

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

**MULHERES COM HIV/AIDS - MEDICINA, RELIGIÃO E FAMÍLIA NO
ENFRENTAMENTO DA DOENÇA**

RAIMUNDO NONATO LEITE PINTO

GOIÂNIA

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

**MULHERES COM HIV/AIDS - MEDICINA, RELIGIÃO E FAMÍLIA NO
ENFRENTAMENTO DA DOENÇA**

RAIMUNDO NONATO LEITE PINTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Teles Lemos.

GOIÂNIA
2015

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

P659m Pinto, Raimundo Nonato Leite.
Mulheres com HIV/AIDS [manuscrito] : medicina, religião e família no enfrentamento da doença / Raimundo Nonato Leite Pinto – Goiânia, 2015.
152 f. ; 30 cm.

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

“Orientadora: Profª. Dra. Carolina Teles Lemos”.

Bibliografia.

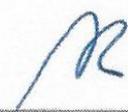
1. Saúde – aspectos religiosos. 2. AIDS (Doença). 3. Mulheres. 4. Família. I. Título.

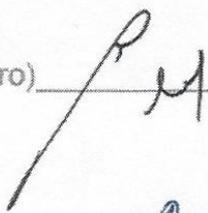
CDU 2:616-006.2(043)

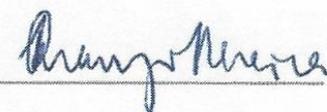
TESE DO DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO DEFENDIDA EM 31
DE MARÇO DE 2015 E APROVADA COM A NOTA 8,5 PELA BANCA
EXAMINADORA

1. Dra. Carolina Teles Lemos /PUC Goiás (Presidente) 

2. Dra. Irene Dias de Oliveira /PUC Goiás (Membro) 

3. Dra. Ivoni Richter Reimer /PUC Goiás (Membro) 

4. Dr. João Alves de Araújo Filho / UFG (Membro) 

5. Dra. Ledice Inácia de Araújo Pereira /UFG (Membro) 

6. Dr. Alberto da Silva Moreira /PUC Goiás (Suplente) _____

Dedico esse trabalho aos meus pais, Juarez e
Maria Júlia.
Aos meus filhos Luciana, Elisa, João e Jordanna.
À minha esposa Deividiana.
Aos meus irmãos Malvino (in memoriam),
Carlos Alberto (in memoriam),
Jacinto, Francisco,
Ana Lúcia (in memoriam),
Sebastião, Ana Maria,
Sônia (in memoriam),
Juarez Filho, Suely e Juliana.
Ao meu neto Bernardo.
A todas as mulheres que convivem com o
HIV, minha dedicação especial.

Agradeço aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pela oportunidade de obtenção de novos conhecimentos.

Aos meus familiares, aos meus amigos e, em especial, ao meu tio-irmão Gerardo Leite.

Ao professor Ferdinand Persijn.

Às mulheres que participaram de nossa pesquisa.

À Dr.^a Ana Joaquina Cohen Pereira, que foi fundamental para a entrevista com pacientes no HDT/HAA.

A todos os profissionais que trabalham com HIV/Aids.

À minha orientadora, prof.^a Dr.^a Carolina Teles Lemos, o meu especial agradecimento.

A verdade sobre a Aids é, evidentemente, uma verdade universal sobre como é o mundo hoje. Noutras palavras: como permitimos que ele se apresente.

(Regina Ammicht-Quinn)

RESUMO

PINTO, Raimundo Nonato Leite. Mulheres com HIV/Aids – Medicina, religião e família no enfrentamento da doença. Tese de Doutorado. (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2015 – Goiânia-GO.

A infecção pelo vírus HIV/Aids representa um importante problema de Saúde Pública mundial com forte impacto em países em desenvolvimento como o Brasil. Recentemente, temos observado uma feminização da epidemia. Esse fato motivou o desenvolvimento da presente pesquisa, tendo como objeto de estudo mulheres com HIV/AIDS. Os objetivos principais da pesquisa foram apresentar a situação da epidemia no mundo, no Brasil e em Goiás; estabelecer a relação entre a medicina e a religião, inclusive na visão das mulheres soropositivas; destacar os sentimentos das pacientes por se encontrarem portadoras de um vírus com características letais; a importância da religião no enfrentamento desses desafios impostos pela doença; e, por fim, relacionar o papel da instituição família no combate ao HIV/AIDS. A pesquisa foi realizada utilizando-se um questionário aplicado exclusivamente pelo pesquisador em 30 pacientes comprovadamente contaminadas pelo vírus e em acompanhamento médico no Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia - HDT/HAA ou na CLIMIPI Infectologia, especializada em tratamento de doenças infecciosas, ambos na cidade de Goiânia. As respostas foram gravadas, transcritas em texto escrito, sistematizadas, algumas delas distribuídas em tabelas e, posteriormente, analisadas. Todas as expressões religiosas mencionadas estão incluídas no Cristianismo. 14 mulheres entrevistadas se declararam evangélicas, 11 católicas e 5 espíritas kardecista. O vírus HIV foi o agente infeccioso mais estudado na história da medicina, o que possibilitou grande avanço no diagnóstico e tratamento da doença, embora ainda não se disponha da cura. A relação da religião com a medicina existe desde a antiguidade, já que uma das atribuições da religião era a cura espiritual e física das pessoas. Para Laplantine (2004), com o avanço da Ciência houve um rompimento provisório dessa relação, voltando-se a encontrar logo após a redução do impacto da secularização. As pacientes estudadas reconhecem a importância dessa relação e demonstraram categoricamente que apreciam e valorizam tanto os conhecimentos médicos quanto a manifestação do fenômeno religioso no enfrentamento da infecção. Os sentimentos mais expressivos manifestados pelas pacientes ao serem perguntadas o que sentiam ao ouvirem a palavra HIV ou AIDS foram: medo, preconceito, sexualidade. O preconceito das pessoas não contaminadas demonstrou-se ser mais importante que o medo de morrer pela doença. Já o desafio provocado pela sexualidade guarda forte relação com os tabus sexuais, sendo a própria Igreja apontada como responsável por boa parte deles. As pacientes deixaram patente a importância da Religião na resolução desses problemas, apesar de alguma contradição em dogmas com forte preconceito da sexualidade. Quanto ao papel da família, os relatos são de famílias que apoiam, mas também das que não apoiam. Nas que apoiam é evidente a manifestação da importância no combate à evolução da doença.

Palavras-chave: religião, saúde, HIV/AIDS, mulher, família.

ABSTRACT

PINTO, Raimundo Nonato Leite. Women with HIV/Aids – Medicine, religion and family in the fight against the disease. Doctoral thesis. (Graduate program in science of religion) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2015-Goiânia-GO.

Infection by HIV/Aids is a major global public health problem, with strong impact in developing countries like Brazil. Recently, we have observed a feminization of the epidemic. This fact led to the development of this research, having women with HIV/AIDS as an object of study object. The main objectives of this research were to present the situation of the epidemic in the world, in Brazil and in Goiás; establish the relationship between medicine and religion, including the sight of women with HIV; highlight the feelings of patients because they are carriers of a virus with lethal characteristics; state the importance of religion in confronting these challenges posed by the disease; and, finally, relate to the role of the family in the fight against HIV/AIDS. The survey was conducted using a questionnaire as an instrument that was applied exclusively by the researcher in 30 patients infected by the virus and proven in medical follow-up in the Hospital of Tropical Diseases in Goiania-HDT/HAA or infectious diseases CLIMIPI, specializing in treatment of infectious diseases, both in Goiânia. The answers were recorded and subsequently transcribed in written text. The answers were systematized, displayed on tables and subsequently analyzed. All religious expressions mentioned are included in Christianity. 14 women interviewed declared themselves Evangelical, Catholic 11 and kardecist spiritists 5. The HIV virus was the infectious agent most studied in the history of medicine, which allowed great advances in the diagnosis and treatment of the disease, although there is still no available available. The relationship of religion and medicine has existed since antiquity, once a main task of religion was the spiritual and physical healing of people. For Laplantine (2004), the advancement of science brought a temporary disruption of this relationship, turning to find right after the reduction of the impact of secularization. The studied patients recognize the importance of this relationship and showed categorically that enjoy and appreciate both the medical expertise as the manifestation of the religious phenomenon in confronting the infection. The most expressive feelings expressed by the patients when asked about their feeling when they heard the word HIV or AIDS were: fear, prejudice, sexuality. The prejudice of non contaminated people proved to be more important than the fear of death by disease. Already the challenge caused by the strong guard sexuality relationship with sexual taboos, and the Church itself singled out as responsible for most of them. The patients reconized the importance of religion in the resolution of these problems, although some contradiction in dogmas with strong prejudice of sexuality arose. As for the role of the family, the reports are from families that support, but also those which do not support. In which support is clear demonstration of the importance in combating the disease evolution.

Keywords: religion, health, HIV/AIDS, women, family.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado	156
ANEXO B: Tabela I - Perfil Geral das Mulheres Entrevistadas.....	157
ANEXO C: Tabela II - Perfil das Pacientes que se Declararam Evangélicas....	158
ANEXO D: Tabela III - Perfil das Pacientes que se Declararam Católicas	159
ANEXO E: Tabela IV - Perfil das Pacientes que se Declararam Espíritas Kardecistas	160

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A DOENÇA PROVOCADA PELO HIV E A RELAÇÃO DA CIÊNCIA MÉDICA COM O FENÔMENO RELIGIOSO	23
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS	23
1.2 ETIOLOGIA, PATOGENIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV.....	28
1.3 RELIGIÃO, MEDICINA, HIV/AIDS E MULHERES COM HIV AIDS.....	32
2 DESAFIOS, ENFRENTAMENTOS E SOLUÇÕES APRESENTADAS PELAS MULHERES SOROPOSITIVAS	54
2.1 MEDO, TRISTEZA E MORTE	54
2.2 PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO	61
2.3 SEXUALIDADE	67
2.4 A RELIGIÃO COMO FORMA DE ENFRENTAMENTO	79
3 O PAPEL DA FAMÍLIA NO COMBATE À DOENÇA	101
3.1 O VALOR DA INSTITUIÇÃO FAMÍLIA	102
3.2 A FAMÍLIA QUE APÓIA ANTES E APÓS O HIV	119
3.3 A FAMÍLIA QUE NÃO APÓIA	126
CONCLUSÃO	133
REFERÊNCIAS	140
APÊNDICE	145
ANEXOS	151

INTRODUÇÃO

Para o desenvolvimento deste trabalho escolheu-se como tema mulheres com o vírus da Imunodeficiência Humana - HIV/Aids e como a medicina, a religião e a família contribuem para o enfrentamento da doença.

O objeto de estudo foi mulheres com HIV/Aids.

O objetivo geral foi identificar a contribuição da medicina, da religião e da família de pacientes com HIV/Aids para o enfrentamento da doença.

Os objetivos específicos foram:

- conhecer a Infecção pelo vírus HIV e a doença causada por esse, com enfoque especial na mulher;
- estabelecer a ligação entre a medicina e a religião;
- identificar os principais sentimentos apresentados pelos portadores do HIV/Aids ao se perceberem infectados pelo vírus;
- identificar a importância da religião para as mulheres com o HIV;
- situar a contribuição da instituição família no apoio ao parente vitimado pela infecção pelo HIV/Aids.

A justificativa para a realização da presente pesquisa foi motivada pela experiência que adquiri durante estes mais de trinta anos acompanhando pacientes com HIV/Aids, além de uma Dissertação anteriormente elaborada, em que procurei estudar a infecção/doença por este vírus e a influência da religião na evolução da mesma.

A opção por estudar somente mulheres com esse problema de saúde foi pela crescente feminização da infecção pelo HIV/Aids, além da busca de respostas que pudessem explicar como se comportam as famílias ao saberem da existência de uma portadora do vírus dentre seus membros.

A importância desse recorte se deve ao fato de que, a partir da década de 1980, a epidemia da AIDS se tornou uma realidade para as mulheres brasileiras, pois foi quando os primeiros casos começaram a aparecer nas notificações. No início da década de 1990, começou a ocorrer o aumento do número de casos de Aids em mulheres, caracterizando a feminização da epidemia.

Acredita-se que este fenômeno esteja ocorrendo pelo fato de as mulheres serem mais susceptíveis às doenças sexualmente transmissíveis, não só pelas características biológicas, mas também devido a outros fatores (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2010). Dentre estes, sobressaem-se as relações desiguais entre homens e mulheres, a falta de oportunidade de falar sobre sexualidade e conhecer seu corpo, a dificuldade em negociar o sexo protegido, dentre outros.

Quanto ao ideário religioso, Orozco (2002) afirma que a proposta que faz a Igreja da abstinência como prevenção da Aids, sem levar em conta a realidade concreta, pode levar ao contágio e à morte, principalmente das mulheres que, como elas mesmas se percebem, estão muito mais abertas a receber seus ensinamentos.

Keenan (2007) afirma que estes mesmos católicos “ficam estarecidos, não apenas porque estão convencidos da eficácia da camisinha, mas porque seus bispos parecem dar mais valor à sua própria doutrina do que à vida dos que se encontram em situação de risco” (KEENAN apud AMMISCHT-QUINN, 2007, p. 77-78).

No entanto, este mesmo autor informa que alguns teólogos católicos defendem o *humanae vitae*, ou seja,

A Igreja não considera ilícito o recurso aos meios terapêuticos, verdadeiramente necessários para curar doenças do organismo, ainda que daí venha a resultar um impedimento, mesmo previsto, à procriação, desde que tal impedimento não seja, por motivo nenhum, querido diretamente (KEENAN apud AMMISCHT-QUINN, 2007, p. 77-78).

De qualquer forma, o preocupante é que o vírus HIV e a Aids encontram, na sexualidade desprotegida, uma das principais vias de entrada no corpo feminino (OROZCO, 2002).

Diante desse cenário, foram levantadas algumas questões fundamentais como:

- A infecção pelo HIV na mulher vem aumentando significativamente nos últimos anos? Que fatores estão contribuindo para a feminização da doença?
- Além da medicina, que papéis desempenham a religião e a família no combate à doença em mulheres soropositivas?

Nossa hipótese é a de que a instituição família apresenta papel importante na estruturação da sociedade atual. As representações da referida instituição são compostas e permeadas por ideários religiosos, em uma cultura em que 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, eles irão influenciar na composição e manutenção da identidade de gênero feminino, e na forma como as famílias se estruturam.

O enfrentamento dessa situação traz consigo a exigência de uma revisão da representação de todos os aspectos correlatos à família, como fidelidade conjugal, papel de gênero masculino dentro das relações familiares, aspectos constituintes da própria identidade de gênero feminino, bem como o ideário religioso que a compõe. Como consequência desse enfrentamento, pode-se esperar a construção de novas ou a reformulação das já presentes representações e estruturações da família.

Do ponto de vista metodológico, como a realização da pesquisa supõe acesso às subjetividades das pessoas, posicionou-se ao longo da mesma na perspectiva da sociologia compreensiva, conforme proposto por Weber (1991, p. 3) ao afirmar que “a sociologia é uma ciência que visa compreender interpretativamente a ação social a partir dos sentidos subjetivos às ações conferidas a ela pelo agente social”.

No entanto, como se entende que os contextos políticos, sociais, culturais, históricos e econômicos influenciam tanto nas práticas sociais como nos sentidos a elas conferidos pelos agentes, viu-se por bem aliar ao método compreensivo as proposições da dialética marxista.

A referida proposição é importante para essa pesquisa porque, desde uma perspectiva histórica, cerca o objeto de conhecimento por meio da compreensão de todas as suas mediações e correlações e dá ênfase à “dialética das relações entre o indivíduo e a sociedade, entre as ideias e a base material, entre a realidade e a sua compreensão pela ciência” (MINAYO, 1994, p. 77).

No decorrer da pesquisa, buscou-se atentar às diferentes teses da dialética, tais como: a especificidade histórica da vida humana (toda vida humana e social está sujeita a mudanças, transformações, sendo perecível e podendo ser reconstruída; os fenômenos econômicos e sociais são produtos da ação e da interação, da produção e da reprodução da sociedade pelos indivíduos); a totalidade da existência humana (ligação inquestionável entre história dos fatos econômicos, sociais e das ideias; há que buscar-se reter a explicação do particular no geral e vice-versa); a união dos contrários (o fenômeno e sua essência, o singular e o universal, a imaginação e a razão, a base material e a consciência, a teoria e a prática, o objetivo e o subjetivo, a

indução e a dedução) no interior das totalidades dinâmicas e vivas (MINAYO, 1994, p. 77-78). Em síntese, posicionou-se em uma perspectiva dialética.

Martins (2004) afirma que por metodologia entende-se o “conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, que indaga e questiona acerca de seus limites e possibilidades; e o reconhecimento de que todo conhecimento sociológico tem, como fundamento, um compromisso com valores”.

A pesquisa qualitativa é definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, por meio do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados e caracterizado pela heterodoxia no momento da análise. Enfatiza-se a necessidade do exercício da intuição e da imaginação pelo sociólogo, num tipo de trabalho artesanal, visto não só como condição para o aprofundamento da análise, mas também, muito importante para a liberdade do intelectual.

Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, uma vez que nessa forma de pesquisa não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Portanto, este trabalho se propõe a: analisar as repercussões nas representações e na estruturação das famílias em que a mulher passa a ser soropositivo, bem como a relação entre essas repercussões e algum possível ideário religioso subjacentes à identidade de gênero feminino e às formas de exercício da sexualidade que tal identidade de gênero comporta.

Entre os atributos da pesquisa qualitativa destaca-se o fato da contribuição dada por este método ao rigor da validade dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo. Assim sendo, realizou-se uma pesquisa de campo.

A amostra foi constituída por 30 mulheres, número compatível com saturação, pacientes do Hospital Doutor Anuar Auad – HDT (unidade pública vinculada à Secretaria Estadual de Saúde de Goiás) e/ou da Climipi Consultório (unidade privada), com diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids, conforme critérios do Ministério da Saúde do Brasil, selecionadas por sorteio, dentre o total de pacientes com tal patologia (aproximadamente 40), em acompanhamento com o pesquisador, que é médico infectologista.

As informações relativas ao diagnóstico foram obtidas considerando-se as manifestações clínicas apresentadas por pacientes sintomáticas, acrescidas de

exames sorológicos que comprovaram a infecção/doença, como o Método Elisa Imunoenzimático positivo, acrescido de positividade nos métodos Western Blot ou Imunofluorescência Indireta, constantes nas fichas e/ou prontuários médicos das pacientes¹.

