânea ou pós-moderna. Ela é ao mesmo tempo

relacional e individualista. “Os homens e as mulheres, os adultos e as crianças organizam a sua vida privada no quadro desta dualidade: uma reivindicação de independência coletiva e individual e uma dependência enorme na esfera pública” (SINGLY, 2007, p. 30).

Segundo Simionato e Oliveira (2009), a distinção atual das famílias contemporâneas está na ênfase que eles dão aos processos de individualização, transformando-se em um espaço privado a serviço dos indivíduos. Essa família é regida ainda mais pela lógica do afeto, isto é, as relações estão cada vez mais pautadas na afetividade.

Kehl (2003) acrescenta que a sociedade contemporânea só legitima as uniões dos casais que são firmadas a partir da busca pelo amor e satisfação sexual. Podemos supor que os vínculos familiares pautados na afetividade são firmados em busca de satisfações pessoais, nas quais as pessoas se unem com a condição de se amarem, bem como os filhos devem ser prioridade para os pais. As uniões duram enquanto durar o amor individual, enquanto os afetos entre pais e filhos devem ser eternizados.

Sobre o aspecto da afetividade, vejamos o que o entrevistado revela a partir das mudanças ocorridas na sua história familiar, destacando a importância da presença do aspecto afetivo-emocional.

A minha família mudou muito. Eu acredito que as mudanças me ajudaram muito. Imagina se não fossem as mudanças na minha família, jamais poderíamos partilhar a minha doença. Mesmo assim, foi um confronto. É dolorido. Eu queria falar para a minha família, mas não queria que ninguém chorasse e nem se apavorasse, senão me jogaria muito para baixo. Quando eu falei a minha mãe desmaiou e os outros começaram a chorar. Quando eu consegui falar para a minha família a felicidade foi muito grande para mim. Era impossível conter o tamanho da felicidade. Eu nasci pela segunda vez (JRS/ sp/m/48 anos).

O participante da pesquisa relata que a sua família mudou muito. Sem a mudança da família seria impossível partilhar a doença. Só se partilha onde há afeto, compreensão e bem-querer.

Quando o entrevistado afirma que sua família mudou muito e foi graças a essa mudança que lhe proporcionou renascer, entendemos que o sentimento de afeição foi o elemento essencial para comunicar a doença para os familiares. Percebemos, também, que são os laços de afeto que conseguem manter a

estabilidade de uma família, uma vez que não há mais a necessidade de dependência econômica atrelada a um só indivíduo (patriarca).

As mudanças para novos modelos de famílias podem nos levar a concluir equivocadamente que o futuro da família caminha na direção da dissolução, enquanto organização basilar da sociedade, segundo Peixoto e Cicchelli (2000). Porém, autoras e autores como Costa (2004), Roudinesco (2003), Kehl (2003) e Matos (2000) constroem a ideia de um futuro promissor para esta organização família, uma vez que ela se constrói e se reconstrói continuamente, em um movimento dinâmico e processual a partir dos laços afetivos.

Pereira (1995), numa análise da perspectiva de novos modelos familiares, reafirma a visão otimista apresentada pelo informante da pesquisa acima, ao relatar que as mudanças nas famílias não devem ser encaradas como tendências negativas, pois a aparente desestruturação da família é mais um dos aspectos de sua reestruturação. Apesar de caracterizar-se por um processo contraditório, a família, ao mesmo tempo em que promove um sentimento de insegurança, sua aparente desorganização cria a possibilidade de emancipação de segmentos marginalizados ao longo da história.

Fato é que a família continua existindo e sua suposta dissolução não parece se conjugar com a sua falência, mas sim com o surgimento de novos modelos, baseados em relações de gênero um pouco mais igualitárias. Esta reflexão nos leva a questionar se a hipótese de uma suposta crise da família ou sua dissolução não se refere à ruptura de um modelo dominante, que por muitas décadas ocupou o imaginário social como a única forma saudável de estruturar a família.

O próprio censo demográfico no Brasil, segundo Kehl (2003), quando se refere à família brasileira, concluiu que já é diferente da pesquisa anterior. “A cada novo censo demográfico realizado no Brasil, renova-se a evidência de que a família não é mais a mesma. Mas a ‘mesma’ em relação a quê?” (KEHL, 2003, p.164). É oportuno ressaltar que para estabelecer uma comparação torna-se necessário retomar a avaliação da história da família, que nos mostra a inexistência de um único modelo nos mais diversos períodos históricos e sociais.

Essa afirmação de que a família não é mais a mesma nos remete a um modelo idealizado: a família nuclear<sup>22</sup>. Várias famílias, que não vivem de acordo

---

<sup>22</sup> É importante ressaltar que para este estudo a família nuclear é o modelo que corresponde à estrutura pai-mãe-filhos vivendo sob o mesmo domicílio. Apesar de histórica, a família nuclear é uma forma de nomear a família conjugal moderna.

com a estrutura da família conjugal moderna (ou nuclear), são consideradas 'incompletas' ou 'desestruturadas', como ressalta Stengel (2004), que parece concordar com essa reflexão por fazer a seguinte afirmação sobre a família nuclear:

Ela é hoje tomada como referência de família, lembrada com nostalgia e é considerada como ideal. Este modelo também é tomado como base para considerar as famílias como estruturadas e não estruturadas (STENGEL, 2004, p.38).

Entretanto, observamos que a existência propriamente desta família idealizada gradativamente vai deixando de existir, uma vez que as possibilidades de vivenciar a família se ampliam. Vaitsman (1994) observa que não se trata de uma substituição de um modelo dominante por outro, já que a família estruturada a partir da dicotomia estereotipada entre os sexos continua existindo.

No entanto, as transformações são evidentes. Já não podemos falar de modelos únicos e sólidos para definir papéis sexuais, formas de vida e a própria família. A sociedade contemporânea é marcada pela pluralidade e complexidade. A crise de certos paradigmas levou à revisão das relações conjugais (MATOS, 2000) e, por consequência, a família teve que se reorganizar e flexibilizar os modelos idealizados, principalmente, no que se refere aos papéis de gênero estereotipados. Surgem vários modelos possíveis de família formados a partir de uma vasta rede de interações entre os indivíduos, como podemos observar a partir da seguinte citação:

A partir daí, surgem inúmeras organizações familiares alternativas: casamentos sucessivos com parceiros distintos e filhos de diferentes uniões; casais homossexuais adotando filhos legalmente; casais com filhos ou parceiros isolados ou mesmo cada um vivendo uma das famílias de origem; as chamadas 'produções independentes' tornam-se mais frequentes; e mais ultimamente, duplas de mães solteiras ou já separadas compartilham a criação de seus filhos (SIMIONATO e OLIVEIRA, 2009, p.60).

Ainda na perspectiva de Simionato e Oliveira (2009), o ressurgimento de outros modelos de família são condições para a própria subsistência da família. Do ponto de vista dos sujeitos desta investigação, flexibilizar os modelos idealizados (nuclear patriarcal) de família, quando esta sente o limite de uma situação de extrema experiência de abandono, causada pelo diagnóstico da

soropositividade, HIV/AIDS, é condição para ressignificar os diferentes papéis desempenhados pelos membros da família, mais particularmente a maternidade.

No início da doença (HIV/AIDS), eu tive um pouco de dificuldade com a minha família. Eu pensava que a doença havia me tirado o papel de exercer o papel de mãe. A sociedade colocou na minha cabeça que os filhos me odiavam, minha mãe me odiava. Eu achava que não era mais digna de exercer a maternidade. Eu só entendi o que é família e maternidade, novamente, quando eu me deparei com a vida e a morte. Quando eu tive um câncer. Vi a minha mãe chorar – achava que ela não gostava de mim; vi minha filha chegar à porta do hospital e perguntar – se você morrer, quem vai cuidar de nós? Via os meus filhos olharem para mim de traz de uma grade. Hoje, eu ando de cabeça erguida, eu sei o poder que eu tenho com a minha família. Ninguém vai tirar isto mais de mim (PCP/sp/f/ 38 anos).

Nota-se que o afeto e apoio familiar da participante da pesquisa foram decisivos na reconstituição de sua dignidade. Ela acreditava que após a morte do marido e a exclusão sofrida pelos avós e tios paternos nada mais restava a ela. Havia internalizado o descrédito social pela dissolução da família nuclear causada pela doença.

Ocorre a ressignificação no momento em que ela se sente novamente creditada e resgatada pelo afeto familiar. Apesar do sofrimento ao saber do diagnóstico da doença, a participante afirma que o olhar dos filhos e o choro de sua mãe a fizeram perceber o amor, a afetividade e a compreensão familiar. A participante sentiu-se protegida e fortalecida na sua dignidade. Ou seja, sentiu-se entendida e compreendida novamente em seu grande universo de mãe e mulher.

Nota-se que nos diferentes relatos dos participantes da pesquisa há uma interdependência social e emocional entre os familiares. Em situação limite de saúde física, mental e espiritual de um familiar, receber a acolhida dos outros membros da família representa para a pessoa fragilizada o mesmo que renascer, mas renascer com dignidade, com poder perante à sociedade, como afirma a entrevistada supramencionada.

### **3.3 Família: no imaginário, uma realidade necessária; na realidade, um desafio para o SPP/HIV/AIDS**

Para Ruiz (2004, p. 48), o ser humano, antes de pensar logicamente as coisas, imagina-as. A imaginação é muito mais que a mera possibilidade de

fantasiar a realidade. “Ela constitui a potencialidade que o ser humano tem de impregnar sentido, de modo volitivo e afetivo, as sensações”. (RUIZ, 2004, p. 42)

Ainda para Ruiz (2004), o imaginário é compreendido como o conjunto das imagens e das relações de imagens que constitui o capital pensado do *homo sapiens*, o grande e fundamental denominador onde se encaixam todos os procedimentos do pensamento humano.

Durand (1997) se contrapõe a Lacan, para quem o imaginário seria um aspecto fundamental da construção da subjetividade. Para Lacan, o imaginário corresponderia à fase do espelho, ao reconhecimento de si que a criança pequena opera ao descobrir o seu reflexo. Ao mesmo tempo em que a imagem no espelho afirma a realidade do eu, é insinuado também o seu caráter de ilusão, já que é apenas um reflexo. Para que a criança alcance o nível da realidade, deve deixar o modo imaginário da visão de si e dos outros e utilizar o modo simbólico. Assim, para Lacan, o simbólico seria coletivo e cultural e o imaginário seria individual e ilusório.

Durand (1997) investiga o imaginário, afirmando que o dinamismo do imaginário confere-lhe *a priori* uma realidade e uma essência própria, que dá sentido às realidades vividas. Em princípio, o pensamento lógico não está separado da imagem e a sua estruturação está na raiz de qualquer pensamento. E mais:

O imaginário não só se manifestou como atividade que transforma o mundo, como imaginação criadora, mas, sobretudo, como transformação eufêmica do mundo, como *intellectus sanctus*, como ordenança do ser às ordens do melhor (DURAND, 1997, p. 432).

Nesta mesma perspectiva de análise, Ruiz (2004) entende que a imaginação possibilita ao ser humano deixar de ver o mundo como uma mera apresentação, como é o caso da consciência animal, para transformar-se numa representação. As coisas e objetos passam de elementos sem sentido a coisas com significado.

O imaginário é, por natureza, indeterminação radical. Ele flui como uma força incontrolada e incontrolável dentro do ser humano e da sociedade. O imaginário não está definido por nenhum tipo de determinação, por isso se constitui como força criadora que emerge do sem-fundo humano

e da sociedade, a fim de fazer possível a novidade sócia histórica (RUIZ, 2004, p. 50).

Para Ruiz (2004), embora o imaginário seja a potencialidade criadora do humano e não possa ser delimitado por qualquer tipo de determinação lógica, ele não pode existir senão imbricado na racionalidade. “Não é possível pensar o imaginário sem a racionalidade” (RUIZ, 2004, p. 50).

Os sujeitos desta pesquisa, quando a eles foi perguntado sobre a imagem de família que eles têm, todos, em absoluto, imaginaram uma família nuclear estruturada. Mesmo os quatro sujeitos da pesquisa que nunca tiveram uma família, imaginaram-se vivendo numa família nuclear estruturada. ‘A família para mim é muito complicado porque eu nunca tive convivência com uma desde criança, mas eu sempre me imaginei vivendo numa família bem estrutura’ (PRO/sp/m/43 anos)

A configuração da família e o modo como esta se adapta à doença no momento da informação da soropositividade é um reflexo do seu relacionamento reservado, de suas histórias e do contexto sociocultural em que estão inseridas.

Quanto à mudança que houve em sua família após a notícia da soropositividade para o HIV, quando foi questionado aos sujeitos desta pesquisa, evidenciaram que quando a estrutura familiar apresenta um relacionamento satisfatório, o nível de receptividade e de compreensão se dá mais facilmente, trazendo à pessoa que se encontra fragilizada diante da doença, um fortalecimento por meio das relações de ajuda e afeto. No entanto, o vírus maior a ser enfrentado a partir do momento da informação da soropositividade que se evidenciou em todos os sujeitos e familiares da pesquisa será em relação à discriminação e o preconceito social.

Na minha família sempre fomos parceiros. Até posso dizer que é a mesma coisa o antes e o depois da minha doença. Eu só fiquei em silêncio porque eu não queria que eles sofressem. Mas, chegou o momento, e, eu tive que falar. Quando eu chamei os meus irmãos para contar e a minha mãe, eles já sabiam. O que mais me entristece é a ignorância das pessoas que trabalham na área da saúde. Já tive uma experiência numa consulta de uma médica ter preconceito. Se a família não te apoiar, você já era. Se o hospital trabalha com soropositivo, tudo bem, senão, todo mundo pula fora (MS/sn/m/19 anos).

Barbieri *et al* (2005) assinalam que o diagnóstico positivo de HIV modifica a vida tanto do doente quanto de seus familiares e, eventualmente, dos amigos próximos. E ressaltam que, a partir da revelação do diagnóstico, a estrutura familiar será testada, desencadeando atitudes de afastamento e/ou aproximação por parte dos parentes. Consciente dessa realidade, esta participante relata sua experiência:

Depois que eu descobri que a doença estava em mim, eu criei uma proteção muito grande ao redor. Eu não deixo ninguém entrar. Fui machucada demais. Eu só confio em Deus. Eu vim aqui hoje só para mostrar para os outros que eu estou bem. A palavra AIDS é como uma espada, ela entra em mim e me fere. Revivo tudo o que eu passei. Eu acho bom estar num lugar aonde não existe esta palavra. Os meus filhos e eu fomos excluídos e julgados de morte pela sociedade. Eu procuro conversar com o meu médico, procuro me esclarecer. A parte técnica naquele momento, mas só aquele momento. Eu me cuido, mas agora se eu me envolver muito, eu entro em atrito. Eu não gosto de me envolver e nem saber dos colegas que estão com HIV (PCP/sp/f/ 38 anos).

Na fala dessa entrevistada constata-se a concretização do “estigma” (GOFFMAN, 1981), incorporada em vida. Verifica-se, também, que as pessoas que convivem com portadores da síndrome, embora uns sejam estigmatizadas de forma diferenciada e menos intensa que outros, no entanto, todos levam nas suas experiências vividas um grande sentimento de tristeza, sofrimento e discriminação. O sofrimento dos familiares ou pessoas próximas ao paciente também é motivo de sofrimento para ele. Ainda para Barbieri *et al* (2005), a ignorância e os conceitos às vezes falsos sobre como se contrai o HIV/AIDS propiciam ainda mais a efetivação do estigma.

Na mesma perspectiva de análise, Moreira (2010, p. 125) aponta que o estigma e o ato discriminatório se evidencia, exatamente, na discriminação em decorrência de "coestigma"<sup>23</sup>.

Tenho dois filhos e eles foram muito atingidos. Com os meus filhos houve muitas mudanças no ambiente social. Os meus filhos têm medo

<sup>23</sup> São os limites circunscritos pelo estigma mais amplos do que parecem à primeira vista, pois não afetam apenas a vida das pessoas que carregam consigo o estigma, mas interferem também na vida de seus próximos, na forma de ‘coestigma’. Fica evidente que o compartilhamento do estigma é delineado de forma simbólica ou concreta, ocorrendo acusação, rejeição e limitação espacial, fazendo com que o próprio paciente, seus familiares, amigos e pessoas próximas sofram (MOREIRA *et al*, 2010, p. 128).

de falar na escola que a mãe é soropositiva, com a namorada que a mãe é soropositiva. De falar a verdade sobre mim, se eu tenho o que os outros irão pensar deles (namoradas)? Vivemos num drama permanente (CSS/sp/f/52 anos).

Ela mudou de Bairro devido ao preconceito. Ela sentia piadinha todas as horas (I/sn/f/31 anos).

Evidencia-se na fala dos entrevistados o 'coestigma' (MOREIRA *et al*, 2010, 125), na experiência vivida em HIV/AIDS, materializando-se na forma de acusação, rejeição social e exclusão, efetivando o afastamento e o abandono nas relações, inclusive a necessidade do próprio deslocamento geográfico. Para esses sujeitos da pesquisa o 'coestigma' é delineado de forma concreta, fazendo com que o próprio paciente, seus familiares, amigos, filhos e pessoas próximas sofram discriminação em decorrência do estigma direcionado à pessoa infectada.