A amostra por saturação deve-se ao fato de a pesquisa ser qualitativa e avaliação de tema subjetivo, ou seja, a importância que tem o imaginário das pessoas quando a mulher é portadora de uma doença grave como a infecção pelo HIV/Aids.

As pacientes foram entrevistadas pelo pesquisador em uma das salas do ambulatório do Hospital Doutor Anuar Auad (HDT), referência regional para pacientes com HIV/Aids, conforme agendamento prévio e autorização da chefia deste setor. As entrevistas também ocorreram no consultório do Pesquisador, na Climipi Consultórios, clínica privada, especializada no acompanhamento de pacientes com HIV/Aids, de acordo com a opção das pacientes e com autorização prévia do Diretor Clínico desta clínica.

Todas as participantes da pesquisa foram pacientes que fazem acompanhamento de sua doença com o próprio Pesquisador, que é médico infectologista da Climipi e do Hospital Doutor Anuar Auad.

A forma da pesquisa foi por meio de entrevistas gravadas. As questões que compuseram as entrevistas foram todas abertas, uma vez que essa modalidade permite melhor perceber as representações sociais sobre a Aids, bem como a incidência de saber-se portador do HIV nas representações e estruturas de suas famílias, além da presença de representações religiosas nas mesmas.

Fez-se essa escolha, tendo por base o pensamento de Martins (2004) de que a pesquisa qualitativa aborda três aspectos: o primeiro, de caráter epistemológico, se relaciona à visão de mundo implícita na pesquisa, isto é, o pesquisador se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa buscando uma compreensão subjetiva da experiência humana; o segundo, se relaciona ao tipo de dado que se objetiva

¹ Método Elisa – Antígenos do vírus são absorvidos nas cavidades existentes nas placas de plástico dos kits onde o soro do paciente é adicionado. O teste é considerado positivo quando ocorre uma reação corada ao se adicionar um substrato. Este teste necessita de confirmação por outro método. Método Western Blot – O soro do paciente é colocado sobre uma membrana de nitrocelulose onde foram colocadas as proteínas virais separadas por eletroforese. O teste é considerado positivo quando ocorre reação antígeno-anticorpo com várias das proteínas virais. É utilizado para confirmação do teste de Elisa positivo. Método de Imunofluorescência Indireta para o HIV-1 – Células portadoras de antígenos do HIV-1 são incubadas e ao receberem o soro do paciente a presença de anticorpos é detectada por método de Imunofluorescência.

coletar, isto é, dados ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências; e o terceiro, relaciona-se ao método de análise que busca compreensão e significado, não evidências.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições e as conexões causais objetivas pelas interpretações (MARTINS, 2004). A entrevista foi feita exclusivamente pelo pesquisador, tendo sido gravada, para maior fidelidade do registro das manifestações dos pacientes e posteriormente digitadas no programa Office World Microsoft.

As pacientes convidadas para responder ao questionário foram selecionadas por meio de sorteio. O quantitativo de participantes inicial era 20, mas foram entrevistadas até o número de 30. Como a adesão foi espontânea, aquelas que não aceitaram participar foram dispensadas e sorteadas outras tantas quanto possíveis para que se atingisse o número de sujeitos necessários. As pacientes foram contatadas por intermédio de telefonemas, diretamente pelo entrevistador, para participarem da entrevista. Ou seja, a inclusão foi aleatória, por aceitação. As mulheres soropositivas foram convidadas pelo pesquisador para participarem da pesquisa no momento de sua consulta periódica que fazem com o mesmo. Ao aceitarem, foram posteriormente sorteadas, agendadas e entrevistadas.

Outros critérios de inclusão foram: ter o diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids, ter aceitado participar da pesquisa e, por fim, apresentar condições físicas e emocionais adequadas para a realização de uma entrevista. Foram consideradas sem condições emocionais, as pacientes que tiveram diagnóstico prévio de tais condições ou de quadro depressivo profundo, além daquelas que o pesquisador, de acordo com sua ampla experiência clínica acompanhando tais pacientes, percebeu tais alterações. Os diagnósticos prévios considerados foram os que se encontram registrados nos prontuários e fichas clínicas. As condições físicas foram avaliadas pelo médico assistente da paciente que, no caso, é o Pesquisador.

No decorrer da entrevista/pesquisa nenhuma paciente quis interromper sua participação por se encontrar abalada emocionalmente, nem o pesquisador percebeu fragilidade emocional da entrevistada, não necessitando ser encaminhada ao Serviço de Psicologia do Hospital Doutor Anuar Auad – HAA/HDT (para as pacientes vinculadas àquela Instituição), ou a serviços privados (para as que já fazem acompanhamento psicológico em tais serviços).

O pesquisador fez uma explanação sobre seu projeto de pesquisa às entrevistadas, destacando o objetivo do mesmo e os possíveis ganhos que poderiam ter ao participar da entrevista, além do benefício que poderão ter outros pacientes portadores do mesmo problema de saúde.

As pacientes que aceitaram foram entrevistadas no dia em que comparecerem à consulta médica, previamente agendada com o Pesquisador, que é seu médico assistente. Portanto, não houve nenhuma despesa adicional para as pacientes que se deslocarem ao consultório médico.

Não foram evidenciados riscos maiores como constrangimento, angústia, etc, para as participantes da pesquisa, uma vez que foi garantido pelo pesquisador e sua orientadora, o sigilo das informações, bem como não foi feito qualquer procedimento nas mesmas, além das perguntas que constam do questionário padronizado.

Não houve acréscimo de riscos à saúde das pacientes. Ao contrário, puderam ser beneficiadas pelo próprio fato de falar de si, que representa uma espécie de terapia (LAPLANTINE, 2004).

Como em princípio, toda investigação com seres humanos implica em riscos. No caso da presente pesquisa, visualizaram-se como potenciais riscos possíveis crises emocionais e, em consequência, aumento da fragilidade imunológica por parte das soropositivas. Como não foi detectado qualquer transtorno emocional ou clínico de outra natureza, nenhuma das mulheres entrevistadas apresentou necessidade de ser desvinculada da pesquisa e encaminhada imediatamente ao profissional da área que a acompanhasse (psicólogo ou outro médico, conforme fosse o caso).

Um benefício importante da presente pesquisa foi o de que, ao se conhecer melhor a subjetividade e a realidade sociocultural (família e religião) dos sujeitos, pode-se influir com mais qualidade nos processos de elaboração e de execução de políticas públicas voltadas para a necessidade dos mesmos. O próprio pesquisador pretende, também, ao longo e após a pesquisa, contribuir com a realização de atividades (produção de material, realização de oficinas, palestras) no HDT/HAA ou na CLIMIPI, no que tange a informações sobre a relação religião, mulher, família e sexualidade.

Na sequência da pesquisa, o entrevistador fez uma explanação sobre este projeto de pesquisa às pessoas a serem entrevistadas, destacando-se o objetivo da mesma. Após essa explanação, foi apresentado às participantes o termo de consentimento livre e esclarecido (a todas que aceitaram responder ao questionário

e participaram das entrevistas) e, em seguida, feito sua leitura (o entrevistador procedeu à leitura do mesmo sempre que se fez necessário) e assinando-o.

Após a realização das entrevistas, foi realizada a transcrição das fitas e procedeu-se a análise das informações obtidas. Para garantir a recomendação ética acerca do anonimato das entrevistadas, elas foram identificadas, nesta pesquisa, por um número, pela profissão, pela idade e pela sua religião.

Elencou-se, a seguir, sinteticamente, os passos executados para o processo de investigação:

1. Apresentação do entrevistador aos sujeitos da pesquisa, por parte das instituições (campo).
2. Apresentação pessoal do entrevistador aos sujeitos da pesquisa.
3. Apresentação, pelo entrevistador, da relevância e interesse da pesquisa – importância dos depoimentos como contribuição direta e indireta para a pesquisa, para a comunidade e para o (a) entrevistado (a).
4. Apresentação de credencial institucional, com destaque aos aspectos da pesquisa, compondo o Termo de Adesão que será assinado pelo interlocutor conforme exigência do Ministério da Saúde, por meio da Portaria 96/1996, além da introdução feita por responsável mediador previamente indicado pela instituição (campo).
5. Explicação dos motivos da pesquisa em linguagem de senso comum, em respeito aos que não dominam códigos das ciências sociais.
6. Justificativa da escolha da entrevistada, demonstrando o porquê foi selecionada.
7. Explicação sobre a garantia de anonimato e de sigilo sobre os dados dos sujeitos, assegurando às informantes que não se trata de uma entrevista de mídia, onde os nomes precisam ser ditos e, ao mesmo tempo, mostrando que sua contribuição faz sentido para o conjunto do trabalho.
8. Após a assinatura do termo de consentimento, a entrevista foi feita imediatamente ou eventualmente agendada, respeitando o calendário

das instituições em foco, uma vez que as pessoas foram entrevistadas em seus dias normais de atividades (consulta médica) nas referidas instituições, após o término de sua avaliação de rotina. O local das entrevistas foi uma das salas de consultório do ambulatório do HDT/HAA ou no consultório do pesquisador, na Climipi Consultórios. Visando respeitar o bem-estar dos sujeitos entrevistados e seu escasso tempo, a duração das entrevistas não excedeu uma hora.

9. Uma vez tendo sido transcrito o conteúdo das fitas gravadas durante as entrevistas, as mesmas foram guardadas em lugar seguro até serem destruídas, sendo que o material transcrito aparece com pseudônimo das pessoas entrevistadas, visando resguardar a privacidade das mesmas. Após três anos as fitas serão incineradas.

Como esta pesquisa teve também caráter exploratório, não se imaginou chegar a uma resposta definitiva para o problema. O que se pretendia era aumentar o conhecimento acerca do fenômeno a ser investigado, formular um problema para investigação mais elaborada e construir hipóteses.

Com relação à análise do material coletado por meio das entrevistas, Minayo (1998, p. 69) apresenta três modalidades para a interpretação de pesquisa qualitativa: a primeira é a análise de conteúdo, conceito construído historicamente e que tem como objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo, as significações; a segunda, a análise do discurso, que trabalha com a fala e o seu contexto; e por último, a análise hermenêutico-dialética, que supera o formalismo das análises de conteúdo e de discurso:

Na análise do material coletado no campo empírico, apoiou-se na modalidade “análise do discurso”, conceito criado para substituir a análise de conteúdo e proposto pelo filósofo francês, Michel Pêcheux, fundador da Escola Francesa de Análise do Discurso, na década de sessenta. Esta proposta de trabalhar a linguagem do senso comum ou do discurso político ou erudito articula três regiões de conhecimento: o materialismo histórico, como teoria das formações sociais, de suas transformações e ideologias; a linguística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação; a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos. Estas três regiões do conhecimento perpassam transversalmente por uma teoria da subjetividade, de natureza psicanalista que explica o caráter recalcado na formação do significado (MINAYO, 1998).

Segundo Pêcheux, o objetivo básico da análise do discurso é “realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico” (MINAYO, 1998, p. 72).

Os pressupostos desta teoria se resumem em dois princípios: o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo, expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual são produzidas; toda formação discursiva dissimula sua dependência das formações ideológicas.

Orlandi (1986), discípula de Pêcheux, trouxe para o Brasil a análise do discurso. Segundo ela, “esta modalidade é uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas; se apropria tanto da linguística tradicional como da análise de conteúdo” (ORLANDI, 1986 *apud* MINAYO, 1998, p. 75).

A partir das teorias e metodologia selecionadas, promoveu-se um diálogo entre os autores estudados (presentes nas referências bibliográficas do presente curso de pós-graduação em Ciências da Religião), o público alvo em foco e outras disciplinas que se interrelacionam para, assim, analisar o material coletado.

No processo de análise, seguiram-se os seguintes passos:

1 – Leitura de inteiro teor das entrevistas com vistas à obtenção de uma visão do todo.

2 – Tratamento dos dados no texto e levantamento das palavras-chave.

3 – Identificação de ocorrências de palavras repetidas/contagem de palavras para elaboração de capítulos e subcapítulos, definindo assim a estrutura da dissertação.

4 - Redução do número de vocábulos significativos, eliminando palavras pouco importantes como artigos e preposições.

5 – Aprofundamento do estudo com análise dos dados: ideias que se repetem; palavras-chave; repetições, lapsos, silêncios; mensagens obscuras; afirmações de duplo sentido; jogos de palavras (retórica).

6 – Análise, à luz dos textos dos referenciais utilizados, as palavras-chave levantadas pela leitura das entrevistas: elaboração de comparações entre as falas e manifestações; verificação de aproximações e/ou distanciamentos entre as falas das pessoas entrevistadas e as teorias sobre o tema em questão.

Após a análise e interpretação dos dados coletados nas entrevistas de campo desta pesquisa, seguiu-se com a discussão dos resultados alcançados, correlacionando com o sentido intrínseco da hipótese da pesquisa. Além disso, demonstrou-se as relações existentes entre o fato ou fenômenos estudados e outros fatores e fez-se a interpretação crítica dos dados, verificando se os mesmos comprovam ou refutam a hipótese.

A partir de leituras, tratamento dos textos e do material coletado no campo empírico, construiu-se a presente tese. E, assim, deu-se sequência ao processo de compreensão do objeto de investigação, com a certeza de ser este apenas um olhar, sem ter a pretensão de achar que esgotou-se a análise do tema em foco.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas emanadas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP), sendo aprovada pelo CEP/HDT/HAA em 21.02.2011.²

O resultado da pesquisa será de domínio público. Portanto, as entrevistadas e a população em geral terão conhecimento dos resultados da mesma.

Serão esperados os seguintes resultados, além da produção da tese para obtenção do título de Doutor em Ciências da Religião:

- a) Publicação de cartilhas e outros materiais pedagógicos destinados às instituições e ONGs que trabalham com soropositivo; realização de oficinas de trabalho em espaços (instituições e ONGs) que trabalham com soropositivo, principalmente no espaço em que esta pesquisa será realizada.
- b) Apresentação de resultados parciais das pesquisas em eventos locais, regionais, nacionais e internacionais, em forma de comunicações, palestras e debates.
- c) Publicação de resultados parciais em revistas especializadas na área e multidisciplinares, capítulos de livros.
- d) Confecção e publicação de apostilas e material de trabalho para utilização em grupos organizados em ONGs e Movimentos Sociais.
- e) Inserção e organização de eventos de pesquisa e estudos realizados pelo NPER (Núcleos de Pesquisa em Ensino da Religião).
- f) Publicação da tese em forma de livro.

² CEP/HDT/HAA – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais/Hospital Dr. Anuar Auad da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Esta tese foi desenvolvida em três capítulos principais, mesclando conceitos dos referenciais teóricos com o sentimento expressado pelas mulheres entrevistadas.

No primeiro capítulo, fez-se uma abordagem sobre o vírus HIV e a doença causada por este (Aids), bem como a relação existente entre a Medicina e a Religião, ou seja, de que forma o conhecimento científico adquirido pelo médico interage com o fenômeno religioso e como as pessoas que convivem com o problema, incluindo-se as mulheres entrevistadas, entendem tal relação.

No segundo capítulo, apresentou-se os principais sentimentos manifestados em relação à doença por parte das mulheres entrevistadas, a interferência da sexualidade e como a religião pode funcionar como importante forma de enfrentamento desse grave problema de saúde.

No terceiro e último capítulo, discorreu-se sobre a importância manifestada pelas entrevistadas em relação à família e qual o suporte que essa instituição fornece para o enfrentamento da infecção pelo HIV/AIDS por parte das parentas infectadas.

1 A DOENÇA PROVOCADA PELO HIV E A RELAÇÃO DA CIÊNCIA MÉDICA COM O FENÔMENO RELIGIOSO

Como o objeto de estudo desta pesquisa foram pacientes portadoras do HIV/Aids, falar-se-á um pouco do vírus e da doença relacionada a ele, que ocorre com o avanço da infecção e com o aparecimento de doenças que surgem em consequência da deterioração do sistema imunológico da pessoa infectada. Este estágio da infecção é denominado Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, abreviada como SIDA, em português, ou mais comumente como *Aids*, em língua inglesa.

Neste Capítulo, inicialmente, será apresentada a importância dessa doença que tem alcance mundial, conforme pode-se verificar na Epidemiologia da mesma, bem como o impressionante número de pessoas acometidas pelo vírus causador, o que a coloca na condição de doença epidêmica, sendo uma das mais letais nos tempos modernos. Sua importância é destacada por Gary (2014) ao afirmar que, em 2010, o HIV foi o agente infeccioso que mais causou diminuição da expectativa de vida em pessoas na faixa etária de 30-44 anos em todo o mundo.

Em seguida, serão apresentados os conhecimentos referentes ao agente causal, o modo como este aniquila seu hospedeiro e os avanços no diagnóstico e no combate ao agente causador. Neste aspecto, é evidente o avanço apresentado pela ciência em relação ao combate à doença, destacado por Barré-Sinoussi *et al.* (2013) ao afirmar que, em 30 anos de HIV, este vírus tem sido o infeccioso melhor estudado em todos os tempos. Tanto a biologia como o modo de transmissão assim como sua patogênese são bem conhecidos.

Na terceira parte deste capítulo, será abordada a relação entre a medicina, a religião, a infecção pelo HIV, bem como a problemática enfrentada pelas mulheres contaminadas com o vírus, comparando a experiência de alguns autores com o resultado desta pesquisa.

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

A pandemia de Aids assola o mundo há mais de 30 anos e novos casos continuam surgindo, diariamente, com números ainda alarmantes. Especialmente no continente africano, o número de contaminados chega a aproximados 30% da

população em determinadas regiões, incluindo-se, nessa estatística, homens adultos, mulheres e crianças.

Inicialmente, a Aids foi observada em homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos; depois, se mostrou importante também em mulheres, crianças e heterossexuais (DE COCK, 2011, p. 1044).

Em 2011, a epidemia causada pelo Vírus da imunodeficiência Humana (HIV) já havia alcançado mais de 60 milhões de pessoas, sendo que, aproximadamente, 30 milhões destas já haviam morrido (DE COCK, 2011, p. 1045).

Esses números expressam bem o grave problema de saúde pública que se constitui na infecção pelo vírus HIV.