Quando a doença é diagnosticada você se sente sozinha. É você e Deus. Aí que você só vê a família. Você vai buscar apoio em alguém que você confia. Aqueles que se dizem na verdade dentro da família te dá apoio. Quem não te apoia, já não é mais seu familiar. Na minha família, nós não tivemos nenhum preconceito, mas sempre tem aquelas pessoas que se afastam. Até parentes mais próximos se afastaram por preconceito ou por falta de informação. Muitas famílias separam talheres, separam roupas por falta de informação, mas na minha família não houve isso. Agora, não se pode falar para ninguém sobre o diagnóstico da soropositividade e muito menos sobre o quadro clínico (S/sp/f/19 anos).

Ainda nesse contexto, os sujeitos da pesquisa e familiares expressam de maneira clara e objetiva o desejo de manutenção do segredo referente ao quadro clínico em que se encontram em relação à sociedade. Mostra-se que a pessoa que sofre pela iminência de vir a compartilhar o estigma em relação ao HIV/AIDS, parece buscar apoio em pessoa de sua confiança, no caso, dos familiares sanguíneos ou dos reconstituídos/quase famílias pelos laços afetivos.

A notícia da soropositividade altera significativamente o imaginário dos sujeitos sobre família. Busca-se na família um lugar de aconchego e afeto. Nos depoimentos dos participantes da pesquisa evidencia-se que a partir do diagnóstico da doença a pessoa se sente sozinha. É aí que a pessoa diagnóstica soropositiva idealiza a família acolhedora e compreensiva, assim, como afirma um dos participantes: é o momento que você só vê e imagina o apoio da sua família. No entanto, ao decidir a quem da família sanguínea contar do diagnóstico positivo

da doença, já não se pode ter a certeza de encontrar alguém de confiança na família sanguínea. É aí que entra o círculo de amigos que a pessoa (SPP/HIV/AIDS) terá que decidir em quem confiar. A situação do portador da síndrome do HIV/AIDS sempre é conflitiva ao decidir a quem da família ou do círculo de amigos confiar. É a partir deste vínculo que a pessoa (portadora) irá efetivar novos laços familiares.

### **3.4 A ruptura biográfica e a concepção de família para o SPP/HIV/AIDS**

Foi unânime a afirmação dos colaboradores desta pesquisa que é na família o lugar da segurança, especialmente após a confirmação da soropositividade. 'A família é aquela que viemos e aquela que nós construímos' (CSS/sp/f/52 anos).

Afirma-se, também, entre os sujeitos da pesquisa que na própria família há irmãos e irmãs que nem sempre se falam. As pessoas a quem nós confiamos são aquelas que construímos amizades ao longo da história. Especialmente, no meu caso, são as pessoas que me acolhem. 'Família são as pessoas que têm afinidade numa relação de aproximação e respeito. Família são pessoas que convivem respeitosamente, nem sempre é pelo critério sanguíneo' (PRO/sp/m/43 anos).

Aqui se entende família pelos participantes da pesquisa, pessoas que lhe dão afeto e atenção. Os modelos de família que mais se evidencia nesta investigação são as ditas 'quase família'.

Quando se fala da família, a maior parte dos entrevistados refere-se à família de origem. Neste caso elas estão se referindo ao real de suas vidas. É a experiência do dia-a-dia. Os sujeitos da pesquisa estão falando de si, do jeito que vivem. Agora, quando eles começam a imaginar uma realidade familiar e uma vivência social para si, referem-se a um ideal de família, conferindo-lhes um sentido e um significado. Tal perspectiva pode ser entendida à luz do pensamento de Durand (1997, p. 432), ao afirmar como atividade de imaginação a transformação do mundo, e ao destacar como a imaginação é criadora e, sobretudo, como a imaginação é um agente de transformação eufêmica do mundo.

A partir de seu imaginário sobre a família, os colaboradores da pesquisa começam a se imaginar pertencentes a uma família que tem um núcleo

referencial, conduzindo-os para a harmonização. 'A minha família foi aos poucos perdendo o centro, mudou muito, mas eu não posso deixar de viver. Eu gostaria muito que fosse diferente, como antes' (RC/sp/m/37 anos).

É imprescindível para os portadores do vírus HIV/AIDS que eles possam encontrar situações e motivações que sejam significativos para dar conta de viver a cotidianidade. Precisam de locais seguros e de pessoas de confiança para falarem de si. Eles carregam um estigma perceptível que os privam publicamente de falar de si. Por isso, criam mecanismos para falar sobre a vida, mas jamais falar sobre si, sendo uma estratégia de autopreservação da imagem pública e social.

A necessidade de tais privações faz com que muitas pessoas afetadas pelo HIV/AIDS caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência, "obrigando-as muitas vezes a esconder sua condição sorológica pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação, respostas provocadas pelo estigma". (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p. 264)

Para os sujeitos desta investigação, se você não for aceito na família sanguínea, você precisa imediatamente localizar alguma referência de apoio. É terrível viver com a doença até que os medicamentos sejam assimilados no seu organismo. Quase ninguém sabe disso e o poder público não esclarece. Eis o que afirma esta entrevistada:

A família sanguínea foi descobrindo da minha doença e foram me deixando de lado. Fui procurar ajuda e vim nesta ONG. Aqui eu recebo apoio humano e financeiro. Tentei voltar ao mercado de trabalho e não consegui. Tentei me aposentar e também não consegui. Eu acho que aqui a gente pode obter mais respeito do que na família de origem e lá fora. Eu posso ajudar financeiramente a minha família através da Instituição. Assim eles (familiares sanguíneos) me respeitam. Se não fosse assim, a vida seria insuportável. Eu já era. Você é soropositivo e não ajuda em nada a família. Você não estuda e não faz cursinho. Aqui está a minha família e que me dá dignidade e força para superar os preconceitos (A/sp/m/34 anos).

Novamente, o participante da pesquisa afirma que após o diagnóstico da doença, a família sanguínea foi deixando-o de lado. Ele afirma que mora sozinho numa casa e ninguém mais foi visitá-lo: 'A reconstituição de uma nova família só ocorreu a partir do momento em que eu descobri esta casa' (A/sp/m/34 anos).

Disse que, assim, pode ajudar a sua família (sanguínea) e ser mais respeitado por eles. E finaliza: 'hoje eu me sinto mais seguro e feliz porque, além de reconstituir a minha família, eu posso aqui (ONG) ter apoio constante devido à minha situação. Eu sei disso'.

Pelas limitações normais causadas pela doença, as pessoas aos poucos vão assimilando um novo conceito de si. Ou, ainda de acordo com Bury (1982), "assimilar as rupturas biográficas" que são necessárias para o sujeito poder cuidar de si. Para Ortega (2003, p. 69), tal realidade indica que um processo de biopolítica no qual o "eu existe para cuidar do corpo, está a seu serviço".

Seguindo a mesma perspectiva de interpretação, Neves e Lima (2011) afirmam que alguns indivíduos expressam sua experiência de se saber portador do vírus HIV/AIDS como um choque em suas vidas, e um divisor de águas entre o antes e depois deste conhecimento, "uma vez que parece se estabelecer uma distinção entre o eu e a corporeidade doente (NEVES; LIMA, 2011, p. 4). A incorporação biográfica da doença, neste contexto, não tem se dado de forma tranquila e entendemos que, dentro do cenário de estigmatização como o aqui delineado, se torna um elemento de dilema identitário para os indivíduos, o que ocorre em relação à participação efetiva na vida econômica e social de seus familiares. Sobre este aspecto, eis o que afirma este entrevistado: 'aqui na ONG eu posso ajudar financeiramente a minha família. Assim, eles (familiares sanguíneos) me respeitam. "Se não fosse assim, a vida seria insuportável' (A/sp/m/31 anos). O fato é que parece emergir uma consciência de si e de seu corpo e dos limites que passam a ser impostos às suas relações sociais.

Ainda de acordo com Neves e Lima (2011), o SPP/HIV/AIDS, além da consciência de si no processo de incorporação biográfica da doença, ele precisa apreender a acompanhar recomendações e vigilância promovidas pelos profissionais de saúde, em particular pelo médico, como uma forma de manter o controle sobre o corpo doente e, sobretudo, para a autoestima.

Ainda para Neves e Lima (2011), esta vigilância médica também reforça a gestão da doença e a exigência do trabalho sobre si mesmo, condição que caracteriza a experiência da doença em sua fase de cronicidade. Os hábitos alimentares e do sono, os horários do medicamento expressam uma codificação

instrumental do corpo, segundo Foucault (1997), como organização de uma tática contra a doença e de controle dos indivíduos.

Neste contexto, Ortega (2003) chama a atenção para as práticas de ascese que passam a dominar o contexto de uma politização da vida, baseado numa ideologia ou moralidade da saúde que exerce um poder crítico-moral sobre a “pessoa vivendo”, agora responsabilizado também pelo controle sobre o não desencadeamento da doença.

Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna. Uma característica fundamental dessa atividade é a autoperitagem. O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade (ORTEGA, 2003, p. 64).

Ainda para o referido autor, trata-se de um processo crescente de conhecimento sobre si, que envolve não só os cuidados, mas a adoção de cuidados a partir da incorporação de conhecimento sobre a doença, o que chamamos de cuidado-informado.

É neste momento, da necessidade de conhecer-se e responsabilizar-se pelo tratamento, segundo Ortega (2003, p. 61), que as pessoas portadoras do vírus HIV vivem a passagem de uma sociabilidade com certa liberdade social, na rua, na praça, na comunidade para uma vivência familiar. Ou seja, representa a mudança de uma sociabilidade e uma convivência anônima e pública para uma sociabilidade na qual a qualidade pública praticamente desaparecerá.

Para Herzlich (2004, p 386), o retorno para o seio familiar e o desejo das novas reconfigurações afetivas e, na contrapartida, a cronicidade da doença, provocam nos sujeitos e nos familiares uma reflexividade pessoal e coletiva acerca da experiência e das novas demandas corporais e sociais que advém do diagnóstico positivo da soropositividade. Tal realidade é descrita pelos sujeitos desta investigação:

Ao saber do resultado foi muito desespero, especialmente para a minha mãe. Agora, eu pensava que eu iria morrer de um dia para o outro. Os médicos não conseguiam saber o que estava acontecendo comigo. Eu, cada vez mais debilitada. Fiquei mais de quatro meses para saber o que eu tinha. O sangue não acusava nada (NMC/sp/f/40 anos).

Quando eu descobri, eu fiquei desapontado. Os médicos me disseram que se eu me cuidasse, eu teria uma vida normal. Fui aos psicólogos até

acostumar com a ideia. Hoje, me sinto muito bem, sou feliz. Tenho a doença há onze anos e aprendi a me cuidar (RC/sp/m/37 anos).

Assim, se o primeiro momento, aquele relacionado ao diagnóstico poderia ser caracterizado como um fenômeno de “ruptura biográfica” (BURY, 1982), a convivência com a doença requer outras estratégias de vida para os indivíduos, estabelecendo novos parâmetros de viver “com ou apesar da doença” (HERZLICH, 2004, p. 386). O fato é que esta experiência permite que a doença provoque uma ressignificação do papel da doença na vida pessoal e coletiva, em particular no âmbito da identidade cultural. É o que destaca este sujeito desta investigação:

Eu sou soropositivo há vinte e três anos e neste período não se falava de soropositivo. Eu nem sabia o que isso significava. Para mim, hoje, o soropositivo é uma doença igual a um problema de diabete, uma pessoa que tem um câncer incurável. Para mim o Vírus é mais uma pessoa que tem uma doença crônica incurável e que precisa de cuidados especiais (PRO/sp/m/43 anos).

Ainda para Herzlich (2004), a possibilidade de viver com o HIV/AIDS e de manter suas atividades cotidianas, o reconhecimento das possibilidades de exercitar papéis sociais, voltados ao trabalho, ao casamento, são aspectos que fazem renascer as expectativas de incorporação da doença não mais numa perspectiva negativa, mas enfatizando elementos de positivação do adoecer. Tal expectativa é vivenciada e até conseguida por vários sujeitos que fizeram parte desta investigação, como eles mesmos destacam:

Fiz alguns cursos e estou voltando ao trabalho. Tenho plano de vida. Quero mostrar para as pessoas que têm HIV que não podem desistir de viver. Mostrar que você está vivo é fundamental. Eu não gosto de falar que tenho HIV e nem “sentar” para morrer. Eu lutei, comprei a minha casa, tenho sonhos e quero conquistar (JRS/sp/m/48 anos).

Hoje eu sou uma pessoa madura. Tenho consciência dos meus atos. Eu estou vivo e mereço ser feliz, conscientemente. Jamais irei passar o vírus para frente. Eu estou muito em paz com Deus. Sou uma pessoa bem informada. Sei dos meus direitos e deveres. Sou muito bem orientado por profissionais da área da saúde no hospital onde eu faço o acompanhamento. Gosto de ler sobre o assunto. Quando eu soube da minha soropositividade, eu pesquisei em livros e na internet. No momento vivo um novo relacionamento afetivo (A/sp/m/34 anos).

A família é importante, mas acima de tudo está Deus. Em relação ao namorado (soropositivo) a gente planeja casar e também ter filhos. Mas no meu caso é mais difícil, porque precisa fazer lavagem de esperma, é um procedimento muito grande, mas é a nossa vontade (S/sp/f/19 anos).

Eu e minha namorada sempre conversamos sobre a soropositividade. Quando eu a conheci, eu namorava outra no Rio e ela também tinha outro namorado. Os meus planos é montar uma casa e casar certinho. Ter um filho se for o plano de Deus, pelo menos isso. Temos projetos e estamos organizando a vida. Eu quero morrer e ter alguém que me ame e que esteja por perto (MS/sn/m/19 anos).

Todos os colaboradores, praticamente, desta pesquisa demonstraram-se assimiladores da situação da doença, com a ideia de serem portadores do HIV/AIDS. Mas, ao mesmo tempo, apresentam claros sentimentos de medo e rejeição social que assombram continuamente os indivíduos vivendo nesta situação.

Afirmam eles, por meio do depoimento de um dos colaboradores:

O estigma da doença nos persegue mentalmente, você está numa academia e alguém olha para você, já era. Você já imagina que a pessoa descobriu que você é soropositivo. Eu imagino que a pessoa deve-se perguntar: será que ele não está passando o vírus para outras pessoas? Geralmente, o medo está somente em nossas cabeças (PCP/sp/f/38 anos).

Ainda, de acordo com os informantes da pesquisa, o apoio da família/religião, ou de alguém de extrema confiança é fundamental, 'porque você não pode sair por aí falando que é portador; "Você precisa confiar em Deus e lutar, ou, você já era' (PCP/sp/f/38 anos). A grande maioria dos informantes alegaram que a doença torna-se a prioridade número um na vida. Você levanta de manhã e quer ir ao trabalho. Mas aparece uma virose qualquer, você não irá mais ao trabalho, mas sim, ao hospital. Por isso que a família e a religião tornam-se fundamentais porque além de dar confiança, é a base de tudo. 'A base é o amor e a caridade ao próximo' (MS/sn/m/32 anos).

Segundo os colaboradores da pesquisa, o domínio da sociabilidade e da afetividade torna-se muito difícil para uma pessoa soropositiva para o HIV/AIDS.

Quem vai querer se envolver com alguém que contraiu a soropositividade? (MS/sn/m/19 anos).

Antes do HIV/AIDS, eu vivia uma vida mais tranquila, uma vida sexual mais ativa. Eu perdi um pouco a dinâmica da vida sexual. É difícil explicar o que mudou, eu não encontro palavras para explicar o que eu sinto (PRO/ sp/m/43 anos).

Num tratado sobre Disfunção sexual e HIV, Christoph Mayr e U.Fritz Bredeek (2006)<sup>24</sup> afirmam que a infecção pelo HIV/AIDS pode causar disfunção sexual, devido à já conhecida associação entre os sistemas reprodutivo e imunitário e o endócrino e o neuroendócrino. Para além do elevado impacto psicológico que uma infecção pelo HIV/AIDS acarreta, a terapia antirretroviral prolongada poderá originar um efeito psicológico negativo na atividade sexual.

Retornando à análise da doença na perspectiva familiar, Herzlich (2004) entende que o corpo pertence ao domínio do privado, envolvendo sigilo e rituais individuais cotidianos e é nesta dimensão que se dá o primeiro enfrentamento da doença. Embora devamos ponderar que o privado individual poderá ser ampliado para uma dimensão familiar e afetiva, já que todos os membros desta são afetados.

Por outro lado, Herzlich (2004) chama a atenção para estudos desenvolvidos por Charmaz (1991), que trazem uma perspectiva diferente da experiência com a doença crônica, na qual se leva em consideração uma dimensão de redescoberta desencadeada por ela. Nesta perspectiva, a doença “oferece a possibilidade de renovação e mudança, ou a oportunidade para pôr a prova a própria capacidade de mostrar-se à altura das circunstâncias e ser um doente bem sucedido: (HERZLICH, 2004, p. 389).

De acordo com este autor, também observamos no estudo que realizamos um grande número de informantes que revelam essa proposição de ‘superação’ que a doença trouxe para suas vidas, além dos benefícios sociais humanos recebidos de instituições de apoio e, sobretudo, da família/religião.