No final de 2013, havia 35 milhões de pessoas vivendo com o HIV no mundo, sendo 31.800.000 adultos (acima de 15 anos) e 3.200.000 crianças (0-14 anos) (UNAIDS, 2014). Quanto ao sexo, as mulheres eram responsáveis por 45,7% dos casos (16.000.000). No ano de 2013, faleceram 1.500.000 pessoas vitimadas pela doença, segundo o boletim dessa Organização.

Segundo Gary (2014, p. 1), o número de mortes por Aids reduziu de 2,3 milhões de casos em 2005 para 1,6 milhões em 2012.

A região com maior número de pessoas convivendo com o HIV é a da África Subsaara, com 25.000.000 (70,8%) de contaminados, sendo que as mulheres superam o número de homens contaminados (12.900.000 mulheres para 9.200.000 homens). Do total de crianças contaminadas no mundo (3.300.000), 87,8% (2.900.000) encontram-se nessa região do planeta (FETTING, 2014, p. 327).

A feminização da epidemia é evidente na África, sendo que na região Subsaariana, 57% das pessoas convivendo com o HIV são mulheres (GARY, 2014, p. 2).

Nessa região, a relação homem/mulher contaminado, que hoje, em termos globais, encontra-se em torno de 2/1, aqui se inverte, ficando próximo a duas mulheres para cada homem contaminado.

Gary (2014, p. 2) relata que, no sul e leste da África, há um acometimento grande de mulheres com o HIV-1, sendo o uso de progesterona injetável um dos meios de transmissão importante do vírus, pois, infelizmente, ainda ocorre o compartilhamento de agulhas na administração de medicamentos.

A segunda região do mundo mais afetada pelo HIV é a região asiática, com 4.780.000 casos, enquanto a região da América Latina e do Caribe apresentam a 4ª posição nesse ranking, com 1.700.000 casos.

Em 2012 ocorreram 2,3 milhões de infecção pelo HIV no mundo, porém, este número vem sendo reduzido significativamente, o que representa uma redução de 34% em relação ao que ocorria em 2000 (FETTING, 2014, p. 325).

Com relação ao número de óbitos, em 2012, ocorreu o menor número dos últimos 12 anos (1.600.000). Credita-se essa redução da letalidade da doença pela ação dos medicamentos antirretrovirais que têm sido responsáveis pela maior sobrevivência das pessoas que vivem com o HIV (FETTING, 2014, p. 333).

De acordo com estimativas do Ministério da Saúde, existem no Brasil, aproximadamente, 718.000 pessoas vivendo com o HIV/Aids. Porém, no período de 1980 a junho de 2013, foram notificados no SINAN 686.478 casos de Aids, sendo que 445.197 são homens (64,9%) e 241.223 são mulheres (35,1%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Quanto à distribuição geográfica, segundo esta mesma fonte, a região sudeste registra o maior número de casos, 379.045 (55,2%) enquanto a região Centro-Oeste apresenta 39.691, correspondendo a apenas 5,8% do total de casos registrados no Brasil.

Com relação ao registro anual, em 2012, foram notificados 39.185 casos de Aids no Brasil, correspondendo a uma taxa de 20,2/100.000 habitantes.

De 2003 a 2012, a taxa de detecção de caso de Aids foi reduzida em cerca de 2% em nosso país. Este baixo percentual só foi possível graças à diminuição de 18,6% na região sudeste e de 0,3% na região sul. Nas demais regiões, houve um aumento significativo de casos, com destaque para a região norte (92,7%) e nordeste (62,6%). Na região Centro-Oeste, o aumento da detecção de casos neste período foi de 6,0% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

É importante reforçar que a redução do número de casos ocorreu significativamente somente na região sudeste.

Com relação ao sexo, em 2012, a taxa de detecção da doença por 100.000 habitantes foi de 26,1 nos homens, enquanto nas mulheres este índice foi de 14,5. A relação homem/mulher veio reduzindo sistematicamente até 2005, quando chegou ao valor de 1,4; porém, no ano de 2012, esta relação estava em 1,7 casos.

Pelos números apresentados, percebe-se que a contaminação de mulheres está muito próxima da contaminação de homens.

Esse fato foi o aspecto mais relevante para definir mulheres com HIV, como objeto desse estudo.

Quanto à faixa etária, observa-se uma tendência da epidemia de atingir, atualmente, mais jovens, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. E, com relação às mulheres, 201.996 (83,7%) estão entre 15-50 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Das mulheres com Aids, a forma de transmissão mais importante foi por relações heterossexuais (92,2%), ficando o uso de drogas injetáveis (UDI) como a segunda via de transmissão mais importante (6,9%). Não foi registrado caso de transmissão por via homossexual nestas mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No período de 1980 a junho de 2013 foram notificados 77.006 casos de HIV em gestantes.

O número de óbito registrado no país foi de 265.698, de 1980 até 2012, sendo 12.989 na região Centro-Oeste e 4.484 em Goiás (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Quanto à epidemiologia da doença em Goiás, o primeiro caso de Aids no Estado foi diagnosticado em 1984 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2013) e, até 5 de setembro de 2013, foram registrados 12.109 casos, sendo: 11.902 (98,3%) em adultos maiores de 13 anos e 207 (1,7%) em crianças menores de 13 anos.

Quanto ao sexo, 67,6% dos casos no Estado foram em homens e 32,4% em mulheres. Em 1987, a razão de sexo era representada por 9,3:1 (M:F), ou seja, para cada nove indivíduos do sexo masculino com a síndrome, havia um caso no sexo feminino. Em setembro de 2013, essa razão foi de 1,9:1 (M:F), evidenciando o processo de feminização da epidemia (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2013).

A relação homem/mulher em Goiás, portanto, está um pouco maior do que aquela observada no país.

No estado de Goiás, a incidência de casos vem aumentando gradativamente nos últimos três anos, sendo 2011 o ano com maior número de registros (18,5 casos/100.000 habitantes).

Acerca desse assunto, pressupõe-se, por experiência profissional no acompanhamento de casos desde o início da epidemia, que um dos aspectos que

tem contribuído para o aumento desses números tem sido a melhoria no atendimento a esses pacientes que puderam ser submetidos à realização de diagnósticos pelos serviços de saúde.

A maior incidência de casos ocorre na faixa etária dos 30 aos 49 anos (46,1 casos/100.000 habitantes). Portanto, a epidemia da Aids, em Goiás, tem sido expressiva entre a população de adultos jovens e economicamente ativos.

De acordo com a definição de caso, foram registrados 1.177 casos de gestantes HIV positivo, residentes no estado de Goiás, no período de 2000 até 4 de setembro de 2012. Na série de 2008 a 2010, observou-se um acréscimo no número de notificações, bem como na taxa de detecção que alcançou 1,1 casos para cada 1.000 nascidos vivos em 2010 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS, 2013).

Algumas considerações finais que caracterizam a Aids como um dos piores problemas de saúde de todos os tempos, com avanços significativos nesses 30 anos de existência, porém, com desafios ainda enormes para o seu enfrentamento, serão apresentadas a seguir.

A prevalência do HIV vem decrescendo em todo o mundo devido à Terapia Antirretroviral (TARV). De 2002 para 2012, o surgimento de novas infecções reduziu em um milhão de casos, de 3,3 milhões em 2002 para 2,3 milhões em 2012 (GARY, 2014, p. 1).

Especialmente dramática ainda é a situação de mulheres vitimadas pela Aids na África subsaariana:

Moças e mulheres jovens é a população com Aids que cresce mais rapidamente: na África subsaariana estão sendo infectadas três mulheres jovens para cada homem jovem. Injustiças de gênero no status socioeconômico e no acesso à prevenção e à assistência sujeitam as mulheres a um risco desproporcional, como o faz também a violência sexual. Além disso, as mulheres carregam grande parte do fardo colateral da Aids. As mulheres cuidam dos membros doentes da família, assumem mais a responsabilidade pelas crianças órfãs, podem ser expulsas das famílias ou comunidades, ou perder a propriedade se ficam viúvas ou infectadas, e podem até ser sujeitas à violência se seu status de portadoras do HIV for descoberto (CAHIL, apud AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 104).

Segundo o autor, o número de crianças infectadas pelo HIV reduziu em 38% de 2009 a 2012, devido ao aumento do acesso aos antirretrovirais na prevenção da transmissão em mulheres grávidas. No entanto, fato grave é a disponibilidade de TARV para crianças infectadas menor do que para adultos.

Apesar do grande progresso alcançado no manejo do HIV, não se pode esquecer que 34 milhões de pessoas convivem com o HIV, e, apesar da redução da incidência da infecção de um modo geral, a transmissão permanece alta em algumas populações específicas (BARRÉ-SINOUSI, 2013, p. 882).

Embora os avanços alcançados no manejo da infecção pelo HIV e a Aids sejam enormes, ainda há muito por fazer, notadamente em nações pobres.

1.2 ETIOLOGIA, PATOGENIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

Descoberto em 1983, o vírus HIV-1, grupo M, provavelmente cruzado de chimpanzés para humanos, é o principal causador da epidemia de Aids.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um lentivírus que se especializou na capacidade de infecção de Linfócitos CD4, se replicando nestas células com uma cinética muito agressiva, culminando com a morte destas e comprometendo fortemente o sistema de defesa do organismo, notadamente, contra agentes oportunistas, evoluindo para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ALCAMI e COIRAS, 2013, p. 216).

O mais importante efeito na disfunção das células T atacadas pelo HIV “ocorre muito precocemente no trato gastrointestinal, que tem uma massiva depleção da atividade dos linfócitos CD4, com um mínimo de recuperação após terapia antirretroviral” (GARY, 2014, p. 4).

Segundo Simon *et al.*(2006),

O vírus HIV-1 ataca a membrana da célula CD4, por meio de uma proteína do envelope viral, denominada receptor gp 120. Concomitantemente, ocorre interação entre o vírus e co-receptores da célula (CCR5, CXCR4) provocando alterações irreversíveis. Ocorre formação de poros na membrana da célula CD4 e o material do núcleo viral entra no citoplasma da célula (SIMON *et al.*, 2006, p. 490).

O genoma viral é transcrito em DNA, sendo este processo facilitado pela enzima transcriptase reversa, tomando o comando genético do DNA cromossômico do hospedeiro. Enzimas integrases facilitam a integração do material genético viral

com o material genético da célula hospedeira. Os co-receptores CCR5 e CXCR4 são importantes co-receptores para a infecção viral.

“Ao mesmo tempo em que o HIV-1 se replica, ele também pode destruir a célula hospedeira (CD4), célula naive e célula de memória, culminando com o último estágio da doença que é o que denominamos Aids” (SIMON, 2006, p. 491).

De acordo com Naif (2013, p. 26),

Cepas do HIV podem ser subdivididas em três grupos, baseados no tropismo celular: Tropismo Macrofágico (M-tropic) com fenótipo não sincicium induzido (NSI); Tropismo por linhagem de células T (T-tropic) com fenótipo sincicium induzido (SI) ou com duplo tropismo para cepas HIV-1.

O Tropismo Macrofágico (M-tropic), variante NSI, infecta células mononucleares do sangue periférico (PBMC), monócitos, macrófagos e linfócito T, e estão presentes em todo o estágio da infecção/doença. O Tropismo por linhagem de células T (T-tropic) SI infecta preferencialmente Linfócitos T e linhagem de Células T, e aparece no estágio tardio da infecção, estando associado à progressão para AIDS. As variantes do HIV-1 com duplo tropismo infectam tanto monócitos e macrófagos, quanto linhagens de linfócitos T, com população mista de fenótipos NSI e SI.

No entendimento de Naif (2013, p. 27)

A presença de co-receptores CCR5 e CXCR4 em monócitos/macrófagos e linhagem de células T mantém relação com as cepas do HIV-1 de acordo com o seu tropismo. O co-receptor CCR5 é importante para cepas NSI M-tropic (R5NSI), mais comumente observado no estágio inicial da infecção. Por sua vez, os co-receptores CXCR4 se relacionam mais com cepas SI (X4SI), que são mais patogênicas e aparecem em indivíduos com a doença mais agressiva.

Os macrófagos se constituem no maior reservatório de HIV no corpo. São encontrados no cérebro, pulmões, nódulos linfáticos, pele, medula óssea e sangue de indivíduos soropositivos.

Alcamí (2011) afirma que

Na fisiopatologia da Aids estão envolvidos variados mecanismos, incluindo-se, não somente a capacidade infectante do HIV, mas também o papel do sistema GALT de defesa intestinal, ativação crônica do sistema imunológico como mecanismo de imunossupressão e a importância dos fatores do hospedeiro na geração de infecções com distintos graus de virulência (ALCAMÍ, 2011, p. 216).

Para o autor, a diminuição dos linfócitos CD4 se constitui no marcador mais importante da infecção pelo HIV. No entanto, esta destruição não ocorre unicamente devido à destruição destas células pelo vírus, mas também pelo bloqueio na regeneração de linfócitos por alteração na homeostasia dos linfócitos CD4, além da destruição destes devido a apoptoses por proteínas tóxicas do vírus e e a mecanismos imunitários.

“O diagnóstico da infecção pelo HIV-1 é baseado na identificação de anticorpos específicos, antígenos (RNA viral), ou ambos, sendo que existem muitos quites comercialmente disponíveis” (SIMON *et al.*, 2006, p.492).

De acordo com De Cock (2011, p. 494), “o teste sorológico para identificação do HIV foi lançado comercialmente em 1985”.

O tratamento da doença é feito com a associação de drogas antirretrovirais (TARV), sendo que as mais usadas são as inibidoras da transcriptase reversa e da protease. Para Simon (2006),

os antirretrovirais inibidores da transcriptase reversa (nucleosídeos análogos e não análogos) inibem a replicação viral após a entrada na célula, mas antes da integração dos genomas. Os inibidores de protease inibem a maturação viral, resultando na produção de partículas não infectantes. Outras drogas impedem a fusão do HIV-1 com o linfócito CD4 por bloquear o receptor GP 41 do envelope viral e impedir a fusão (SIMON, 2006, p. 492).

O primeiro tratamento com o AZT (Zidovudina), de acordo com De Cock (2011, p. 1043), ocorreu em 1987.

Para se obter sucesso no tratamento, é necessário associar três ou mais drogas ativas, reduzir as partículas virais a níveis indetectáveis e aumentar as células CD4, resultando em redução da mortalidade.

“Apesar da eficácia inicial da terapia antirretroviral, essas drogas podem induzir à formação de cepas resistentes rapidamente” (GARY, 2014, p. 6).

“A resistência às drogas pode surgir e necessitar da realização de genotipagem e novas associações de TARV (Terapia Antirretroviral). A estratégia da HAART (*Highly Active Antiretroviral Treatments*) é uma tentativa de postergar o surgimento desta resistência” (SIMON, 2006).

Apesar do grande sucesso da TARV no controle da replicação do HIV e na redução significativa da morbidade e mortalidade, somente a terapia antirretroviral é incapaz de curar o HIV, como afirma Gary (2014, p. 7), que diz ser necessário o uso de terapias por longo prazo. Segundo ele, “a infecção mantém-se latente, com

replicação residual em alguns indivíduos e reservatórios anatômicos como o trato gastrointestinal, tecido linfóide e sistema nervoso central” (GARY, 2014, p. 7).

Alcami (2011) entende que o sistema imunológico fracassa no controle da replicação do vírus. Para ele,

a ferramenta fundamental para a busca da cura da infecção pelo HIV parece estar na geração de vacinas e tratamentos que impeçam que este agente alcance os receptores celulares (“células Diana”) que recebem, protegem e facilitam a sua replicação (ALCAMI, 2011, p. 225).

Para Gary (2014),

as dificuldades no desenvolvimento de uma vacina eficaz contra o HIV incluem a diversidade genética do vírus, a incerteza quanto a quais constituintes imunes que são protetores e as dificuldades no desenvolvimento de antígenos que sejam altamente imunogênicos (GARY, 2014, p. 10).

A prevenção da doença pelo HIV está baseada em medidas que evitem a transmissão vertical - mãe para conceito – dos quais destacam-se: o uso de preservativos na transmissão sexual, a Terapia Anti-Retroviral, TARV, por reduzir a viremia, evitar DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) por lesionarem a mucosa genital, além do uso de microbicidas e vacinas, ainda em estudos.

“O surgimento da Aids possibilitou um grande desenvolvimento da ciência como um todo – pesquisas clínicas e avanço da epidemiologia” (DE COCK, 2011).

De acordo com Keenan (apud AMMICHT-QUINN, 2007, p. 68),

A medicina industrial e a tecnologia foram fundamentais para responderem à crise, tanto no tratamento dos infectados quanto na prevenção. No entanto, esse arsenal tecnológico, que combate o HIV como se fora uma operação militar, muitas vezes, tem negligenciado a cultura local, implementando políticas desumanas, que confiam excepcionalmente nos medicamentos, como acontece na África.

Simon (2006, p. 502) entende que, “para o enfrentamento da pandemia da Aids, necessita-se de uma união de esforços, tanto da parte dos governos quanto da sociedade civil organizada”

Há necessidade e grande demanda para que novos tratamentos surjam e de formas simplificadas, “assim como novas opções de prevenção, novos marcadores para detecção da resposta imune e ações combinadas que contribuam para uma potencial cura do HIV” (BARRÉ-SINOUSSE, 2013, p. 882).

1.3 RELIGIÃO, MEDICINA, HIV/AIDS E MULHERES COM HIV/AIDS

De acordo com SAVIOLI (2006, p. 22), a autoridade religiosa na Europa medieval era a responsável pelo licenciamento dos médicos nas universidades para praticarem a profissão. Desse período até o início do Renascimento, as atividades médicas eram desempenhadas, geralmente, por um padre.

A doença já era bem conhecida no antigo Egito e “talvez este fato tenha relação com grande preocupação com a própria saúde. Isto, apesar das doenças, nessa época, serem consideradas invasão dos espíritos ou atuação das divindades, tentando mostrar seus poderes” (TERRIN, 1998, p. 162).

Essa atuação das divindades pode ser notada na concepção predominante à época de que as doenças eram consequências de situações conflitivas diversas dos relacionamentos das pessoas: “A doença nada mais é do que o resultado da violação da ordem natural da vida em relação com as leis cósmicas, ditadas pelo sol, pelos astros, pela fertilidade do Nilo, pelas estações, assim como pelas chuvas. A desordem impera no homem doente” (TERRIN, 1998, p. 163).

Como nessa época não havia separação de atribuições específicas na área médica, mas um misto de atuações pela religião, pela magia e pela medicina que se confundiam e dificultavam o processo de assistência ou cura do doente.