Como Ortega (2003), consideramos que no caso da AIDS, a instituição de um processo de longa duração acarreta um aprendizado continuado sobre a

---

<sup>24</sup> Christoph Mayr/U.Fritz Bredeek, Disfunção sexual e HIV/SIDA, (2006). Disponível em: [http://hivmedicine.aidsportugal.com/html/29\\_SexDys.html](http://hivmedicine.aidsportugal.com/html/29_SexDys.html). Visitado no dia 07 de novembro de 2012.

doença que, num primeiro momento, pode ser tomado como uma diferença de percepção da dimensão da demarcação do ser (doente) para uma dimensão de possibilidade: um estado (probabilidade de adoecer). A experiência com a doença está relacionada ao longo processo de aprendizagem para gestão da doença e o convívio com este 'fantasma'.

Ainda para o referido autor, a experiência da doença passa, então, a se processar a partir de duas perspectivas: uma, temporal - relacionada à incerteza e às possibilidades sempre eminentes de adoecer; outra, estratégica, vinculada às maneiras de viver com a doença, de enfrentar preconceitos e ordenar sua vida apesar da doença. Assim, é que, segundo Neves e Lima (2011), o soropositivo aparece como um novo ator na modernidade, que não é um doente, mas uma pessoa que pode ficar doente. Daí toda a complexidade que envolve a subjetividade das pessoas portadoras do vírus: 'Não vejo as minhas netas mais sofredoras porque tem o vírus HIV, nós procuramos ensinar a elas desde pequenas a encarar a vida com normalidade'. (JP/sn/f/62 anos).

Enfim, como vimos ao longo deste capítulo, quanto à realidade das famílias na atualidade, em nosso campo empírico presenciamos: 1) múltiplos tipos de famílias, como famílias nucleares, monoparentais, reconstituídas, com filhos biológicos ou adotivos, família homoafetivo ou homoparentais, quase famílias; 2) no que diz respeito à sexualidade e, sobretudo no que tange a questão da homossexualidade, percebe-se nos múltiplos formatos de famílias o reflexo da presença dos preconceitos construídos ao longo da história, nos diversos segmentos e contextos históricos; 3) é nesta contextualização que o soropositivo para o HIV vai manejar a sua vida com a sua família e a sua família consigo mesma. Sendo assim, a família é apresentada pelo soropositivo para o HIV ora como um suporte, aproximando-se do papel desempenhado pela religião, ora como um espaço em que o preconceito fala mais alto que os laços sanguíneos, colocando-se em cena a necessidade e a possibilidade de organização de famílias tendo por base a afetividade, o respeito e a acolhida dos sujeitos em sua condição de soropositivo.

Também, o HIV/AIDS ofereceu uma oportunidade social e cultural de discutir abertamente temas que, de outra maneira, não viriam à tona: sexualidade, prevenção e saúde, pobreza, educação sexual e, em geral, a revisão de estigmas e preconceitos.

## CONCLUSÃO

Esta investigação versou sobre religião e soropositivos para o HIV/AIDS: preconceitos sobre doença e sexualidade.

Quando iniciamos a investigação, supúnhamos que a instituição família ocuparia um lugar central enquanto forma de estruturação da sociedade atual. As representações da referida instituição seriam compostas e permeadas por ideários religiosos em uma cultura em que tais ideários são considerados pelas pessoas como de fundamental importância para sua autopercepção, enquanto seres humanos. Como os valores religiosos disponíveis em nossa cultura ocidental são os misóginos, vindos da tradição judaico-cristã (e de outras tradições), seriam esses os valores que iriam influenciar na composição e manutenção da identidade de gênero masculino, bem como na forma como as famílias se estruturam. Essas identidades de gênero seriam permeadas por uma representação das possibilidades de exercício da sexualidade diferenciada para cada um dos gêneros. Sendo assim, a constatação de que um dos cônjuges é soropositivo evidenciaria a presença de determinadas práticas sexuais fora das relações matrimoniais. O enfrentamento dessa situação traria consigo a exigência de uma revisão da representação de todos os aspectos correlatos à família, como fidelidade conjugal, papel de gênero masculino ao interno das relações familiares, aspectos constituintes da própria identidade de gênero masculino, bem como o ideário religioso que a compõe. Como consequência desse enfrentamento, poder-se-ia esperar a construção de novas ou a reformulação das já presentes representações e estruturações da família.

No decorrer da análise, percebemos que, para entender a complexidade da relação religião-família-HIV, se fazia necessário construir um arcabouço conceitual sobre a religião, preconceito e sexualidade.

No processo de construção desse arcabouço conceitual, constatamos que havia uma estreita relação entre as concepções de doença e sexualidade e o medo, que potencializa ainda mais o preconceito contra as pessoas portadoras da síndrome do HIV/AIDS, devido a doença estar relacionada à prática sexual moralmente refutada e, sobretudo, sendo a religião um dos principais elementos constituintes dessas concepções.

Verificamos que a religião tem, sim, um papel fundamental na construção e revelação de uma concepção de mundo para as pessoas, sobretudo por reconstruir o mundo dos significados subjetivos e definir, com referência a eles, os diversos fenômenos sociais.

O arcabouço teórico construído nos auxiliou na análise do material empírico coletado, uma vez que os dados da investigação evidenciaram que o preconceito é o principal problema destacado pelos sujeitos da investigação.

Ao longo da análise do material empírico, fomos percebendo que a AIDS tem sofrido inúmeras transformações em seu perfil epidemiológico, deixando de ser uma doença que atingia somente os indivíduos pertencentes a grupos considerados de risco, homossexuais usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, profissionais do sexo. Hoje, a soropositividade acomete indistintamente pessoas dos diversos níveis socioeconômico-culturais. No entanto, observa-se, atualmente, a pauperização da AIDS, já que a infecção cresce significativamente entre as camadas menos favorecidas culturalmente e financeiramente. A maioria dos participantes que colaboraram com este estudo encontra-se inserida nesta camada social, confirmando este fenômeno.

A partir da análise realizada, percebeu-se que as representações religiosas sobre a sexualidade e suas repercussões sobre famílias, cujos membros são os SPP/HIV/AIDS, convivem com a presença do preconceito que se faz perceber nas construções das concepções de sexualidade e de doença, sendo, no caso do Ocidente, a tradição cristã uma das principais agentes em tal forma de construção. Este fator se torna importante, uma vez que a religião ainda ocupa um lugar importante na cultura atual.

A partir do conteúdo religioso sobre a sexualidade e doença, vai sendo tecido, juntamente com outros setores ou dimensões da cultura, um consenso restritivo sobre a sexualidade que, atualmente, vai constituir-se em um importante fator de preconceito em relação aos soropositivos.

Tal preconceito produziu uma concepção de sexualidade atrelada a uma determinada concepção de morte e vida. A sexualidade passa a ser vista pela sociedade como a chave para a compreensão comportamental dos indivíduos,

naquilo que constitui a própria individualidade. A prática sexual determina o *status quo* do indivíduo no seio da sociedade.

Assim, diante da experiência do desconhecido (soropositivo para o HIV), se produziu representações apoiadas na ideia de doença contagiosa, incurável e mortal, recrudescendo o conceito de peste, cujo significado, na Idade Média, representava uma ameaça extrema à sociedade, atrelada a atitudes de evitamento daquele que a portava. Tal atitude carregou consigo, de maneira assustadora, e que se mantém até hoje, os espectros construídos no imaginário social que, como fios, tecem uma trama de representações e valores simbólicos sobre o HIV. Uma das consequências da manutenção dessas representações de doença na consideração do HIV foi a retirada de tal doença do campo das doenças comuns, transmutando-a para o campo das doenças malignas, onde o SPP/HIV/AIDS é responsabilizado pela doença.

Verificamos que parte de nossa hipótese inicial se confirma. Isto é, existe uma articulação entre uma concepção preconceituosa de sexualidade e a concepção do SPP/HIV/AIDS. A família, também, ocupa lugar central enquanto forma de estruturação da sociedade atual, e as representações da referida instituição são compostas e permeadas por ideários religiosos. Verificamos, ainda, a permanência do valor central dado às ideias religiosas e que, como os valores religiosos disponíveis em nossa cultura ocidental são centrados no modelo patriarcal de família, são esses os valores que influenciaram nas representações idealizadas de família na atualidade. Tais representações ficaram evidentes nos depoimentos dos sujeitos desta investigação.

Os participantes da pesquisa expressaram que conservam a concepção de família com traços típicos da família patriarcal e nuclear unida no mesmo lar (pai, mãe e filhos juntos). Identificamos, com isso, que os costumes que marcaram época podem ou não estar distantes de nossos costumes, ou até mesmo mudarem de denominação, mas no ideal desejado pelos participantes ainda continua presente o modelo nuclear de família.

Se em tempos passados a família baseada no casamento monogâmico era considerada instituição digna de louvor e carinho, essa concepção ainda permanece bem identificada no ideal em nosso campo de pesquisa. Podemos até afirmar que existem múltiplos tipos de família e novas formas de constituir-se

família dentro da sociedade, baseados mais no afeto do que nas relações de consanguinidade, mas, idealizam-se traços e características da família nuclear.

É nesta contextualização que o soropositivo para o HIV vai manejar a sua vida consigo mesmo, com a sua família e em seus outros espaços de socialização.

Em tal contexto e situação, embora centrais, tanto a família como a religião apresentam-se ao SPP/HIV/AIDS de forma ambígua. No caso da família, por um lado ela serve como referência para o “certo” ou o “errado” que o fator soropositivo torna explícito em relação à forma como o sujeito interage com e nela, o que poderá trazer ao mesmo uma depreciação social. Por outro lado, tal instituição se apresenta também como um suporte, aproximando-se do papel desempenhado pela religião. A ambiguidade do papel da religião, por sua vez, está no fato de que, se ela contribui para uma concepção preconceituosa da sexualidade e da doença, por outro lado também se apresenta como suporte no enfrentamento da soropositividade para o HIV/AIDS, tanto pelo potencial da crença em Deus ou outras entidades, como por alguns espaços institucionais de atendimento aos SPP/HIV/AIDS e seus familiares. A família e a religião são imprescindíveis para o enfrentamento existencial e social da doença. A família oferece afeto, apoio e compreensão e a religião também oferece apoio, mas acima de tudo, perdão e esperança.

A ruptura biográfica, após a confirmação do diagnóstico da doença é um divisor de águas para a pessoa que quer viver. Exige-se da pessoa na condição de soropositivo um treinamento para saber cuidar de si e avaliar as suas ações.

Também percebemos que a síndrome da doença desperta naqueles que superam o trauma da notícia uma dimensão de redescoberta de si. Nesta perspectiva, a própria doença oferece a possibilidade de renovação e mudança, ou a oportunidade para pôr à prova a própria capacidade de mostrar-se à altura das circunstâncias e ser um doente conhecedor de si e das consequências da doença, ou seja, um doente bem sucedido. Este fator se torna de fundamental importância na reinserção do soropositivo à sociedade, pois em nossa cultura atual há uma hipervalorização da autoconstrução da identidade pelo próprio sujeito. Sendo assim, o soropositivo para o HIV se coloca no mesmo movimento

sociocultural das outras pessoas, o que pode lhe proporcionar o sentido de normalidade em uma situação diferenciada pela doença.

Observamos, ainda, que os participantes revelaram que, além dessa possibilidade de 'superação' a doença trouxe para suas vidas outros benefícios sociais e humanos vindos de instituições de apoio e, sobretudo, da família/religião. Tais benefícios são imprescindíveis para superarem o medo do preconceito que a doença evoca contra si e seus familiares.

Por isso, a crença em Deus se apresenta como um dos principais aspectos que compõem a percepção dos sujeitos enquanto seres humanos. Para eles, Deus é tudo. A notícia da soropositividade leva a pensar mais em Deus. A religião ajuda com seus ensinamentos e apoio espiritual e as igrejas são mencionadas com um papel ambíguo, tanto ao que se refere às distintas formas de pertença dos sujeitos quanto em relação ao papel desempenhado por elas.

As igrejas ensinam e apoiam espiritualmente, mas também normatizam a sexualidade e deixam a desejar quanto às informações sobre prevenção em relação ao HIV. Apesar de tais fragilidades para os participantes da pesquisa, a crença em Deus e os ensinamentos religiosos levam ao respeito e ao amor ao outro, inclusive no que tange aos cuidados quanto a uma possível contaminação com o HIV.

No que se refere à relação sexualidade-família, verificamos que a fronteira entre as identidades masculina e feminina, bem como os papéis sexuais delas esperados se encontram pouco definidos, destacando-se um significativo número de casais homossexuais em relações bastante conflitivas. A notícia que um membro da família é soropositivo causa grande impacto sobre os frágeis laços familiares, na maioria das vezes em relação à família sanguínea da pessoa soropositiva para o HIV.

Nota-se, no entanto, que os desdobramentos desses impactos se dão basicamente em duas direções: a união da família e o apoio ao soropositivo, ou o abandono do mesmo. Caso seja o abandono, há uma reformulação da própria concepção de família, sendo esta entendida, então como as pessoas que me acolhem, me respeitam e me vêem como gente. Entendemos que esses desdobramentos podem colocar muitos desafios, tanto aos pesquisadores sobre a temática, quanto às instituições que trabalham com as famílias em geral e com

famílias de soropositivos, em particular. O mesmo desafio também se apresenta às próprias famílias dos soropositivos, aos próprios sujeitos e à sociedade em geral. Isto porque, diante da realidade acima analisada, todos são desafiados a rever seus conceitos, seus posicionamentos e seus (pré)conceitos, sob pena de não compreenderem a complexidade posta por tal realidade.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. Tradução de Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval. Muniz de. *Preconceito contra a origem geográfica e de lugar: as fronteiras da discórdia*. São Paulo: Cortez, 2007.

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, Liliana Maria. *A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral*. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 12, p. 262-274, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/26.pdf>. Acesso em 31 de outubro de 2012.

ARIÉS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. 2. Ed. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1978.

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Anália Soria. Preconceito e discriminação. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 119- 141, 2002.

BARBIERI, A. L.; MACHADO, A. A.; FIGUEIREDO, M. A. C. Estudo qualitativo de crenças relativas aos cuidados domiciliares e à morte entre familiares de portadores de HIV/AIDS e câncer. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000200010&script=sci_arttext). Acesso em: 30 outubro de 2012.

BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido: sobre a fragilidade das relações humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

BAUMAN, Zygmunt. *Em busca da Política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BELOQUI, J. A polaridade vida e morte e a AIDS. In: V. Paiva (Org.). *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992, p. 27-31.

BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1976.

BERGER, Peter. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. Tradução de José Carlos Barcelos. São Paulo: Paulinas, 1985.

BERLINGUER, Giovanni. *A doença*. Tradução de Virgínia Gawryszewski. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1421&idSubCategoria=22>

*BÍBLIA DE JERUSALÉM*. São Paulo: Paulus, 1985.

BORGES, Alci. Marcus Ribeiro. Direitos humanos: conceitos e preconceitos: *Juistributário* (Fortaleza), v. 4586, 2010, p. 01-14.

BOTELHO, João Bosco. *Medicina e religião: conflito de competências*. 2ª.Ed. Manaus: Metro Cúbico, 1991.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Tradução de Maria Helena Kühner. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário Temático: DST e AIDS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BURY, Michael. Chronic illness as biographical disruption. In: *Sociology of Health and Illness*, v. 4, n. 2, p. 167- 182, 1982.

CARNEIRO, H. F. C. *AIDS: a nova desrazão da humanidade*. São Paulo: Escuta, 2000.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC,1995, p. 15 – 22.

CASTELLS, Manuel. *O poder da identidade*. Tradução de Klauss Brandini Gerhardt. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000, V II.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Potencialidades de Perversão. Pulsional. *Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 113, 1998, p. 79-82.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Sexualidade e preconceito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 3, n. 3, 18- 37, 2000.

CHARMAZ, K. *Good days, bad days: the self in chronic illness and time*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1991.

CHAUÍ, Marilena. *Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida*. 12ª Ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

CHAUÍ, Marilena. Senso comum e transparência. In: Lerner, J. (Org.). O preconceito. São Paulo: *Imprensa do Estado*, 1996/1997, p. 115-132.

CHAUÍ, Marilene. Sobre o medo. In: NOVAES, A. (Org.). *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CORBIN, Alain; VIGARELLO, Georges; COURTINE, Jean-Jacques. *História do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2008. V III.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2004.

CROATTO, José Severino. *As linguagens da Experiência Religiosa: Uma introdução à fenomenologia da religião*. São Paulo: Paulinas, 2001.

DALARUN, Jacques. Olhares de clérigos. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. *História das mulheres: a Idade Média*. Tradução de Ana Losa Ramalho et al (Eds.) Porto: Afrontamento; São Paulo: Ebradil, 1990, p. 29-63, VII.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente. (1330-1800)*. São Paulo: companhia das Letras, 1989.

DELUMEAU, Jean. *O pecado e o medo: a culpabilização no Ocidente (séculos 13-18)*. Tradução de Álvaro Lorencini. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2003, (Volume I).

DOWBOR, Ladislau. A economia da família. In: *Família: redes, laços e políticas públicas*. (Orgs.). ACOSTA, R. Ana; VITALE, F. A. Maria. 2ª Ed. São Paulo: Cortez – PUC-SP, 2005, p. 293-316.