A doença, no Egito antigo, deveria ser estudada em relação ao órgão que estava doente. Era, portanto, localizada. E como era respeitada a crença de que cada órgão era presidido por um demônio, fica fácil entender que no tratamento do órgão doente haveria a necessidade de se combater o demônio que o habitava (TERRIN, 1998, p. 164).

A separação entre a medicina e a igreja começou em 1215, quando o Concílio de Latrão proibiu a prática da medicina pelos religiosos, já que estes consumiam muito tempo como médicos em detrimento do sacerdócio.

No século XVI, acontece um fato marcante protagonizado por Francis Bacon, de acordo com Savioli (2006, p. 24), pois este “promove o banimento de dogmas e autoritarismo dentro dos projetos científicos, advogando aos experimentos, verificações e provas”. Desta forma, este autor relega as questões religiosas ao campo da fé.

O antagonismo mais evidente entre religião e ciência surge em 1859, quando Charles Darwin (1809-1882) introduz a teoria da evolução, segundo a qual o homem seria descendente dos animais. Pasteur (1822-1910) e Koch com a descoberta dos

micro-organismos, segundo Savioli (2006, p. 26), “começam a definir cientificamente a etiologia das doenças infecciosas em que, muitas dessas eram consideradas, até então, como causas sobrenaturais”.

A pesquisa histórica demonstra que a questão da saúde foi uma preocupação própria das religiões. A aproximação dos temas religião e saúde está de acordo com a constatação de que não existe um campo religioso que não tenha também uma ‘função terapêutica’. Ou seja, “as saúdes física e espiritual estão entrelaçadas. Desta forma, é impossível cuidar da saúde espiritual sem se preocupar com a saúde física e vice versa”. (TERRIN, 1998, p. 151-152).

Ainda, de acordo com esse autor, o Cristianismo foi a religião que mais rapidamente reconheceu o ‘progresso tecnológico’ no mundo ocidental e, em função deste progresso, abriu mão da função terapêutica - que também detinha - e delegou a função curativa das doenças do corpo para a medicina ocidental. Assim, a religião cristã passou a cuidar exclusivamente das almas, por meio da evangelização.

Tem-se que reconhecer a importância do conhecimento científico para desmistificar algumas concepções religiosas sobre a vida e sobre o mundo que eram extremamente fantasiosas e genéricas. No entanto, o fato da religião, a partir de então, delegar toda a função terapêutica à ciência, também parece um tanto quanto precipitado e inadequado para quem deseja um tratamento integral da pessoa adoecida. Daí o desafio de tentarmos agora, no mundo altamente tecnológico, aproximar novamente a ciência da religião, valorizando o que uma destas tem e que pode ser usado em benefício do ser humano (TERRIN, 1998, P. 157).

O médico, como intermediário de Deus, é lembrado no depoimento de uma das entrevistadas: “Deixou os médicos por excelência na Terra, mas Ele é médico dos médicos e eu tenho muita fé, cuidei do meu esposo por cinco anos, não separei, cuidei dele com amor e carinho, como se tivesse um filho meu na maca da UTI, com amor” (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica da Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).

A percepção apostólica da medicina pode ser observada pela relação próxima que tem com o Divino:

A relação privilegiada que a medicina mantém com o sagrado não é necessariamente velado do ponto de vista da própria medicina, pelo menos por parte de certo número de médicos, e o tema do médico com coração de ouro, capaz de operar milagres, está longe de pertencer apenas ao gênero da ficção (LAPLANTINE, 2004, p. 244).

A concepção da medicina com a religião ficou bem evidenciada em um artigo de um projeto de associação de médicos votado no século passado: “A medicina é irmã da religião e da moral; seu ministério, toda benevolência e humanidade inspiram-lhe todos os deveres, atribuem-lhe todos os direitos de um sacerdócio” (LAPLANTINE, 2004, p. 244).

Esse fato foi reforçado, também, por Rabelo (1994, p.47), ao mencionar que “os antropólogos têm frisado peculiaridades e aspectos positivos do tratamento religioso quando comparado aos serviços oferecidos pela medicina oficial”.

A forte relação existente entre a medicina e a religião também foi manifestada frequentemente pelas pessoas que participaram da pesquisa. A forma de interpretação dessa relação posiciona o médico como a humanização de Deus para a correção dos problemas de saúde e da conduta em geral do ser humano.

A religiosidade, proporcionando esperança, foi observada por Tosta (2004, p. 42) que obteve resultados impressionantes no aumento de células de defesa de estudantes de medicina que receberam orações à distância. Outro exemplo é apresentado por Levin (2001, p. 192), onde 40 pacientes com Aids/SIDA se beneficiaram com a intervenção de agentes de cura a distância.

A medicina, como a religião, pode também ser messiânica:

A crença em um progresso infinito que levará o ser humano à saúde absoluta, através da eliminação gradual de todas as doenças da cidade, por fim totalmente medicalizada, fundamenta-se em uma esperança messiânica que promete, ao mesmo tempo, mais e menos que as grandes religiões. Mais, porque a medicina contemporânea é tão religiosa quanto às religiões que se apresentam como tais: ela não mais se contenta com anunciar a salvação após a morte, mas afirma que esta pode ser realizada em vida. Menos, porque só as religiões são suscetíveis de responder a questão da morte e, correlativamente, dar um sentido absoluto à vida (LAPLANTINE, 2004, p. 241).

Nesse aspecto, a religião seria superior às ciências médicas e até mesmo às ciências humanas, pois nenhuma delas tem alguma coisa a nos ensinar sobre a morte.

Essa vantagem é manifestada pelas grandes religiões ao situarem “o alcance da perfeição após a morte – evidentemente, há pouca probabilidade de que elas digam a verdade se tomarmos seus discursos ao pé da letra, mas, apesar de tudo, nada sabemos a esse respeito do ponto de vista científico” (LAPLANTINE, 2004, p. 241).

Por outro lado, o religioso que se manifesta no médico enfrenta duas dificuldades relevantes:

1º) A ausência de conflito, ou seja, necessariamente de sofrimento, é uma eventualidade rigorosamente incompatível com o fato de se viver em sociedade; 2º) Sendo as células nervosas em número limitado e incapazes de se reproduzir, a prolongação da vida só pode esbarrar nos problemas inelutáveis da degeneração (LAPLANTINE, 2004, p. 241-242).

Quanto à atuação das medicinas paralelas, que se situam entre a medicina e a religião, também não escapam do processo de sacralização. “Elas apenas atestam que, em medicina como em religião, o politeísmo é sempre possível, que existem cismas, heresias, crenças autóctones (como a homeopatia) ou vindas de outros lugares (como a acupuntura)” (LAPLANTINE, 2004, p. 242).

De acordo com o autor, o espaço ocupado do religioso acontece porque

fornece uma inteligibilidade mais vasta, mas igualmente decepcionante, pois remetem a uma distância inacessível e se alinham, além disso, cada vez mais com o discurso sociológico (‘a saúde é um problema social’), que se interessa pela doença como fato significativo, mas faz refluir o sentido em direção diferente daquele encontrado na experiência individual e existencial do doente: nas relações econômicas, demográficas, políticas (LAPLANTINE, 2004, p. 242).

As aproximações entre a medicina e a religião são historicamente referidas. Segundo o autor, pode-se perceber o discurso religioso se apossando do discurso médico:

Acabando por situar-se nos dois extremos, o discurso religioso, mesmo o mais depurado e mais ‘reformado’, não visa apenas à salvação da alma. Ele fala de outra coisa além do que atribuímos ao religioso no Ocidente contemporâneo: de saúde, ou seja, de medicina’ (LAPLANTINE, 2004, p. 242-243).

Ao contrário, agora, é o discurso médico que se apossa do discurso religioso:

E, reciprocamente, o discurso médico que se apresenta como o mais ‘objetivo’ e despojado de qualquer pressuposto religioso fala de um ‘estado de completo bem-estar físico, mental e social’, ou seja, de juventude, beleza, força, serenidade, felicidade e paz, em suma, de promessas de salvação comuns a todas as grandes religiões (LAPLANTINE, 2004, p. 243).

Ainda na concepção apostólica da medicina, Laplantine cita Michael Balint, registrando que foi esta leitura que o induziu a mencionar o nome de função apostólica:

A missão ou função apostólica significa, de início, que cada médico tem uma ideia quase inabalável do comportamento que deve adotar um paciente quando está doente. Essa ideia possui um imenso poder e, como vimos, influencia praticamente cada detalhe do trabalho do médico com seus pacientes. Tudo se passa como se todo médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes têm ou não o direito de esperar: do que eles devem poder suportar e, além disso, como se ele tivesse o dever sagrado de converter à sua fé todos os ignorantes e todos os descrentes entre seus pacientes (MICHAEL BALINT apud LAPLANTINE, 2004, p. 245).

Uma semelhança entre atos da religião e da medicina é apresentada por Laplantine ao mencionar que:

Tanto o fenômeno fortemente religioso, como uma peregrinação ou ritos de proteção individual ou coletiva, assim como o fenômeno claramente médico, como uma intervenção cirúrgica, são sempre um 'fenômeno social total', que procura elucidar vários processos que se sucedem. Tais elucidações necessitam de articulações entre as antropologias médica, religiosa, e também da antropologia política e econômica. (LAPLANTINE, 2004, p. 214).

No estudo das relações possíveis entre a doença e o sagrado, a medicina e a religião, a saúde e a salvação, algumas situações se mostram muito interessantes, na visão de Laplantine (2004, p. 220):

A primeira está relacionada com um estreitamento importante entre aquilo que chamamos de religioso e o que chamamos de médico, em determinadas situações terapêuticas. É o que ocorre em grande número de práticas utilizadas em medicina popular, como o conjunto dos ritos de proteção, as peregrinações e as 'viagens' aos santos curandeiros; o recurso aos *penseurs secrets*, possuidores de fórmulas, tanto no Diabo quanto em Deus, que participam e conseguem movimentar significados nitidamente religiosos.

Um exemplo é o recurso ao consumo de plantas, cujas diferentes utilizações estão longe de poderem ser explicadas pelas propriedades estritamente médicas que lhes são atribuídas, utilizadas por crentes, com o intuito de combater doenças em geral.

A segunda situação, na visão deste autor, se apresenta como rigorosamente inverso com relação ao precedente, isto é, a função médica desligada da função religiosa. Nesta situação, a função médica assume inicialmente uma autonomia relativa e, depois, total em relação à função religiosa. Assim, a medicina se torna uma prática específica e especializada:

Esta eventual dimensão religiosa, absorvida pela medicina, seja sob forma residual, seja sob outra forma, não consegue transparecer para a sociedade. Nem os que são curados nem os que curam - os

quais afirmam que nada mais são que praticantes de uma ciência neutra e objetiva, não conseguem definir a dimensão religiosa incluída na cura médica (LAPLANTINE, 2004, p. 217).

O sucesso das terapias populares é apresentado por Laplantine (2004), ao referir que:

O que constitui o sucesso e a perenidade dessas terapias (e que nos permite também perceber mais nitidamente o que é negado pela medicina erudita) é o fato de o indivíduo doente jamais chegar a se conformar com a questão do por quê (por que me encontro neste estado e por que eu?) de sua doença. Essa interrogação considerada pela ciência médica e pelas ciências impregnadas do positivismo lógico como coisa menor com relação ao discurso científico e uma excrescência monstruosa do pensamento é, em nossa cultura, a própria expressão de um refúgio social singularmente agitado, cuja existência pode ignorar, mas que não cessa de ressurgir, particularmente quando a sociedade duvida de si mesma e quando o indivíduo atravessa uma crise (LAPLANTINE, 2004, p. 220).

O autor manifesta uma separação muito nítida entre a religião e a medicina, colocando essa última como limitada na tentativa de explicar todos os fenômenos que envolvam o indivíduo doente. A religião apresenta explicação para tudo, até para a morte. Já a medicina, encontra-se limitada, incapaz de livrar o ser humano de todos os males. Especialmente no que diz respeito aos pacientes com HIV, embora tenha havido uma evidente melhora da qualidade de vida dos doentes, ainda não é possível falar em cura. Há forte evidência da limitação médica quando comparado a não limitação do transcendente.

De acordo com o pensamento de Berger, as legitimações existem como definições disponíveis da realidade objetivamente válidas. A religião foi, historicamente, o instrumento mais amplo e efetivo de legitimação (BERGER, 1985).

Sousa et al. (apud PEIXOTO, 2008, p. 93) afirmam que “as manifestações científicas de Einstein (1925) foram os primeiros passos facilitadores dessa aproximação”, ou seja, ciência e religião se complementando.

Esta autora afirma que o cientista pode ser também uma pessoa religiosa, só que de uma forma diferente, não antropomorfa. A pessoa comum necessita do antropomorfismo como condição para compreender a divindade, enquanto que o cientista percorre um caminho mais abstrato e menos sincrético. Desta forma, homem religioso e cientista poderia se ver irmanado ante a circunstância divina.

Uma limitação importante da ciência médica é apresentada também por esta autora, ao mencionar que:

A ciência médica reconhece que emoções como tristeza, inveja, ressentimento e ódio são responsáveis pela maioria das doenças. A tensão emocional na mente é capaz de produzir no corpo mudanças assombrosamente visíveis, graves, e até mortais: pressão alta, papeira tóxica, enxaqueca, artrite, apoplexia, doenças cardíacas, úlcera gastrointestinal e outras. Os médicos receitam remédios de acordo com os sintomas dessas doenças, mas nem sempre podem curar a causa fundamental – agitação emocional. Uma situação de conflitos é comum no cotidiano do ser humano (PEIXOTO, 2008, p. 95).

O conflito vivenciado pelo doente encontra conforto na religião, ou em outras palavras:

Este ser vive em época de angústia e tem consciência de uma fragmentação do eu. Conflitos de vários gêneros são reflexos da discordância profunda, da deformidade de seu coração da ambivalência na fonte, do paradoxo, do eu contra si mesmo. A experiência religiosa é de notável importância no cerne destes conflitos e sempre apresenta soluções, criando um processo psicológico que reconduz à unificação do eu (PEIXOTO, 2008, p. 95).

Novamente, o médico como emissário de Deus para socorrer o doente, conforme manifestação desta entrevistada:

Deixou os médicos por excelência na Terra, mas Ele é médico dos médicos e eu tenho muita fé, cuidei do meu esposo por cinco anos, não separei, cuidei dele com amor e carinho, como se tivesse um filho meu na maca da UTI, com amor (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica da Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).

A limitação da medicina frente a religião é colocada mais uma vez em evidência por Terrin (1988) quando esse autor compara a eficácia limitada da medicina no combate ao vírus HIV e ao câncer, limitações da ciência, enquanto a religião, com os poderes de Deus, oferece uma esperança de cura bem maior para esses males.

Este autor enumera algumas distorções ou equívocos que estão relacionados com a concepção atual do processo de 'doença/cura':

- O corpo sendo comparado a uma máquina – o funcionamento do corpo humano se comparado ao funcionamento de uma máquina, desprezando-se a função espiritual;

- Concepção de que a religião deve direcionar sua ação para a salvação da alma e não focar sua ação na salvação do corpo – tal fato foi determinante na segregação de funções entre a medicina ocidental e a religião cristã. As funções terapêuticas da doença seriam exercidas pela medicina enquanto as funções espirituais pela religião;
- A questão gerada pelo conhecimento adquirido com o desenvolvimento tecnológico e a descoberta dos mecanismos das doenças, de que as tarefas da medicina e da religião são absolutamente distintas, não devendo uma interferir nas atribuições da outra.

Para Terrin (1998), “tem-se que reconhecer a importância do conhecimento científico para desmistificar algumas concepções religiosas sobre a vida e sobre o mundo que eram extremamente fantasiosas e genéricas”. Para ele,

o fato da religião, a partir de então, delegar toda a função terapêutica à ciência, também parece um tanto quanto precipitado e inadequado para quem deseja um tratamento integral da pessoa adoecida. Daí o desafio de tentar-se, agora, no mundo altamente tecnológico, aproximar novamente a ciência da religião, valorizando o que uma destas tem e que pode ser usado em benefício do ser humano (TERRIN, 1998, p. 152).

Por se tratar ainda de uma doença incurável, a infecção pelo HIV desperta sentimento de insegurança, como manifestado tacitamente por uma das entrevistadas: “O HIV ainda é uma discussão muito fechada” – (1.ª Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).

Esses sentimentos encontram explicação por parte de um autor, ao comentar sobre as doenças incuráveis:

Mesmo hoje pode acontecer de pessoas atingidas por uma doença incurável, ou que por outras razões se encontrem às portas da morte, escutar uma voz interior sussurrando que é culpa de seus parentes ou punição por seus próprios pecados. Mas hoje tais fantasias privadas tendem a não se confundir com conhecimento público factual; são normalmente percebidas como fantasias privadas. O conhecimento das causas das doenças, do envelhecimento e da morte tornou-se mais seguro e abrangente (ELIAS, 2001, p. 88).

Na concepção atual da questão ‘doença/cura’ existem muitos problemas a serem resolvidos (TERRIN, 1998, p. 153):

- o entendimento do corpo como máquina;

- a postura da religião de pensar na salvação do espírito e não na cura das doenças do corpo;
- a separação nítida entre ciência e religião, com comprovação 'científica' de que têm papéis distintos, sendo que a tarefa da medicina e da ciência médica é cuidar do corpo, e outra é a tarefa da religião num contexto dito 'evoluído' de conhecimentos técnicos e científicos.

Embora todos percebam que o 'conhecimento científico' esclareceu compreensões equivocadas sobre a vida, nos parecem apressada a delegação de toda tarefa terapêutica dos males que acometem o corpo, para o saber biomédico que se impôs no Ocidente (TERRIN, 1998, p. 153).

Os termos saúde e salvação tiveram a mesma origem e representavam a mesma coisa até se separarem mais tarde.

A racionalização científica do discurso médico, ocorrida a partir do início do século XIX, implica na dessacralização do conceito de saúde, com a perda das funções ética e simbólica da doença:

O sagrado deixa de habitar o saber médico com o enfoque na etiologia específica das doenças, do método experimental e da racionalização do método anátomo-clínico, que fundou o discurso médico com um saber sobre o corpo que tomou o cadáver como modelo e paradigma. O ser humano passa a ser tratado como máquina, um sistema de alavancas e polias (ROSA, 2005, p. 81).

Tais manifestações corroboram para que se perceba os efeitos da secularização.