DOWDEN, Steve. Metáfora, doença e literatura, ou: almoçando com Nikolay Stepanovitch. In: *Concilium*. Regina Ammicht-Quinn; Hille Haker (Orgs.). AIDS. Revista Internacional de Teologia, 321 – p. 80- 91, 2007, vol.

DUBY, Georges. A solidão nos séculos XI-XIII. In: ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges (Orgs). *História da vida privada. Da Europa Feudal à Renascença*. Vol. 2. Tradução Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

DUFOUR, Dany-Robert. *O Divino Mercado: a revolução cultural liberal*. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2009.

DURAND, Gilbert. *As estruturas antropológicas do imaginário*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares de vida religiosa*. Tradução de Joaquim Pereira Neto. 2ª Ed. São Paulo: Paulinas, 1989.

ECCO, Clóvis. A construção da masculinidade sob a égide das ideias religiosas. *Mandrágora* (São Bernardo do Campo), v.2, p. 01-45, 2007.

ECCO, Clóvis. *Um retrato de homem contemporâneo: Masculinidade e religião em discussão*. Rio de Janeiro, Deescubra, 2008.

EISLER, Riane. *O prazer sagrado: sexo, mito e a política do corpo*. Tradução de Ana Luiza Dantas Borges. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano. A essência das religiões*. Tradução de Rogério Fernandes, São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ELIAS, Norbert. *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 1993a.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: formação do Estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993b, V. II.

FERREIRA, C.V.L. *AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com HIV*. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

FERREIRA, Rosana C. M.; FIGUEIREDO, Marco Antônio de C. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. *Revista Medicina*. Ribeirão Preto, v. 39, p. 591-600, 2006. Disponível em [http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n4/ao\\_reinsercao\\_mercado-trabalho.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n4/ao_reinsercao_mercado-trabalho.pdf). Acesso em: 20 ago.2013.

FISHER, Helen E. *Anatomia do amor: a história natural da monogamia, do adultério e do divórcio*. Rio de Janeiro: Eureka, 1995.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 11. Ed. Tradução de Maria Tereza da C. Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1993/1998.

FOUCAULT, Michel. *Corpos dóceis*. In: *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres (Vol. 2)*, 7ª ed. Tradução de Maria Tereza da C. Albuquerque e J. A. Guilhon. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 21ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

FOUCAULT, Michel. O combate da castidade. In: ARIÈ, Philippe & BÉJINO, André (org.). *Sexualidades ocidentais*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GALVÃO, J. *AIDS no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 2000.

GARCIA, Sandra; KOYAMA, Mitti Ayako Hara e grupo de estudos em população, sexualidade e AIDS. Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200800080001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200800080001) 0 visitado em 15 de novembro de 2012.

GAZETA ONLINE. (18/07/2012) Mais de 34 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, aponta relatório da ONU. Disponível em: [http://gazetaonline.globo.com/\\_conteudo/2012/07/vida\\_saudavel/noticias/1314781-mais-de-34-milhoes-de](http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2012/07/vida_saudavel/noticias/1314781-mais-de-34-milhoes-de)

peessoas-vivem-com-hiv-no-mundo-aponta-relatorio-da-onu.html. Acesso em: 11 maio. 2013.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GIDDENS, Anthony. *Sociologia*. Tradução de Sandra Regina Netz. 4ª ed. Porto Alegre: Armed: 2005.

GIRARD, René. *A violência e o sagrado*. Tradução de Martha Conceição Gambini. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1998.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1891.

GOMES DA SILVA, Sergio. Preconceito e Discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicologia: Ciência e Profissão* (Impresso), v. 30, p. 556- 571, 2010.

GROSSI, Miriam. *Gênero, Violência e Sofrimento* (coletânea). Cadernos Primeira Mão. Florianópolis. PPGAS/UFSC. n.º 6. 1995 (2ª versão 1998).

GROSSI, Mirian. Identidade de Gênero e Sexualidade. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, p. 1- 18, 1998.

GUIMARÃES, R.; FERRAZ, A. F. A interface AIDS, estigma e identidade – algumas considerações. *Revista Mineira de Enfermagem*/ 6 (1/2): 77-85, jan/dez, 2002.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na Pós-Modernidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guaracira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP& A Editora, 2003.

HANAN, Janete. *A Percepção Social da AIDS*. Manual de Sobrevivência – Preconceito e Discriminação. Disponível no site: <http://openlink.br.inter.net/aids/preconceito.htm>. Acesso no dia 07 de março de 2012.

HEILBORN, M. Luiza. [et al.]. *Sexualidade, Família e Ethos Religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

HEILBORN, Maria Luiza. Articulando Gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde: In: Paulete Goldenberg; Regina Maria Giffioni Marsiglia; Mara Helena de Andréa Gomes. (Orgs.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, V. 1, p. 197, 208.

HEILBORN, Maria Luiza. Violência e mulher. In: G. Velho & M. Alviti (Org.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: Ed. da UFPRJ, 2000, p. 90-99.

HEINEMANN, Uta Ranke. *Eunucos pelo Reino de Deus. Mulheres, Sexualidade e a Igreja Católica*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos tempos, 1999.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde & Doença*. Tradução de Ane Rose Bolner. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERZLICH, Claudine. Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. In: *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2):193-203, 2005.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do Século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. In: *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2): 383-394, 2004.

HINTZ, Helena Centeno. Novos Tempos, Novas Famílias? Da Modernidade à Pós-modernidade. *The Advance-Progress (Vidalia)*, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 8-19, 2001.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>. Acesso em: 21 de junho de 2012.

JOHNSON, Allan. G. *Dicionário de Sociologia*. Guia prático da linguagem sociológica. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

JORNAL ZERO HORA. (20/11/2012) Um em cada quatro infectados pelo HIV no Brasil não sabem que têm o vírus, afirma relatório. Disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2012/11/um-em-cada-quatro>. Acesso em 11 maio. 2013.

KEHL, Maria Rita. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, Giselle C. e PEREIRA, Rodrigo da C. *Direito de Famílias e Psicanálise: Rumo a uma Nova Epistemologia*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 163 – 176.

LEAL, Andréa Fachel. Panorama da AIDS no Brasil, 2012. Disponível no site: <http://www.clam.org.br/entrevistas/conteudo.asp?cod=6213>. Acesso em 01/03/2012.

LEMOS Carolina Teles. Sexualidade: a construção social de um conceito. *Fragmentos de Cultura (Goiânia)*, Universidade Católica de Goiás, v. 10, n. 5, p. 867-878, 2000.

LIMA, Lana L. da G. Confissão e Sexualidade. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina M. (Orgs.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/ IMS-UERJ, 1996, p.38-50.

LINS, Regina Navorro; BRAGA, Flávio. *O livro de ouro do sexo*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

LÖWY, Michel. *A guerra dos deuses*. Religião e política na América Latina. Petrópolis: Vozes, 2000.

LUCKMANN, Thomas. *Lá religión invisible*. Salamanca: Sigueme, 1973.

MACEDO, R. M. S.; MACEDO, Rosa Maria Stefanini de. *Família: pesquisa e intervenção – Coletânea 1*, São Paulo: Press Gráfico, 1994. V. 2.

MARTELLI, Stefano. *A religião na sociedade pós-moderna*. São Paulo: Paulinas, 1995.

MARTIN, Claude. Os limites da proteção da família. *Revista de Ciências Sociais*, Coimbra: nº 42, maio, 1995.

MATOS, Marlise. *Reinvenções do vínculo amoroso: cultura e identidade de gênero na modernidade tardia*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIVISÃO DE DST/AIDS. A AIDS em número. Divulgado no sítio: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-em-numeros>; coletado em ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. In: *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11 (1): 59-77, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília, DF, 2010.

MOREIRA, Virginia; MENESES, Anne Mary; ANDRADE, Débora B. e ARAUJO, Maria Catarina. *Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: coestigma. Mental*. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v8n14/v8n14a07.pdf>, vol.8, nº. 14, 2010, p. 115-131.

MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: Da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n.1, p. 49-56, 2006.

NEVES, Ednalva Maciel; LIMA, Débora Arruda Campos de Andrade. SOCIABILIDADE DA AIDS: algumas reflexões sobre socialização a partir da doença e dos movimentos sociais. *CAOS. Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, v. 18, p. 21-31, 2011.

*NOVO DICIONÁRIO* da Língua Portuguesa de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

NUNES, César Aparecido. *Desvendando a sexualidade*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1987.

OLIVEIRA, Irene Dias de. Religiões afro-brasileiras e violência. *Ciberteologia: Revista de Teologia & Cultura*. Ano VII, n. 35, p. 16-23, 2011.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Pioneira, 1976.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Fact Sheet. Nº 239 – Junho, 2000.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. In: *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11 (1): 59-77, 2003.

OSÓRIO, Fábio Medina; SCHAFER, Jairo Gilberto. Dos crimes de discriminação e preconceito: anotações à Lei 8.081, de 21-9-1990, *Revista dos Tribunais*, v. 714, abril. 1995.

PADEN, William. E. *Interpretando o Sagrado: modos de conceber a religião*. São Paulo: Paulinas, 2001.

PAGELS, Elaine. *Os Evangelhos Gnósticos*. Tradução de Marisa Mota. Rio de Janeiro: Objetiva, 2006.

PARKER, R. G. (Org.). ; BARBOSA, R. M. (Org.) . *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: ABIA / IMS-UERJ / Relume-Dumará, 1996.

PARKER, Richard ; AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PARKER, Richard. [et al]. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: CZERESNIA D. [et al] (Orgs.). *AIDS: pesquisa social e educação*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ-ABIA, 1994a.

PARKER, Richard. Diversidade sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a AIDS no Brasil. In: Loyola, Maria Andréa (Org.). *AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994b.

PAULILO, M. A. S. *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras Editora, 1999.

PEIXOTO, C. E.; CICCHELLI, V. Sociologia e antropologia da vida privada na Europa e no Brasil. Os paradoxos da mudança. In: PEIXOTO, C. E.; SINGLY, F. de; CICCHELLI, V. (Orgs.). *Família e individualização*. FGV, Rio de Janeiro: p. 07-11, 2000.

PEREIRA, P.A. Desafios Contemporâneos para a Sociedade e a Família. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. nº 48, ano XVI. São Paulo. Cortez, 1995.

PIGNATTI, M. G.; CASTRO, S. P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 83-94, 2008.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; MACHADO, Frederico Viana. *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

REALE, G.; ANTISERI, D. *História da filosofia*. 7ª. Ed. São Paulo: Paulus, 2002, V. I.

RIOS, Roger Raupp [et. al]. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. In: RIOS, Roger Raupp (Orgs.). *Em defesa dos direitos sexuais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

ROMANELLI, Geraldo. Autoridade e poder na família. In: Maria do Carmo Brant de Carvalho. (Org.). *A família contemporânea em debate*. 6ª ed. São Paulo: Educ-Cortez Editora, 2005, p. 73-88

ROUDINESCO, Elisabeth. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2003.

RUBIN, G. Reflexionando sobre o sexo: notas para uma teoria radical de La sexualidade. In: VANCE, C. *Placer e peligro*. Explorando a sexualidade feminina. México: Revolución, 1989.

RUBIN, Gayle. *O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo*. Tradução de Christine Rufino Dabat, Recife: S.O.S Corpo, 1993.

RUBIN, Gayle. Reflexionando sobre El sexo: notas para uma teoria radical de la sexualidade. In: VANCE, Carol (Org.). *Placer e peligro*: Explorando la sexualidade feminina. México: Revolución, 1989.

RUIZ, Bartolomé Castor. *Os paradoxos do imaginário*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2004.

RYAN, Penélope J. *Católico praticante: a busca de um catolicismo para o terceiro milênio*. São Paulo: Loyola, 1999.

SAMPAIO, J [et al]. Ele quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/AIDS no semiárido nordestino. *Saúde soc.* [online]. 2011, vol.20, n.1.

SANGENIS, Luiz Fernando Conde. *AIDS e Juventude: O Desafio de Informação, a Esperança da Solidariedade*. São Paulo: Edições Paulinas, 1997.

SANTOS, Cristiano Jorge. *Crimes de preconceito e de discriminação*. 2ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

SCHOTT, Robin. *Eros e os processos cognitivos: uma crítica da objetividade em filosofia*. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1996.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. 3ª Ed. Recife: SOS Corpo, 1996.

SENNETT, Richard. *O declínio do homem público*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 36, p. 40-9, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11162.pdf>. Acesso em 29 de maio. 2013.

SILVA, José Carlos Avelino da. *O sagrado e a individualidade: o nascimento do ser humano e a emergência da Individualidade*. Goiânia: Editora da UCG, 2009.

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2010, vol.30, n.3, p. 556-571

SIMIONATO, Marlene A. W e OLIVEIRA, Raquel Gusmão. *Funções e Transformações da família ao longo da história* (2009). Disponível em: <http://www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a07Simionato03.pdf>. Acesso em: 21 de junho de 2012.

SINGLY, François. de. O nascimento do “indivíduo individualizado” e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C. E.; SINGLY, F. de; CICCHELLI, v. (Orgs.). *Família e individualização*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000, p. 13-19.

SINGLY, François. de. *Sociologia da Família Contemporânea*. Tradução de Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2007.

SOUSA, A. S., Kantorski, L. P. & BIELMAN, V. L. M. A AIDS no interior da família– percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 2004, p. 1-9.

STENGEL, Márcia Stengel. *Tradições, contradições, transformações: a família na ótica de pais adolescentes*. Tese (Doutorado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2004.

SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE/ GERÊNCIA DE PROGRAMAS ESPECIAIS/ COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS, 2012. Perfil epidemiológico do HIV/AIDS e coinfeções no Estado de Goiás. Disponível em: [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_502\\_PerfilAdaAAidsAnoAEstadoAdeAGoiasAAeAcoinfeccoes.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_502_PerfilAdaAAidsAnoAEstadoAdeAGoiasAAeAcoinfeccoes.pdf). Acesso 11 de maio, 2013.

SZYMANSKI, Heloisa. Teorias e “Teorias” de famílias. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC, 1995, p. 23 – 27.

THERBORN, Göran. *Sexo e poder: a família no mundo 1900-2000*. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

VAITSMAN, Jeni. *Flexíveis e Plurais. Identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VILAS-BÔAS, Renata Malta. *Ações afirmativas e o princípio da Igualdade*. Rio de Janeiro: *América Jurídica*, 2003.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade*. Fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa. Brasília: UNB; São Paulo: imprensa oficial, 2004a, V.I.

WESTRUPP, M.H.B. *Práticas Sexuais de Mulheres de Parceiros Infectados pelo HIV*: contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS. Tese de (Doutorado) Florianópolis: UFSC, 1997.

**ANEXOS****ANEXO I****QUESTIONÁRIO PARA A PRIMEIRA ENTREVISTA COM OS PARTICIPANTES  
DA PESQUISA**

Dados pessoais:

Nome ou (Apelido)\_\_\_\_\_

Idade:\_\_\_\_\_

Formação profissional:\_\_\_\_\_

Local de trabalho:\_\_\_\_\_

Religião:\_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Viúvo ( ) Vive junto  
com pessoa do mesmo sexo ( ) Vive junto com pessoa de outro sexo

É soropositivo: ( ) sim ( ) não

Conviveu ou convive maritalmente com soropositivo? ( ) sim ( ) não

Tempo de convivência\_\_\_\_\_

Aceita participar desta pesquisa na qualidade de entrevistado? ( ) sim ( ) não

É participante de alguma forma de religião? ( ) sim ( ) não.

Se sim, qual?\_\_\_\_\_

**ANEXO II**  
**QUESTIONÁRIO A SER APRESENTADO NA SEGUNDA ETAPA DA**  
**ENTREVISTA AOS PARTICIPANTES SOROPOSITIVOS DA PESQUISA**

1. Diga cinco palavras que você lembra, quando ouve alguém falar sobre Soropositivo para o HIV.
2. O que você pensa sobre o que dizem os ensinamentos religiosos que você conhece sobre família, sobre sexo e sobre soropositivo para o HIV?
3. Qual era o comportamento de sua família antes da comprovação do soropositivo para o HIV em sua vida.
4. Que mudança houve em sua família após a notícia do soropositivo para o HIV em sua vida.
5. Você acha que os ensinamentos religiosos que você conhece sobre família, sobre sexo e sobre o soropositivo ajudaram ou dificultaram o relacionamento para você e seu parceiro (ou sua parceira)? Por quê?

**ANEXO III**  
**QUESTIONÁRIO A SER APRESENTADO NA SEGUNDA ETAPA DA**  
**ENTREVISTA AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA CUJOS CÔNJUGES SÃO**  
**SOROPOSITIVOS**

1. Diga cinco palavras que você lembra, quando ouve alguém falar sobre Soropositivo para o HIV.
2. O que você pensa sobre o que dizem os ensinamentos religiosos que você conhece sobre família, sobre sexo e sobre soropositivo para o HIV?
3. Qual era o comportamento de sua família antes da comprovação do soropositivo para o HIV em sua vida.
4. Que mudança houve em sua família após a notícia do soropositivo para o HIV em sua vida.
5. Você acha que os ensinamentos religiosos que você conhece sobre família, sobre sexo e sobre o soropositivo para o HIV ajudaram ou dificultaram para você e seu parceiro (ou sua parceira)? Por quê?