Com a secularização, o saber passou a ser a tentação, mas em um sentido um pouco mais singular do que se possa imaginar, referindo-se habitualmente (pelo menos, habitualmente) ao Maligno ou a algum pecado original. Para Derrida (2000), a busca obstinada por esse tipo de saber implica, inclusive, em destrinchar o próprio conceito do que seria o saber. Além do mais, ocorreu uma separação total do crer ou da fé que, antes da secularização, eram bastante valorizados.

A dessacralização da saúde representou um avanço científico considerável ao se determinar que certos fenômenos, atribuídos a causas espirituais ou transcendentais, puderam ser demonstrados com os conhecimentos da fisiologia e da patologia. Porém, tal avanço parece ter deslocado o braço da balança para o lado oposto. O cientificismo ficou muito forte, ofuscando quase que totalmente o espiritual/religioso.

Doenças como a determinada pelo HIV/Aids, dado a sua inexistência de cura, parece contribuir para um equilíbrio dessa balança. E essa parece ser a tônica ideal – equilíbrio entre o científico e o religioso. É o que se vê praticamente em todas as manifestações das mulheres que participaram da pesquisa.

Quando realizamos uma pesquisa histórica, percebemos que a saúde sempre foi uma preocupação própria das religiões. Na história comparada das religiões não se encontra em nenhum canto da terra um mundo religioso que não tenha também uma ‘função terapêutica’ (TERRIN, 1998, p. 151).

De acordo com Terrin (1998, p. 151), “o que percebemos é que não é possível desatrelar a saúde física daquela espiritual. Da mesma forma, também não é possível trabalhar para a salvação da alma sem ao mesmo tempo empenhar-se na saúde total da pessoa do fiel”.

Terrin (1998) enfatiza bem a necessidade da combinação da saúde espiritual com a saúde física. As religiões modernas também valorizam esse aspecto. O próprio Jesus exaltava a importância de uma boa saúde física à saúde espiritual.

“A religião cristã, que logo reconheceu o ‘progresso tecnológico’, transferiu muito cedo a função terapêutica, anteriormente a ela atribuída, para a medicina moderna, ficando, assim, exclusivamente com a missão de evangelizar” (TERRIN, 1998, p. 152).

Diante desse contexto, como consequência dessa transferência terapêutica, Terrin (1998, p. 152) faz a seguinte reflexão:

As doenças seriam apenas fatos fisiológicos, patologias do organismo ou manifestações de algo mais complexo que vem a faltar? A doença não seria o resultado de uma desarmonia global do sujeito humano, que envolve toda a pessoa humana?

Terrin (1998, p. 172) critica esta postura das autoridades eclesiásticas, de deixar de considerar a complexidade que envolve o surgimento das enfermidades. O corpo humano não se compara a uma máquina mecânica, que se desgasta com o uso e o tempo. No caso da máquina, basta substituir a peça desgastada e o funcionamento da mesma retorna. O adoecimento do corpo humano também ocorre em função de desgaste de seus órgãos; porém, os fatores que levam a estes desgastes são muito mais complexos, sendo, inclusive, devido a problemas afetivos, emocionais e espirituais, que a terapêutica médica tradicional não consegue resolver completamente.

“O cristianismo, ao seguir a cultura ocidental, acabou dando demasiado crédito às ciências físicas e médicas, advindo como consequência, uma concepção mecanicista e determinista da existência” (TERRIN, 1998, p. 180). Este fato, de certa forma, diferenciou o cristianismo de outras religiões e, ao mesmo tempo, representou um grande desafio para esta doutrina. O fato é que a igreja, não obstante ter conseguido uma convivência sem grandes atritos com as ciências, necessita do desenvolvimento de novas terapias que possibilitem o atendimento das necessidades dos muitos enfermos de nossa civilização.

O conflito entre visão religiosa e visão científica nunca parou. O fato de a concepção religiosa ser considerada inobjektável, faz com que a ciência desconsidere a importância terapêutica desta, embora, no passado, a cura esteve sempre relacionada a fatores, sobretudo, religiosos.

“Fatos patentes de cura, após fenômenos religiosos, são interpretados pela ciência como resolução espontânea da doença, não se considerando a ação terapêutica atribuída à religião” (TERRIN, 1998, p. 181).

Percebe-se, com isso, que há um conflito significativo entre ciência médica e religião. A ciência deixa de atribuir valor, por mínimo que possa ser, ao fenômeno religioso, constituindo-se em um erro capital. Essa observação foi vastamente observada nas manifestações das mulheres entrevistadas.

Rituais religiosos, com finalidade terapêutica, realizados pelo xamanismo, as medicinas ayurvédica, tibetana e chinesa seriam simplesmente expressões de caráter ‘mágico-superticioso’, ou seriam conhecimentos superiores, não alcançáveis ainda pela medicina ocidental? Neste aspecto, é bom lembrar que somente no mundo ocidental, a religião foi dispensada da tarefa de ‘cura’ pela ciência, notadamente, em relação à religião cristã.

A física atômica, com sua abertura para todos os campos, se contrapõe à concepção positivista da medicina clássica e vem de encontro à concepção religiosa que interpreta o mundo a partir da alma e da inteligência cósmica presentes em cada partícula atômica. A cada movimento atômico, há dissipação de energia, remonta a conceitos filosóficos que nos levam a refletir sobre a concepção de mundo e a possibilidade da existência de espiritualidade intrínseca em cada ser. Tal fato possibilita, em consequência, a descoberta de conceitos novos envolvendo o processo da origem das doenças e dos mecanismos aventados para o método de cura (TERRIN, 1988, p, 183).

Em conclusão, este autor assegura que as religiões devem reagir contra a concepção positivista que as relegue a um confinamento num canto escuro, onde se limitariam ao atendimento dos fiéis com promessas que possibilitem consolo e uma esperança, nunca concretizada, dada a concretude deste mundo. Critica a posição da religião cristã de reverência à medicina clássica, conclamando-a para que atenda ao mandamento do Senhor e confie menos na eficácia do positivismo sem fé, sem alma. Ou seja, evite pensar num corpo sem alma.

O professor Carlos Eduardo Tosta apresentou uma análise sobre a importância da prece na cura de doenças. Em seu artigo, ele menciona que desde os primórdios da antiguidade, a prece e outras práticas não convencionais, como o toque, têm sido utilizados no processo de cura:

Na Bíblia existem várias passagens em que esses métodos foram usados com sucesso, seja no tratamento de um leproso (Mateus 8: 1-4; Lucas 4: 38-39), de cegos (Mateus 9: 27-31), de epilético (Mateus 17: 14-21; Marcos 9: 18-29; Lucas 9: 37-42) e até mesmo para ressuscitar uma morta (Atos 9: 36-41) (TOSTA, 2004, p. 38).

Na análise deste professor, a importância da prece é reconhecida em algumas sociedades e grupos religiosos, até como sendo a principal intervenção terapeuta.

A fama de que a prece possa beneficiar pessoas doentes ou necessitadas é quase uma unanimidade em praticamente todos os povos, independentemente de qual seja a religião e, até mesmo, entre pessoas que se dizem praticantes de religiões não-teístas ou ateus.

Para Tosta (2004. p. 38),

os efeitos da prece extrapolam as noções de tempo e de espaço e não obedecem as leis da física clássica, caso tenha dependência de alguma energia. Seu efeito aparece independentemente se a pessoa a ser beneficiada se encontre longe ou perto ou se o intercessor estiver a milhares de quilômetros de distância.

Esse autor também afirma que é impossível excluir a possibilidade da prece ser considerada um fenômeno decorrente da expansão da consciência (ou da dimensão do espírito) individual, sendo que sua forma de atuar seria por meio de interconexões entre os seres. Várias teorias têm sido elaboradas na tentativa de explicar este fenômeno. Em sua busca de referências sobre o assunto, encontrou

dez artigos cujos autores utilizaram metodologia científica considerada adequada (TOSTA, 2004, p. 39-41). São eles:

- Byrd (1988) observou, em estudo acadêmico, a ação da prece em 393 pacientes internados em uma unidade de terapia coronariana que se encontravam distantes dos intercessores. O grupo foi dividido em dois, de forma aleatória, sendo que um deles recebeu a prece e o outro não. Como resultado, observou-se que no grupo que recebeu a prece, os pacientes desenvolveram menos insuficiência cardíaca congestiva e pneumonia, e também foi menor a necessidade de suporte ventilatório, bem como de tratamentos com antibióticos e diuréticos.
- Walker e colaboradores (1997) realizaram um estudo acadêmico, com a participação de 40 pessoas, incluídas em um programa de tratamento de alcoolismo. As pessoas foram divididas em dois grupos: sem prece e os que recebiam prece por seis meses. O resultado obtido mostrou que o grupo que recebeu prece apresentou maior comprometimento com o programa, embora não se tenha percebido diferença no consumo de álcool em nenhum dos grupos.
- Sicher e colaboradores (1998) avaliaram a eficácia de dois métodos de cura a distância (prece e 'cura psíquica') em 40 pacientes que se encontravam em estado avançado da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), também por meio de trabalho acadêmico. Os resultados demonstraram que o grupo que apresentou segmento por seis meses houve redução significativa da frequência de doenças definidoras de SIDA, assim como redução da gravidade do quadro clínico, menor necessidade de consultas médicas e tempo reduzido de internação, quando houve necessidade de hospitalização. Também foi observado melhora importante do estado do humor. Em relação aos níveis de níveis de linfócitos T CD4, não houve alteração significativa entre o grupo que recebeu a prece e o que não a recebeu.
- Harris e colaboradores (1999) investigaram o efeito da prece a distância em 990 indivíduos internados em unidade de terapia intensiva coronariana por meio de estudo acadêmico. Houve divisão em um grupo que recebeu a prece por 28 dias e outro que não a recebeu. O resultado encontrado mostrou melhores índices de evolução na unidade coronariana nos pacientes submetidos à prece, quando comparado ao grupo de pacientes não

beneficiados por ela. A duração da internação foi a mesma para os dois grupos.

- Matthews e colaboradores (2000) realizaram um estudo, sem grupo-controle de 40 pacientes com artrite reumatoide, submetidos a tratamento medicamentoso. Todos receberam prece intercessora por contato direto com os interventores, e 19 pessoas deste grupo foram agraciadas também com prece suplementar a distância. Após um ano de seguimento, notou-se benefício generalizado para todo o grupo, porém sem evidência que o grupo que recebeu adicionalmente a prece a distância tenha se beneficiado mais que os demais.
- Aviles e colaboradores (2001) avaliaram o efeito da prece intercessora a distância, aplicada pelo menos uma vez por semana durante 26 semanas, sobre a progressão de doença cardiovascular em 799 pacientes, após terem recebido alta de unidade de terapia coronariana. Os parâmetros avaliados foram morte, parada cardíaca, reospitalização por doença cardiovascular, revascularização coronariana ou atendimento em urgência cardiovascular. Este trabalho não encontrou diferença significativa na frequência de intercorrências entre o grupo de intervenção (25,6%) e o grupo-controle (29,3%), tampouco nos pacientes seja de alto ou de baixo risco.
- Cha e colaboradores (2001) investigaram o efeito da prece intercessora, a distância, durante três semanas, sobre a frequência de gravidez em 219 mulheres submetidas a fertilização *in vitro* por transferência de embrião, por meio de trabalho acadêmico. No grupo de mulheres que receberam a prece intercessora, houve um aumento significativo do índice de gravidez (50%), quando comparado ao índice observado naquelas que não receberam a prece (26%) $P= 0,0013$. Da mesma forma, houve 16,3% de sucesso na implantação do embrião naquelas que se beneficiaram com a prece, em comparação com 8% nas que não a receberam, $P= 0,0005$.
- Krucoff e colaboradores (2001) avaliaram o efeito de terapias noéticas (não medicamentosas) em 150 pacientes que sofreram intervenções coronarianas *per cutâneas*. Os pacientes foram seguidos por seis meses após o procedimento. Os parâmetros utilizados foram isquemia coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, necessidade de revascularização urgente e morte. Os doentes foram distribuídos em cinco grupos: tratamento

padrão, prece intercessora, imaginação criativa, relaxamento e toque terapêutico. Trata-se de um trabalho acadêmico, devidamente estruturado. Observou-se nos grupos tratados com terapia noética uma redução entre 25 a 30% das complicações, quando comparado ao grupo com terapia padrão, e duração menor de internação. Além disso, o grupo que recebeu prece intercessora apresentou menos complicações. Leibovici (2001) investigou o efeito da prece intercessora retroativa em 3.393 indivíduos internados, quatro a dez anos, com infecção sanguínea, em estudo acadêmico devidamente estruturado. O resultado demonstrou que o grupo, que recebeu retroativamente a prece intercessora, apresentou menor duração da febre e da permanência no hospital. No entanto, não houve diferença significativa quanto à mortalidade nos dois grupos estudados.

- Matthews e colaboradores (2001) avaliaram o efeito da prece intercessora, da visualização criativa e da expectativa de alcançar objetivos em um grupo de 95 doentes renais crônicos submetidos à hemodiálise, aleatoriamente alocados em seis grupos de estudo e avaliaram dez parâmetros clínicos e dez psicológicos. O resultado apresentado demonstrou que os pacientes que esperavam receber prece intercessora sentiram-se significativamente melhores que aqueles que esperavam receber visualização. Nenhum outro efeito da prece intercessora foi detectado. A de se destacar neste trabalho que os efeitos da prece efetivamente realizada e o efeito da expectativa de recebê-la são os mesmos.

Em um artigo em preparação, Tosta e colaboradores avaliaram o efeito da prece intercessora a distância, feita diariamente durante uma semana, para 52 estudantes de medicina sadios sobre a capacidade fagocitária de seus neutrófilos e monócitos, por meio de estudo aleatorizado, duplo-cego e controlado. Resultado: a prece reduziu “a variação da fagocitose de monócitos e neutrófilos tanto na análise comparativa entre os grupos com prece e sem prece ($P= 0,041$), quanto na análise feita antes da intervenção e depois desta ($P= 0,019$), sem relação com a variação do nível de estresse. Este estudo indicou que a prece pode atuar influenciando o funcionamento do sistema imunitário” (TOSTA, 2004, p. 42).

Essa experiência realizada pelo professor Tosta na universidade de Brasília é o trabalho mais próximo que se conhece e causou grande impacto em nosso meio por se tratar de um profissional que trabalha também com doenças infecciosas.

Ao invés das explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos de cura oferecem uma explicação à doença que a insere no contexto sociocultural mais amplo do sofredor. Mais do que atribuir uma causa objetiva a estados confusos e desordenados, a interpretação religiosa organiza tais estados em um todo coerente. Enquanto o tratamento médico despersonaliza o doente, o tratamento religioso apresenta-se mais completo, pois age sobre o indivíduo como um todo, reinserindo-lhe como sujeito, em um novo contexto de relacionamentos (RABELO, 1994, p. 47).

Ainda na abordagem de Rabelo, a passagem da doença à saúde pode ser conseguida por intervenção não médica e vir a corresponder a uma reorientação mais completa do comportamento do doente na medida em que transforma a perspectiva pela qual este percebe seu mundo e relaciona-se com outros. Essa autora demonstra que

o fundamental nessa abordagem é identificar os meios pelos quais as terapias religiosas efetuam tal transformação. Neste sentido, encontra-se patente a importância do ritual enquanto espaço por excelência, em que os doentes são conduzidos a uma reorganização da sua experiência no mundo (RABELO, 1994, p. 49).

Essas manifestações corroboram para que percebamos os efeitos da secularização.

Sobre a interferência do empirismo, seu erro foi não reconhecer que no diagnóstico causal dos problemas que acometem o homem, está também presente uma construção erudita do pensamento especulativo e produto de generalização mais ou menos metódica (DURKHEIM, 1989, p. 476). Este autor combate o método científico, o empirismo exacerbado que deixa de considerar a importância do transcendente da religião para a vida da pessoa.

Se o homem não tivesse necessidade da 'salvação', as religiões não teriam muito sentido. Entretanto, as religiões têm perdido sua importância na resolução dos problemas físicos e psicológicos em que está mergulhado o homem. A religião cristã, principalmente, tem sofrido mais com esta inoperância neste campo (TERRIN, 1998, p. 149).

O homem contemporâneo apresenta-se doente, tanto do corpo, como espiritualmente. Ele tem consciência desta situação, sofre por isto e implora para ser 'curado'.

Por outro lado, ao ser solicitado para que exerça esta cura, a religião, com a sua promessa de 'salvação', é chamada a mostrar sua terapêutica. É interessante reconhecer como ela pode ter uma

antecipação significativa desta salvação no momento em que se torna 'saúde' e 'cura' (TERRIN, 1998, p. 153).

Neste sentido, tem que combater a fácil promessa de outro céu, sempre do futuro, que não consegue evitar que vivamos a angústia proporcionada pela doença.

“Não tem sentido para o homem viver resignado com a constatação de que hoje as religiões só servem para consolar” (TERRIN, 1998, p. 152).

No passado, esta situação era diferente, pois todas as religiões atribuíam a si uma verdadeira função 'terapêutica' e 'saneadora', diferentemente da função moderna, onde pregam somente uma salvação futura.

Diante dessa analogia, Terrin faz algumas indagações:

Se as religiões no passado possuíam esta dupla função de cuidar do espírito e também do corpo, por que não podem fazer isto atualmente? Será que as curas que aconteciam após a mensagem religiosa eram um puro fenômeno de ultrapassagem das religiões e das crenças para um campo de competência não específico com alguns pequenos resultados na falta de outros meios e de outros conhecimentos? Ou tratava-se da realização de uma fé vivida mais intensamente, com um espírito mais onibrangente, no qual fé e saúde conseguiam interagir de modo mais radical? Como resolver esta questão? (TERRIN, 1998, p. 151).

O que se sabe é que essa função não era apenas fruto de fantasia nem desmentida pelos fatos.

Será que o ato da fé não era talvez uma realidade viva, que poderia 'transportar montanhas'? E será que a religião não teria o poder de promover milagres de cura das doenças do corpo, por intervenção do espírito que a ativava? (TERRIN, 1998).

Mais uma vez, percebe-se a forte relação entre a medicina e a religião.

No Cristianismo, religião manifestada por todas as mulheres que participaram dessa pesquisa, a formação médica sofreu forte influência dos religiosos.

Olhando esse tema a partir do campo da saúde, mais uma vez se reafirma a complexidade que envolve o conceito de saúde e doença, vida e morte, ultrapassando e perpassando a realidade biopsicossocial. Em outras palavras,

embora o campo de intervenção médica se circunscreva tecnicamente aos contornos e ao interior do corpo, o médico como cientista, artista ou técnico não pode desconhecer a complexidade que envolve qualquer problema ou situação de saúde e doença, além das manifestadas pela ciência médica (TERRIN, 1998, p. 152).

É possível supor, também, que a manutenção do segredo sobre a enfermidade seja especificidade de pessoas infectadas pelo HIV, receosas do estigma, se revelado seu diagnóstico ao grupo social ao qual pertencem.

O fato de ser uma doença sexualmente transmissível pode ser hipotetizado como um agravante do preconceito possível de ser encontrado em grupos religiosos, principalmente em congregações de origem católica ou evangélica. Essas duas religiões possuem em seus dogmas muitas restrições à expressão da sexualidade fora do casamento e entre pessoas do mesmo sexo (FARIA, 2006, 162).

Figueira (2003) estudou as relações que se estabelecem entre Aids e religião a partir dos campos sanitário e religioso. Este autor discutiu a presença do fator religioso na vivência de portadores do HIV, frequentadores de igrejas pentecostais, e concluiu que, ao saber do diagnóstico, as pessoas buscam a religião onde têm a oportunidade de ressignificar a doença no contexto do discurso religioso.

A religião para Orozco (2002, p.7) ocupa um papel relevante para as pessoas acometidas pela doença, notadamente, por ser a infecção causada pelo HIV e a Aids tidas como situação que coloca em risco a vida destas pessoas.

Souza (2008) realizou um trabalho com pacientes com HIV/Aids procurando identificar e descrever as perdas pelas quais passam tais pacientes. A autora afirma que, em casos de doenças crônicas como a Aids, cercado de preconceitos, e ainda tida por muitos como sendo uma sentença de morte, o sentimento de perda por parte do doente pode comprometer sua vida pessoal, afetiva, social, espiritual e profissional. Na conclusão de seu trabalho, afirma que esta sensação de perda pode ser amenizada, e até mesmo eliminada, quando se prioriza a política de humanização, incluindo-se uma boa relação médico-paciente.

A professora Tânia Mara Vieira Sampaio critica a visão religiosa preconceituosa que “associa a doença a um castigo divino, e não como uma contingência da experiência humana” (SAMPAIO, 2002, p. 19).

“A profunda aproximação dos binômios saúde/doença e vida/morte com a vontade divina foi eixo da construção do imaginário social punitivo às pessoas portadoras de doenças graves” (SAMPAIO, 2002, p. 23). Isso ocorria com doenças como a ‘lepra’, na Idade Média. “O combate não era à doença, mas à pessoa doente” (SAMPAIO, 2002, p. 23). A pessoa perdia sua identidade civil e religiosa. Era comum a participação de autoridades eclesiásticas e do poder público no

isolamento ou mesmo na execução destas pessoas. Todas as pessoas 'leprosas' eram perseguidas.

No Brasil, com forte influência da tradição judaico-cristã, prevaleceu a concepção medieval de que "a pureza e as impurezas do corpo manifestavam a bênção ou castigo de Deus" (SAMPAIO, 2002, p. 22). A concepção cristã que vinculava o pecado a punição divina, e a doença a um castigo desta divindade, influenciou fortemente o imaginário das pessoas, prevalecendo, até os dias atuais, o entendimento de que doença e pecado se articulam, assim como o perdão favorece a cura.

"Há que se constatar que a teologia, enquanto sistematização de um conhecimento sobre Deus e a experiência religiosa, está marcada por profundas questões de poder" (SAMPAIO, 2002, p. 23). Na Aids, podemos perceber bem a manifestação desta tensão teológica que culpa o corpo pelo aparecimento de suas doenças.

Contextualizando com a problemática da Aids, esta autora afirma que as teologias que condenam os comportamentos assumidos pelas pessoas soropositivas, "comprometem a percepção da realidade da doença ainda incontrolável e a propagação do HIV no cotidiano das pessoas" (SAMPAIO, 2002, p. 27).

Espera-se que as igrejas adotem a teologia da gratuidade no atendimento às pessoas portadoras do HIV e Aids e evitem a teologia retributiva, que tanto tem discriminado este grupo social.

Busca-se uma concepção de Deus comprometido com a vida e com a companhia constante no cotidiano humano marcado por contradições e limitações. A imagem punitiva e retributiva do transcendente não permite uma ação, de fato, solidária para com as pessoas. O enfrentamento dessa questão deve fundar-se na perspectiva de um Deus identificado com a vida, e vida digna para todas as pessoas. Essa máxima da tradição judaico-cristão precisa ser afirmada a fim de que a negação de imagens de Deus condenatória seja possível (SAMPAIO, 2002, p. 27).

Seria importante que esta postura que associa o estado de saúde de uma pessoa com concepções religiosas fosse totalmente eliminada, pois entende-se ser esta a única forma de avançar-se nos processos que possibilitariam a obtenção de dignidade nas relações humanas e sociais, reivindicadas e tão esperadas pelas pessoas que convivem com o HIV.

No início da epidemia de Aids, “nem a medicina, nem a política, nem a religião puderam fornecer qualquer orientação para a cura, ou mesmo para o alívio desta dramática epidemia” (EICHER apud AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 14).

A experiência brasileira no combate à Aids mostra que uma efetiva ajuda só ocorre, de fato, se houver uma integração de ações, incluindo-se a medicina, o Estado, a indústria farmacêutica, a educação e a religião. A religião, portanto, “deixou de ser um setor separado da vida” (EICHER apud AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 23).

“Hoje, a epidemia do HIV representa uma grande ameaça para mulheres sexualmente ativas, monogâmicas, ou seja, estão “expostas” ao HIV” (OROZCO, 2002, p. 17).

No início da década de 90, havia cinco homens infectados pelo HIV para cada mulher. Hoje, essa relação é de apenas dois homens para cada mulher. A Aids também se tornou a principal causa de morte da mulher entre 15-44 anos de idade. 50-80% das mulheres contaminadas estão desempregadas e 20-25% não têm suporte familiar ou de amigos para o enfrentamento da doença (OROZCO, 2002, p. 18).

As mulheres estão se contaminando, não porque são ignorantes, mas por estarem em um determinado contexto sociocultural. Existe aí uma relação de gênero em nossa sociedade contribuindo para o aumento da vulnerabilidade da mulher.

Embora se constitua no método preventivo mais importante contra o HIV durante as relações sexuais, a mulher apresenta inúmeras “justificativas” para não usar o preservativo, destacando-se: “a crença na capacidade de conhecer seu parceiro”, “a importância da fidelidade e da confiança”, “o uso pelas mulheres de outros métodos anticoncepcionais”, “o questionamento ao companheiro pode levá-las a sofrer violência de diferentes tipos”, “a dependência financeira”, “a crença em que a camisinha reduz o prazer sexual ou o tabu de falar sobre sexo”, “uso da camisinha associado a comportamentos desviantes e imorais” (OROZCO, 2002, p. 19).

A vulnerabilidade aumentada das mulheres pode ser percebida claramente em algumas frases (KEENAN apud AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 73):

- Mulheres casadas com caminhoneiros sul-africanos ou indianos que vivem, elas próprias em mundos instáveis;
- “Mulheres forçadas à atividade sexual para sustentar seus filhos, suas famílias ou garantir a mensalidade escolar;
- “As moças e as mulheres jovens fiéis a seu matrimônio ou outra forma de relacionamento sexual estável, mas cujos maridos ou parceiros as expõem ao risco por causa de ligações sexuais externas”.

De acordo com o autor, em tais situações estas mulheres estão expostas ao risco de contrair o vírus não só por serem marginalizadas, mas são pessoas vulneráveis porque suas vidas e o contexto social onde vivem “carecem da estabilidade necessária para levar uma vida segura num tempo de HIV/Aids” (KEENAN *apud* AMMISCHT-QUINN, 2007, p. 73).

Para as mulheres que se orientavam por princípios morais, a Aids era vista como algo que estava longe e, por essa razão, não se corria qualquer risco:

As próprias mulheres contaminadas procuram justificativas para a contaminação de seus parceiros, que possam ser legítimas e não vergonhosas. Ou seja, sempre defendem a virilidade e a heterossexualidade destes, admitindo, inclusive, que a contaminação do companheiro possa ter ocorrido na prostituição (OROZCO, 2002, p. 20).

Para essa autora, o amor e a afetividade das mulheres se sobrepõem à própria razão.

Neste capítulo, pode-se perceber que existe uma profunda relação da medicina com a religião. Com o surgimento do método científico por volta do século XVIII, a ciência, com seu empirismo, derrubou conceitos milenares gerando certo conflito. A religião perdeu espaço no cuidado com o corpo e passou a cuidar somente da alma. A secularização se estabeleceu com pleno prestígio das ciências de um modo geral.

Inaugurou-se uma nova era no estabelecimento das causas dos problemas de saúde, descobrindo-se o agente etiológico das doenças infectocontagiosas, a forma de transmissão, facilitando o combate e a prevenção. Experimentou-se uma euforia e um deslumbramento. O homem deixou de buscar a ação terapêutica da religião para a cura de seus males.

Porém, logo a euforia passou, pois, embora continuasse inegável a ajuda da ciência, não era possível combater todas as doenças, e o medo da morte com a incerteza do que ocorreria com a alma após a morte reaproximou, novamente, o homem da religião.

O equilíbrio religião-ciência parece ser a melhor receita para que a pessoa viva bem e tenha condições de usufruir de todo o progresso da ciência médica, porém, associado ao conforto terapêutico proporcionado pela religião.

As mulheres portadoras do HIV/Aids que participaram das entrevistas reforçam esse aspecto. Todas demonstraram extrema confiança no seu médico, na

ciência, na eficácia dos medicamentos. Porém, até pelo fato de todas se declararem religiosas, reafirmaram, em sua imensa maioria, a complementação do tratamento médico com a intervenção do fenômeno religioso. A exaltação da importância da fé para o equilíbrio da doença foi a tônica principal das manifestações, associada à esperança de cura definitiva, enfatizada por muitas.

Ciência e religião foi uma receita prescrita pelas entrevistadas, demonstrando, categoricamente, que medicina e religião para esse grupo representam um importante sinergismo no combate ao HIV e à doença causada por esse vírus.

2 DESAFIOS, ENFRENTAMENTOS E SOLUÇÕES APRESENTADAS POR MULHERES SOROPOSITIVAS

A experiência com o HIV desperta sentimentos variados na pessoa infectada: extrema fragilidade em algumas, diante do fato de serem soropositivas e perante a expectativa da morte, assim como discriminação e preconceito. Além destes, boa parte das pacientes sentem a privacidade de sua sexualidade invadida. Neste capítulo, apresentar-se-á as manifestações das pacientes pesquisadas, o que pensam e como se sentem frente a todos esses aspectos.

O perfil dessas pacientes encontra-se detalhada nas tabelas 1, 2, 3 e 4, que compõem os anexos desta tese. A cada manifestação transcrita no texto, além da ordem de entrevista da paciente, apresenta-se, resumidamente, as principais informações dessa mulher soropositiva.

No final do capítulo, destaca-se a importância manifestada por elas em relação ao fenômeno religioso no enfrentamento do grave problema de saúde que apresentam, contrapondo as manifestações coletadas nas entrevistas com o que dizem os autores consultados sobre o tema.

2.1 MEDO, TRISTEZA E MORTE

O progresso da medicina moderna fez com que a morte se tornasse mais explicável à medida em que se conseguiu definir melhor as causas que levam o indivíduo a óbito. Deixou de se conformar com a casualidade e passou a considerá-la de forma “lógica” e ‘racional’. Esta já não seria um capricho do destino.

Desde que a morte passou a ser considerada como um processo inevitável desapareceu a concepção escatológica e este fenômeno passou a ser, até certo ponto, administrável e encarado com naturalidade (BAUMAM, 1998).

Medo é um mecanismo natural de defesa. Sem ele, o homem não teria sobrevivido. Para Delumeau (1989, p. 23),

No sentido estrito e estreito do termo, o medo (individual) é uma emoção-choque, frequentemente precedida de surpresa, provocada pela tomada de consciência de um perigo presente e urgente que ameaça, cremos nós, nossa conservação.

Para o autor, o medo se diferencia da angústia por ser passível de enfrentamento, uma vez que apresenta um objeto que pode ser determinado (DELUMEAU, 1989).

O sentimento de tristeza é expresso por uma das mulheres entrevistadas: “Fico triste, muito triste” (13.^a Ent.Ent. 50a, do lar, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

A vida antes da morte passou a apresentar mais incertezas do que a morte em si. Os excessos da vida moderna, a incerteza das realizações e a fragilidade dos laços humanos dificultam os esclarecimentos dos mistérios e das ansiedades que tais mistérios promovem.

A infecção pelo HIV e a Aids, como doença moderna, se inserem nesse cenário paradoxal onde o homem, apesar de todo avanço experimentado pelos tempos modernos com o avanço da ciência, não consegue se livrar da insegurança e do medo do mistério que representa a morte.

O homem moderno caracteriza-se como um indivíduo amedrontado com sua insegurança em relação a sua permanente batalha de se reconstruir (BAUMAN, 1998).

É nesta vida, caracterizada pela insegurança pessoal da existência, que a incerteza está entrincheirada, golpeia mais e precisa ser resolvida. Contrariamente à insegurança, a incerteza reunida na identidade não necessita nem das benesses do paraíso, nem da vara do inferno para promover perturbações.

A palavra HIV é motivo de susto para muitas das mulheres entrevistadas: “Fico assustada” (11.^a Ent., 37a, técnica de enfermagem, solteira, católica, tem namorado, 4 anos de convivência com soropositivo).

Quando indagadas em relação ao sentimento que lhes desperta ao ouvir a palavra HIV, 11 das pacientes pesquisadas (36,6%) expressaram a palavra “medo”: (1.^a Ent.Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo); (5.^a Ent., 42a, bordadeira, casada, evangélica do ministério Comunidade Cristã, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo); (6.^a Ent.Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu 8 anos com soropositivo); (7.^a Ent.Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu 3 anos com soropositivo); (8.^a Ent.Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); (11.^a Ent.Ent., 37a, técnica de enfermagem,

solteira, católica, tem namorado, 4 anos de convivência com soropositivo); (12.^a Ent.Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo); (14.^a Ent., 30a, do lar, solteira, evangélica da Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu nove anos com soropositivo); (21.^a Ent., 46a, dona de casa, casada, católica, tem parceiro, não sabe se já conviveu com parceiro soropositivo); (24.^a Ent., 40a, babá, solteira, católica, não tem parceiro, não sabe se já conviveu com soropositivo).

O medo é mais assustador quando não pode ser definido. Medo é incerteza. Para Bauman (2008, p. 8), “Medo’ é o nome que damos a nossa incerteza: nossa ignorância da ameaça e do que deve ser feito – do que pode e do que não pode – para fazê-la parar ou enfrentá-la, se cessá-la estiver além do nosso alcance”.

Para uma das entrevistadas, a palavra HIV provoca um “sentimento de morte”: (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

“Frente ao medo, não temos alternativa. É correr ou enfrentá-lo” (BAUMAN, 2008, p. 9).

O ‘medo derivado’ é uma estrutura mental que causa sensação de insegurança e vulnerabilidade.

O medo é natural. Não há homem que não tenha medo. Aquele que não tem medo, não é normal. Medo não tem nada a ver com falta de coragem (DELUMEAU, 1989, p. 19).

A sensação de algo desagradável foi manifestada por outra pessoa: “É uma coisa muito ruim” (18.^a Ent.Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há 9 anos com soropositivo).

Para quatro das pessoas ouvidas, a palavra HIV “lembra morte”: (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há nove anos com soropositivo); (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo); (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).

Verifica-se a importância que o sentimento de medo representa para as pessoas que convivem com o HIV/Aids quando se identifica que um terço das mulheres pesquisadas relatou tal sentimento ao ouvir a expressão “HIV”.

Na visão de Bauman (2008, p. 9):

Uma pessoa que tenha interiorizado uma visão de mundo que inclua a insegurança e a vulnerabilidade recorrerá rotineiramente, mesmo na ausência de ameaça genuína, às reações adequadas a um encontro imediato com o perigo, o ‘medo derivado’ adquire a capacidade de autopropulsão.

Os medos podem advir de qualquer natureza. Apresentam uma ambiguidade. Podem advir, por exemplo, de algo com o qual nossos corpos entraram em contato.

“O número de infortúnios que realmente acontecem é bem menor que os infortúnios que proclamamos iminentes” (BAUMAN, 2008, p.14).

Embora assustadores, os pânicos vêm e vão e, embora sejam assustadores, acabam tendo o mesmo destino dos outros, ou seja, passam porque, de fato, nada acontece.

“A vida inteira é uma luta contra o impacto potencial do medo. Contra perigos verdadeiros ou não, que nos ameaçam no dia-a-dia” (BAUMAN, 2008, p. 15).

O medo de ser descoberta, de ter sua privacidade exposta, foi o sentimento de outra mulher entrevistada, quando indagada sobre o HIV: “Pouca gente sabe” (15.^a Ent., 51a, diarista, viúva, espírita, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

O medo manifestado pelas pacientes não se referia apenas à ameaça provocada pelo risco de morrer devido ao vírus, mas a possibilidade de invasão da privacidade provocava receio semelhante.

“A luta contra a evidência da morte, lembrando da inevitabilidade desta, é uma maneira que os mortais têm de manter a morte no curso correto, ou seja, fazendo com que todos os momentos vividos sejam tidos como preciosos” (BAUMAN, 2008, p. 47).

“Incerteza” foi o sentimento expresso por uma das entrevistadas: (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo) demonstrando seu estado de instabilidade emocional.

Para Bauman (2008, p. 69), “no drama permanente da vida líquido-moderna, a morte é um dos principais personagens do elenco, reaparecendo a cada ato”.

Para esse autor (BAUMAN, 1989, p. 173),

o medo funciona como um mecanismo importante de preservação da vida, funcionando como uma verdadeira barreira psicológica contra a ameaça iminente de morte. Ter medo faz você buscar ajuda, tratamento médico, apoio nas outras pessoas e no transcendente.

Sem dúvida, o medo provocado pelo fato de sentir portador do HIV representa um forte encorajamento para o enfrentamento da infecção e da doença.

Esse enfrentamento possibilitou que enfermidades corpóreas se tornassem curáveis na era moderna, resultando em aumento constante da longevidade.

Para nove das entrevistadas, o medo foi traduzido como “tristeza”: (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu 2 anos com soropositivo); (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica Deus é Amor, parceiro soropositivo, convivem há 22 anos); (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo); (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo); (21.^a Ent., 46a, dona de casa, casada, católica, tem parceiro, não sabe se já conviveu com parceiro soropositivo); (24.^a Ent., 40a, babá, solteira, católica, não tem parceiro, não sabe se já conviveu com soropositivo); (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo); (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu 5 anos com soropositivo); (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu 6 a 7 anos com soropositivo).

A lembrança de morte foi um forte sentimento lembrado por quatro das mulheres entrevistadas: “Lembra morte” (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há nove anos com soropositivo); (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo); (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).

A respeito da morte natural, Bauman (2008, p. 65) afirma:

Em tempos ‘normais’, ‘pacíficos’, a morte natural é algo esperado, com somente poucas exceções (chamadas de ‘anormais’, ‘extraordinárias’, ‘excêntricas’ ou criminosas), como resultado da incapacidade do corpo de permanecer vivo – de atingir seu ‘limite natural’, o momento da ‘eutanásia’, tal como definido por Schopenhauer, ou de ser submetido a uma degradação patológica como o câncer; ou como resultado da interferência de agentes estranhos, conhecidos ou ainda por descobrir, como doenças contagiosas, poluição, desastres naturais, anomalias climáticas, fumo

passivo, etc., nenhuma delas intencionalmente causada por ações humanas.

De acordo com o autor, há três estratégias para o enfrentamento da morte:

A primeira estratégia consiste em construir pontes entre a vida mortal e a eternidade – reclassificando a morte como um novo começo (dessa vez de uma vida imortal), em vez de o fim dos fins. A segunda consiste em mudar o foco da atenção (e preocupação) da própria morte, como um evento universal e inescapável, para suas ‘causas’ específicas, as quais deverão ser neutralizadas ou enfrentadas. E a terceira estratégia consiste em um ‘ensaio metafórico’ diário da morte em sua verdade horripilante de fim ‘absoluto’, ‘derradeiro’, ‘irreparável’ e ‘irreversível’, de modo que esse ‘fim’, tal como no caso dos modismos e tendências ‘retrôs’, possa vir a ser encarado como bem menos que absoluto, como algo revogável e reversível, só mais um evento banal entre tantos outros (BAUMAN, 2008 p. 69).

“*Stress*” e “*tensão*” foram os sentimentos expressos por outra entrevistada (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu 9 anos com soropositivo), demonstrando os fortes sentimentos apresentados.

A proximidade da morte, provocada pela doença, gera o medo e a insegurança nefasta que destroem muitas vidas das pessoas que vivem com o HIV/Aids. Observa-se novamente a busca de compensações por parte dos doentes e nesta busca a religião tem um importante papel.

Segundo Delumeau (1989, pp. 28-29), o medo, fisiologicamente, ocorre em função da percepção de perturbações emocionais pelo sistema límbico e pela região hipocámpica, responsável pelo sinal de alerta, pelo hipotálamo e o rinencéfalo, que respondem encaminhando impulsos caracterizados como reações de defesa ou de ataque. Tais ações são manifestadas na forma de liberação de adrenalina, aceleração do coração, aumento de vascularização do músculo e demais sinais que possibilitam a fuga ou a luta desencadeada pelo sentimento de medo.

Tais alterações no sistema límbico podem levar a quadros depressivos, justamente o sentimento manifestado por uma das mulheres entrevistadas: “*Entro em depressão*” (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

O medo é, sem dúvida, o mais sinistro de todos os demônios que existem nas sociedades de nossa época. Os fatos mais importantes para este medo é a insegurança do presente e a incerteza do futuro que nascem de um sentimento de impotência, ou seja, deixamos de ter o controle da situação. Precisamos desenvolver ferramentas que exorcizem o demônio do medo (BAUMAN, 2008, p. 167).

O medo, muitas vezes, pode ser expressado por outros sentimentos como o fez uma das mulheres entrevistadas ao se referir a palavra “pânico” (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Bauman (2008, p. 173) afirma que “o medo nos estimula a assumir uma ação defensiva, e isso confere proximidade, tangibilidade e credibilidade às ameaças, genuínas ou supostas, de que ele presumivelmente emana”.

A única maneira eficaz de combater o medo é compreendê-lo em profundidade (Bauman (2008, p. 229). Esta seria uma maneira, também, de combater o problema, já que três das pacientes referiram-se à “insegurança” como sentimento mais forte despertado pela palavra HIV (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo); (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo); (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu 6 a 7 anos com soropositivo).

Concluindo o tópico sobre a onipresença do medo, Delumeau (2003, p. 623) exemplifica o forte sentimento representado pelo medo da morte: “A morte, até para os santos, é difícil de ser enfrentada. O medo do além foi o trágico privilégio da elite cristã”.

Este sentimento ficou bem evidenciado na manifestação de uma das entrevistadas: “me dá aquele choque”, “abalo um pouquinho” (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu cinco anos com soropositivo).

Vive-se (ao menos nos países desenvolvidos) em uma época em que os perigos que ameaçam encurtar a vida são menos numerosos e mais espaçados do que eram no passado. Ou seja, tem-se meios de prever, evitar e enfrentar os perigos que ameaçam uma morte precoce. No entanto, para Bauman (2008 p.169), “essas pessoas que vivem no maior conforto já registrado, são as mesmas que se sentem mais ameaçadas, inseguras, amedrontadas, extremamente obcecadas por segurança”. Ou seja, são mais inclinadas ao pânico.

Na verdade, são pessoas que se sentem ameaçadas, sozinhas ou com um forte sentimento de “solidão”, conforme manifestação de três das mulheres entrevistadas (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro,

conviveu dois anos com soropositivo); (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo); (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu cinco anos com soropositivo).

Além dessas manifestações, outra mulher soropositiva entrevistada se referiu ao seu sentimento como “difícil conviver” (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica Deus é Amor, parceiro soropositivo, convivem há 22 anos).

O medo da morte é o sentimento mais forte apresentado neste capítulo. É notória sua preocupação em relação a esse desfecho provocado pelo vírus HIV na manifestação das mulheres soropositivas pesquisadas.

2.2 PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

Considerando o depoimento de todas as pacientes entrevistadas, o sentimento de preconceito foi o que mais lhes causou impacto. O medo da morte parece ter ficado atenuado com a boa perspectiva da terapia antirretroviral. O preconceito, porém, pouco se modificou com o passar dos anos da epidemia de HIV/Aids.

O preconceito parece ser bem evidente nos ambientes religiosos, para algumas das mulheres: “Uma névoa de preconceito” (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo); “Na religião, um pouco de preconceito por não entendimento, isso é o que eu penso” (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo); “E até mesmo no meio da religião existem preconceitos. Convivo com eles, mas eles não sabem que eu sou soropositivo. Se soubessem, me discriminariam” (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu dois anos com soropositivo); “Bem, dentro de algumas religiões, eu vejo que há um certo preconceito” – (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu seis a sete anos com soropositivo); “No kardecismo, hoje, eles são muito contra. Na realidade, tudo que é precipitado e eles condenam muito” – (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, Kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

A professora Tânia Mara Vieira Sampaio critica a visão religiosa preconceituosa que “associa a doença a um castigo divino, e não como uma contingência da experiência humana” (SAMPAIO, 2002, p. 19).

O preconceito esteve sempre presente nas pessoas com Aids:

A Aids, em seu princípio histórico, a partir de 1983, trouxe à luz um repertório de preconceitos e estigmatizações que estavam, ou adormecidas na consciência de muitas pessoas ou silenciadas propositalmente por outras. A constatação do aparecimento do vírus fez emergir não apenas as questões de ordem da saúde, mas trouxe à tona questões de cunho moral e religioso que prontamente se organizaram em um discurso normativo culpabilizador do corpo e suas relações (SAMPAIO, 2002, p. 21).

Uma das manifestantes conclui a relação do preconceito religioso, arrematando que depende da religião: “Tem religião que tem certo preconceito quanto a isso, mas quanto a outras religiões que são bem esclarecidas, não vejo problema não” – (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu seis a sete anos com soropositivo).

Por outro lado, uma das entrevistadas retira totalmente qualquer evidência de preconceito por parte das religiões: “A religião dá apoio, tenta compreender as pessoas doentes. Dá muito apoio, convive, sem nenhum preconceito. Nas religiões não tem isso” – (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

No tocante à influência da religião no preconceito, as opiniões das pacientes foram divididas. Portanto, algumas acham que há preconceito manifesto por parte de certas religiões, enquanto que, em outras, tal sentimento não é percebido.

Ao serem indagadas sobre o sentimento lhes vêm à mente quando ouvem a palavra HIV, 12 (40%) das mulheres que fizeram parte da pesquisa responderam “preconceito” (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo); (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo); (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo); (5.^a Ent., 42a, bordadeira, casada, evangélica Ministério Comunidade Cristã, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo); (6.^a Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu oito anos com soropositivo); (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica,

sem parceiro, conviveu dois anos com soropositivo); (12.^a Ent., 42a, curso superior de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo); (13.^a Ent., 50a, do lar, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo); (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo); (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo); (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu seis a sete anos com soropositivo).

O conceito de preconceito é bem definido por Albuquerque Junior (2007, p. 10-11), ao afirmar que:

O Preconceito, como a própria palavra deixa entrever, é um conceito prévio, um conceito sobre algo ou alguém que se estabelece antes que qualquer relação de conhecimento ou de análise se estabeleça. É um conceito apressado, uma opinião, uma descrição, uma caracterização que vem antes de qualquer esforço verdadeiro no sentido de se entender o outro, o diferente, o estrangeiro, o estranho, em sua diferença e alteridade.

O preconceito relacionado ao HIV, em forma de tabu, é apresentado enfaticamente por uma das pessoas entrevistadas:

Na verdade, o HIV ainda é um, é algo muito fechado, é uma discussão muito fechada, tudo é contra, tudo, ninguém fala nada sobre direito, é uma, é sobre, é coberto por uma, uma névoa de preconceito muito grande. Na verdade a gente acha que tem, o avanço tem sido muito grande e falta esclarecimento, não é, para o jovem, para a turma que está aí e tirar um pouco dessa, desse medo, dessa máscara horrorosa que tem sobre a coisa, que a gente vê que a medicina avançou muito, os profissionais se empenharam, eu acho com resultados excelentes. Tanto é que as pessoas estão vivendo, tão vivendo, tão vivendo com o HIV como uma pessoa normal na sociedade. É o que há uns anos atrás era extremamente diferente. (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).

Um dos elementos mais importantes para a disseminação da infecção de HIV é representado pelo receio das pessoas em comentarem o assunto. Verifica-se isso até mesmo entre médicos de outras especialidades, que apresentam atitudes preconceituosas ao atender pessoas com o diagnóstico explícito. É interessante que quando o diagnóstico é omitido, tais profissionais prestam seu serviço sem qualquer evidência de atitudes preconceituosas.

“Denominamos de preconceito aquilo advindo do desconhecimento que temos do outro, de conceitos não estruturados e quase sempre frutos de hostilidade ou da distância que temos deste” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2007, p. 10).

A maneira de se combater o preconceito deve ocorrer bem cedo, buscando-se fugir do senso comum. Para Albuquerque Junior (2007, p. 15):

É importante que na formação escolar de nossas crianças esteja presente a problematização de nossos preconceitos, que estes sejam substituídos por conceitos, que nasçam, por sua vez, do estudo, da análise, do conhecimento sobre o percurso que os homens descreveram no tempo e das hostilidades, conflitos, lutas, interesses, diferenças que os separam nesta trajetória, que levaram à emergência dos epítetos negativos com que somos nomeados ou com que nomeamos nossos vizinhos.

“Na essência do preconceito, existe uma vontade deliberada de desqualificar o outrem, seu oponente, procurando estigmatizá-lo, rebaixando-o socialmente e, assim, procurando vencê-lo” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2007, p. 126).

Em relação ao preconceito e ao sentimento de discriminação, a fala de uma das mulheres entrevistadas deixa claro que estes sentimentos a perturbam:

Assim, quando as pessoas falam em HIV, eu fico assim, assustada, com medo de alguém, é, descobrir alguma coisa minha, assim que eu tenho. Eu não sou de falar pra ninguém que eu sou soro positivo, pra me prejudicar na minha profissão, por causa que eu sou técnica de enfermagem, e também meu namorado, que ele não sabe, porque eu não tenho coragem de contar, que tem muita gente que conhece, e tem muita gente preconceituosa. Eu vejo falar, que não fica perto de gente com HIV, e muitos falam que não namoram com soro positivo, e também no serviço também, eu vejo falar que eles não aceitam quem é soro positivo. (11.^a Ent., 37a, técnica de enfermagem, solteira, católica, tem namorado, 4 anos de convivência com soropositivo).

Esse sentimento também é manifestado por outra das entrevistadas, de forma mais sintética: “Rejeição” (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Para Prado (2008, p. 67), “preconceito é a forma de se manter uma hierarquização entre os grupos sociais, bem como legitimação da inferiorização social, o que quase sempre se consolida como violência de um grupo contra outro”.

“O preconceito entorpece nossa mente, impedindo-nos de perceber os limites que separam a realidade da ficção” (PRADO, 2008, p. 67).

A demonstração de quanto o diagnóstico da doença pesa para essas entrevistadas pode ser bem ilustrada nas palavras de uma delas: “Quase não

converso com ninguém sobre isso” (4.^a Ent., 54a, porteira, viúva, espírita, sem parceiro atualmente, conviveu com soropositivo).

“A coletividade influencia na estruturação do preconceito, uma vez que este se estrutura a partir de valores sociais” (PRADO, 2008, p. 75).

As mais variadas denominações que recebem as pacientes soropositivas reforçam o sentimento de preconceito. Fato demonstrado nas falas de três das entrevistadas: “mulher da vida”, “usuária de droga” (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há nove anos com soropositivo); (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).

Uma das evidências desse estigma para com os pacientes com HIV/Aids é a denominação de “aidético”, por se tratar de uma conotação puramente pejorativa, com forte impregnação de preconceito e descaso.

“Falta de amor” foi a forma que uma das pessoas ouvidas na pesquisa encontrou para demonstrar seu sentimento frente ao HIV (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

O preconceito, por ser um organismo de manutenção das hierarquias sociais, se mantém em determinadas categorizações sociais, legitimando as ações da vida cotidiana.

Para algumas das pacientes pesquisadas, este aspecto parece ser percebido com a frase bastante ilustrativa desta entrevistada: “falta de respeito” (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu três anos com soropositivo). Ou ainda, como a sociedade a discrimina, procurando não receber notícias pela mídia: “Nem televisão eu gosto de assistir. Mudo de canal” (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Portanto, “o preconceito impinge ao indivíduo a assimilação das características de inferioridade, enquanto que sustenta a hierarquização social no âmbito do coletivo” (PRADO, 2008, p. 76).

Outro depoimento exprime bem o sentimento que a soropositiva apresenta em relação à forma como a sociedade a enxerga: “Não é bem aceita na sociedade” (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu dois anos com soropositivo).

Osório e Schafer, *apud* Santos (2010, p. 43) afirmam que o preconceito, já baseado no direito positivo, “representa uma ideia estática, abstrata, pré-concebida, traduzindo opinião carregada de intolerância, alicerçada em pontos vedados da legislação repressiva”.

Como conceito, Santos (2010, p. 43) afirma que:

O preconceito é a formulação de ideia ou ideias (que por vezes alicerçam atitudes concretas), calcadas em concepções prévias que não foram objeto de uma reflexão devida ou que foram elaboradas a partir de ideias deturpadas. É, em suma, um ‘pré-conceito’, algo intelectualmente não maturado ou objeto de falsa racionalização.

O crime por preconceito, no Brasil, do ponto de vista penal, somente poderá ser punido “se houver exteriorização por parte do agente delitivo. Tal exteriorização, inclusive, poderá se dá por verbalização. Quanto à elaboração intelectual do preconceito se considera um mero indiferente penal” (SANTOS, 2010, p. 43).

O preconceito poderá ser exteriorizado de várias formas, sendo elas:

Por exteriorização de ideias preconceituosas oralmente expressas (faladas); por representações gestuais (como passar o dedo indicador sobre a pele do braço, por exemplo); ou, obviamente, por escrito. Também se exterioriza o preconceito por atos de cunho discriminatório, o que faz da discriminação nestes casos, espécie do gênero preconceito, que a antecede (SANTOS, 2010, p. 44).

Uma das pacientes participantes da pesquisa manifestou seu sentimento de discriminação e preconceito resumido na frase: “Acham que nós somos loucos” (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu três anos com soropositivo).

Para uma paciente já avó, percebe-se a preocupação de vergonha manifestada, querendo poupar as netas da vergonha de ser soropositiva: “Não quero que minhas netas me vejam morrer com essa doença” (25.^a Ent., 63a, agropecuarista, divorciada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

“Vergonha” também foi o sentimento apontado por uma outra mulher entrevistada (24.^a Ent., 40a, babá, solteira, católica, não tem parceiro, não sabe se já conviveu com soropositivo).

Duas pacientes que fizeram parte da pesquisa responderam com “discriminação” a respeito do sentimento que lhes vêm à mente quando confrontadas com a palavra HIV (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo); (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada,

kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo). Acredita-se que elas sintetizem bem o forte preconceito enfrentado na condição de soropositivas.

O preconceito de si próprias também pode ser a característica de pessoas portadoras do vírus. Na presente pesquisa, este fato ficou patente na fala de algumas delas, como das pacientes anteriormente citadas.

O sentimento de preconceito foi manifestado de maneira muito contundente por parte das mulheres que participaram de nossa pesquisa.

Ficou evidente o “sentir discriminadas” ao ponto de não só omitirem a doença, como também, muitas vezes, fugir do assunto ao evitar discuti-lo abertamente.

Muitas vezes, as pacientes evitam ler ou assistir programas na televisão ou no rádio sobre a temática da Aids. Esse fato, inclusive, colabora para que muitos soropositivos deixem de procurar a assistência médica necessária, tendo seus quadros clínicos progredidos para o adoecimento.

2.3 SEXUALIDADE

Uma constatação na presente pesquisa é que 13 (43,4%) das mulheres entrevistadas declararam serem casadas, 8 (26,6%) são solteiras, 6 (20,0%) viúvas enquanto 3 (10,0%) são separadas.

Quanto à convivência com outra pessoa, 17 (56,6%) informaram que convivem com parceiro sexual, enquanto 13 (43,4%) alegaram não possuir parceiro sexual. Nenhuma das entrevistadas informou que o parceiro seja do mesmo sexo, ou seja, nenhuma se declarou homossexual.

Das 17 mulheres que informaram ter parceiro sexual, apenas três destes parceiros (17,6%) são também soropositivos, embora outras três declararam não saber se seu parceiro era ou não soropositivo.

Das 30 entrevistadas, apenas a metade delas (15) afirma ter convivido com soropositivo, com uma média de 9,5 anos de convivência e o tempo máximo informado foi de 22 anos.

Assim como o medo e o preconceito, a sexualidade também representa um importante desafio no enfrentamento da infecção pelo HIV/Aids, notadamente por ser uma doença sexualmente transmissível. Esse fato se agrava quando compromete mulheres, considerando o forte preconceito de gênero em nosso meio.

Sexualidade compreende todos os valores, sentimentos e comportamentos relacionados com o prazer sentido pelo corpo, bem como à satisfação moral, à conjugalidade e à reprodução sexual.

Como 83% das entrevistadas são católicas ou evangélicas, e o restante espírita Kardecista, fica evidente a presença do Cristianismo em nosso meio e a influência que esta religião exerce na sexualidade de seus seguidores.

Nas manifestações das 30 mulheres participantes da pesquisa de campo, é notória a influência exercida pela religião moral na condução de suas vidas, influenciando fortemente na forma de expressão da sexualidade.

A confusão entre o conhecimento da ciência e os dogmas religiosos é responsável por deixarem os fiéis inseguros e, às vezes, se expondo ao risco de contaminação ao segui-los fielmente.

A sexualidade não é sacralizada por mitos e ritos, mas pela verdade de sua realidade, enquanto obra do Criador. Para Vidal (2008, p. 19):

Os profetas utilizam o casamento do homem com a mulher para explicarem a relação do Deus Yaweh (ou Yahweh) (esposo) com seu povo (esposa). Assim, o drama de amor e infidelidade, de fecundidade e infecundidade, problemas dos casais explicam o drama das relações de Deus com seu povo.

Quanto à relação entre os sexos, “é Cristo que dá valor ao ser humano, não o sexo. A diferença entre homem e mulher deixou de ter importância” (VIDAL, 2008, p. 29).

Concluindo sua análise, o autor afirma que: “Assim, no Novo Testamento, proíbe-se toda relação sexual fora do matrimônio. Amor e sexualidade não podem ser separados” (VIDAL, 2008, p. 34).

Como dimensão positiva, “a sexualidade é uma força e dimensão humana para a edificação da pessoa. É necessário converter esse ‘é’ (ser) em ‘deve ser’ tarefa. Deste modo, aparece uma moral sexual centrada na pessoa” (VIDAL, 2008, p. 66).

A moral oficial das Igrejas Cristãs está com falta de credibilidade e os fiéis estão deixando de cumpri-la. Temos, como exemplos, a abstinência sexual pré-matrimonial e a fidelidade matrimonial.

Os principais motivos que fizeram com que as normas sexuais cristãs fossem perdendo a credibilidade foram:

O modo autoritário na apresentação e justificação das normas, que pressupõe a aceitação de um dirigismo moral ou de uma moral de obediência; o caráter fechado na formulação das ações, não considerando a nova situação da 'sociedade aberta' e pluralista; a metodologia abstrata da dedução das normas a partir de alguns princípios aceitos previamente e não questionados; a validade absoluta na fixação de normas com caráter imutável e com validade universal; a forma preferencialmente proibitiva na apresentação das exigências da sexualidade (VIDAL, 2008, p. 69).

Em conclusão, o autor conclama a Igreja para que se manifeste em relação à prevenção da Aids:

A doutrina católica não pode deixar de expressar qual é o ideal da prevenção da Aids: comportamentos responsáveis e humanizantes. Contudo, persiste o interrogante sobre sua recusa diante dos meios preservativos na relação sexual. A partir da mesma moral tradicional e considerando a sabedoria humana, poderiam encontrar-se justificações que caminhem desde a aceitação de um 'mal menor' até a articulação de programas preventivos realistas (VIDAL, 2008, p. 84).

O mal-estar provocado pela dificuldade que vive a comunidade cristã, notadamente a católica, pode ser traduzido em três constatações:

1 - Existe um conflito de paradigmas, tanto na teologia como na pastoral: alguns retornam aos paradigmas da 'razão ascética' e da 'razão natural', enquanto outros se situam nos extremos do paradigma da 'razão pessoal'; 2 - há uma reserva generalizada diante dos códigos morais 'oficiais'; 3 - falta consenso na fundamentação e nos critérios concretos da vida sexual a partir da perspectiva do Evangelho (VIDAL, 2008 p. 107).

Ao concluir, Vidal (2008, p. 110) afirma que "apesar da clareza e da contundência na exposição da doutrina oficial da Igreja sobre a moralidade dos comportamentos no âmbito da sexualidade, a crise da moral sexual não desapareceu na comunidade católica nem na reflexão teológico-moral".

A falta de aceitação e de credibilidade da normativa sexual cristã é um dado sociológico patente. A reflexão teológica continua realizando uma séria e profunda reformulação na compreensão do significado da sexualidade humana. Utiliza as diferentes hermenêuticas do fenômeno sexual (hermenêutica psicológica, dialógica, fenomenológica, social, etc.) e procura integrar seus resultados na cosmovisão cristã (VIDAL, 2008, p. 113).

Ao comparar o que dizem os ensinamentos religiosos sobre o sexo e a sexualidade, observa-se claramente um sentimento forte de preconceito sentido por alguns: "Se eu tinha uma segunda pessoa" (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo

há 10 anos), denotando que a infecção pelo HIV estaria relacionada com a infidelidade.

Tradicionalmente, a velhice feminina, diferente da masculina, fica restrita ao ciclo doméstico. Ao perder a capacidade reprodutiva, a mulher considerada velha tenta manter sua importância mantendo as habilidades de comando da casa.

No entanto, a velhice na contemporaneidade, notadamente após o final da década de 1970, sofre uma transformação de imagem. A busca pelo prazer e pela realização pessoal passa a ser legítima pelo velho moderno (Alves *apud* HEILBORN *et al*, 2004, p. 21).

Das mulheres que participaram de nossa pesquisa, apenas duas tinham 60 anos e uma 63. Portanto, trabalhou-se com mulheres jovens e não foi possível verificar essa mudança em relação à sexualidade da pessoa velha.

O velho moderno conquistou o direito de manter laços sociais de toda sorte, com um nível elevado de engajamento.

As mulheres com mais de sessenta anos de idade procuram mais, hoje, os espaços de sociabilidade extradomésticos porque no passado, quando jovens, não tinham acesso às atividades de sociabilidade autônomas, já que o trabalho fora de casa e tarefas domésticas as impediram que usufruíssem de atividades de lazer.

A sexualidade na velhice adquire outra dimensão. Agora, “diferentemente do passado onde estava atrelada ao casamento, adquire autonomia, tornando-se a base necessária para o início e manutenção de relacionamentos conjugais” (Alves *apud* HEILBORN *et al.*, 2004, p. 30).

A autonomia corporal das mulheres mais velhas possibilitou a construção de uma vida privada independente da casa e uma ressignificação das atividades domésticas.

A moralidade cristã também fica bem evidenciada em uma das manifestações: “Fala sobre família, né, sobre o HIV não, até. Fala sobre o casamento, a vida a dois, que pode namorar né, na Igreja, que tem que namorar na igreja, noivar, no casamento, aquela coisa certinha, não pode ter relação sexual antes do casamento, sobre isso”. (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu 5 anos com soropositivo).

A intervenção sobre a expressão da sexualidade é notória na expressão de muitas das entrevistadas. Aqui também se nota a forte legitimação que a religião

possibilita para tais intervenções ao submeter os fiéis a dogmas que interferem na expressão da sexualidade de cada uma.

Na religião católica, 'matrimônios contraídos diante do altar podem ser anulados pela Igreja católica, se por ocasião do casamento um dos dois parceiros tiver contraído Aids, ou mesmo se for HIV positivo' (SANDERS *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p. 54).

Este aspecto é reforçado nas falas de duas manifestantes "É, o casamento é uma instituição de Deus e ele é inviolável, inclusive quando nós contraímos este problema, nós estávamos fora da religião" (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo); "Fala sobre o casamento, a vida a dois, que pode namorar, né, na Igreja, que tem que namorar na Igreja, noivar, no casamento, aquela coisa certinha. Não pode ter relação sexual antes do casamento, sobre isso" (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu cinco anos com soropositivo).

No que diz respeito à sexualidade, o preconceito impede a percepção da diversidade de identidades sexuadas, trazendo como consequência a legitimação de práticas de inferiorizações sociais, como ocorre no caso da homofobia.

O julgamento moral, assim como, a influência que a religião e os discursos científicos modernos apresentam sobre a sexualidade podem ser percebidos nos estudos de Prado (2008, p. 70):

Como vimos, este mecanismo tem sido bastante utilizado na história dos discursos sobre sexualidade no Ocidente, e se instituiu como um julgamento moral motivado por experiências particulares de determinados grupos articulados com uma verdade ou um princípio universal regulador das formas de organização de uma dada sociedade. Em um primeiro momento, como já anunciamos, foi construído tomando como base pensamentos mítico-religiosos, e, após um longo período de modernização ocidental, refinou-se por meio dos discursos científicos que, não raras vezes, foram os responsáveis pelo conteúdo de atribuições sociais negativas.

Mais uma vez, percebe-se a ciência legitimando o julgamento moral da sexualidade:

A Ciência produzida nesta perspectiva colaborou para esta categorização hierárquica, por meio da construção de 'verdades' capazes de explicar e justificar a superioridade dos grupos dominantes. Aqui, julgamentos morais tornaram-se 'verdades' exatamente porque estes saberes estiveram associados à experiência de um grupo, de forma a manter sua dominação sobre outros. Vale ressaltar que há adição de uma dimensão valorativa ao

processo evolutivo que se expressou de forma contundente pela afirmativa de um ideal: 'a sobrevivência do mais apto' (PRADO, 2008, p. 73).

Nos depoimentos das pacientes entrevistadas, continua-se a observar fortes evidências de preconceito em relação à sexualidade:

Eles acham que é uma doença que a gente pega com, uma doença que a gente pega, que não é coisa de Deus, que a gente pega porque a gente tem relação sexual com as pessoas, não usa preservativo, eles julgam, muitos julgam sobre essa doença, muitos evangélicos. (6.^a Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu oito anos com soropositivo).

A fala da paciente evidencia o forte preconceito de que HIV é igual a relação sexual, quando se sabe da existência de outras formas de contaminação.

Por outro lado, outra manifestante acredita que a prevenção da doença pode ocorrer de forma muito simples: "Só que tem que tomar cuidado, né? Prevenir pra não pegar doença". (21.^a Ent., 46a, dona de casa, casada, católica, tem parceiro, não sabe se já conviveu com parceiro soropositivo).

Quando não se usa a camisinha, um parceiro pode culpar o outro pela contaminação: "Sexo pode ser com preservativo, só que quando acontece, demora muito tempo para entender e sempre um joga em cima do outro que foi o culpado, sem ter noção no que aconteceu antes na vida de um e de outro" (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

Após 23 anos de HIV e Aids, a Igreja, na África, não tem-se preocupado em estabelecer uma nova teologia da sexualidade que ajude mais diretamente as pessoas atingidas, considerando, inclusive, a cosmovisão africana (PHIRI *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p. 43).

Para esse autor, a igreja, em sua missão relativa ao HIV e à Aids, "precisa perceber que a Bíblia ocupa um lugar central na maneira como as pessoas entendem a doença e a cura. A teologia da cura, na cosmovisão africana, deve ser considerada de maneira abrangente, não ficando limitada à cura física" (PHIRI *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p. 50).

A própria Igreja funciona como precursora do preconceito e, por assim ser, há uma grande necessidade de se considerar a cosmovisão de cada povo como forte aliado no combate à epidemia, pois "a Aids não é apenas uma doença do corpo, mas uma doença da sociedade (WERE *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p. 51).

Com relação ao sexo, tem religião que fala sobre isso e tem religião que já não fala não. A minha religião fala que a pessoa soropositiva, ela é uma pessoa praticamente normal como todos os outros, só não tem, não pode fazer doação de sangue e, e convive normalmente com outras pessoas (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu 6 a 7 anos com soropositivo).

Para os conservadores, que consideravam corretas as normas sexuais tradicionais, exigindo sua estrita observância, a Aids era considerada como consequência da universal decadência dos costumes, devida a liberação sexual (SANDERS *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p.64).

Mesmo hoje, a Aids ainda não tem cura, mas aos poucos a qualidade de vida dos infectados com o vírus – onde existir um sistema de saúde em funcionamento que a faça possível – pode ser preservada durante muitos anos, de modo que, graças aos êxitos da medicina, a equação de início colocada nas cabeças de muitas pessoas: HIV = Aids = morte, pode, com razão, ser rejeitada (SANDERS *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p. 65-66).

Diante dos avanços no tratamento aos pacientes infectados pelo HIV/Aids, considera-se que

os conhecimentos da medicina também puderam contribuir para que a Aids perdesse o caráter mítico, passando hoje a ser considerada em primeira linha como aquilo que realmente é: uma doença infecciosa que ameaça a vida – não mais, mas também não menos (SANDERS *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p. 66).

Algumas características da sexualidade feminina contribuem para o risco aumentado da infecção da mulher e contribuem para a feminização da epidemia.

A maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/Aids ocorre tanto por aspectos sociais quanto por características biológicas, uma vez que as mulheres são biologicamente mais vulneráveis ao vírus. “A probabilidade de uma mulher ser contaminada através de um único ato sexual sem proteção é o dobro da de um homem: e, mais ainda, se estiverem presentes outras infecções sexualmente transmissíveis” (PETERSON, *apud* AMMICHT-QUINN, 2007, p. 17).

O estigma relacionado à doença tem consequências mais intensas na mulher. Ela é mais censurada do que o homem, mesmo se tenha contraído o vírus do esposo infiel, tem mais probabilidade de ser condenada pela igreja, de ser expulsa de casa, de sofrer violência ou abuso e, ainda, muito mais dificuldade para encontrar alguém que cuide dela se estiver com a doença.

O HIV não será controlado enquanto a mulher não estiver mais aparelhada para influenciar os termos dos encontros sexuais”. Porém, “reduzir a vulnerabilidade da mulher não é por si só

suficiente, porque em última instância é o comportamento do homem que impulsiona a epidemia (PETERSON, *apud* AMMISCHT-QUINN, 2007, p. 118).

As mulheres representavam um perigo moral maior, quanto mais a Igreja insistia em compelir os padres ao celibato. Santo Agostinho tinha verdadeira fobia das mulheres. O Sínodo de Elvira chegou a proibir as mulheres que não fossem virgens e tivessem voto de castidade de permanecerem nas casas dos padres (RANKE-HEINEMANN, 1999, p. 135).

As mulheres não entravam em recintos onde havia um padre, pois os celibatários as interpretavam e viam sua feição como sinônimo do perigo.

A superioridade espiritual assumida pelos celibatários ajuda na manutenção do distanciamento para com as mulheres. Na Igreja Católica, portanto, o preconceito em relação a elas é secular.

Embora as entrevistadas não tenham se manifestado especificamente sobre esse fato, em várias respostas deixam transparecer que não são bem vistas na comunidade religiosa da qual participam.

Reforço de passagens bíblicas que subjagam as mulheres aos maridos, porém sem menção de versículos que as igualem aos homens – conveniência machista (RANKE-HEINEMANN, 1999, p. 139).

Coitus reservatus e a demonstração de controle diferente do coito interrompido – satisfazia a esposa e não havia ejaculação. Portanto, seria um coito sem pecado, sem deixar o sêmen fluir.

A ideia de que o sêmen é sagrado, de que não pode vir à luz, que só pode ser depositado na vagina, e com o intuito único da procriação foi responsável por uma contenção sexual severíssima nos casais.

A estrutura estonteante de fantasmas criada em torno do prazer foi atingida diretamente pela Reforma de Lutero, começando a se desmoronar com a Reforma. Seu casamento com uma freira derrubou a subordinação antinatural do casamento perante a vida celibatária (RANKE-HEINEMANN, 1999, p. 274).

Afonso de Ligório foi responsável pela criação de normas para a ética católica no século XX e abrandou o rigor na relação sexual ao estabelecer que o prazer (na relação sexual) pode ser buscado, porém, não somente como forma exclusiva ou primordial.

O próprio Papa João Paulo II confirmou esta tendência de aceitar que os casais possam ter certo grau de desejo em suas relações sexuais. Portanto, em franca oposição ao que pregava Santo Agostinho, que só aceitava o sexo como forma exclusiva de procriação (RANKE-HEINEMANN, 1999, p. 297).

O Papa, com seu evangelho de continência, foi importantíssimo na proteção das mulheres esposas, pois, ao condenar o uso da pílula, de certa forma as protege dos maridos devassos, tornando-os castos e continentos.

No entanto, há quem veja nesta atitude da Igreja muita contradição:

Além disso, eles a veem como hipocrisia quando a Igreja insiste na liberdade contra a anticoncepção, mas proíbe a liberdade para praticá-la, já que no fundo a Igreja não defende realmente a liberdade de um único casal. Simplesmente se empenha em impor sua própria ditadura moral sem levar em conta o bem-estar das pessoas casadas, uma ditadura baseada no desprezo pelo casamento nutrido por celibatários que odeiam o prazer e têm um culto maníaco da virgindade (RANKE-HEINEMANN, 1999, p. 302).

O catolicismo, ao apregoar os possíveis males provocados pelo onanismo, encontra apoio na medicina, ao aventar que tal prática poderia provocar alterações na medula espinhal, amolecimento ou ressecamento do cérebro, ou qualquer outra alteração que possa deixar a pessoa doente. Como as pessoas têm mais medo das enfermidades deste mundo do que do fogo do inferno, a teologia moral católica obteve aí um grande aliado ao condenar o onanismo.

Manifestações preconceituosas, por parte da Igreja, foram muito duras para com a mulher e procuraram conter a expressão sexual destas, que de certa forma, as tornaram mais vulneráveis do que expostas ao risco de contaminação do HIV e outras DSTs.

A sexualidade humana foi vítima de uma forma especializada da teologia, denominada teologia moral cristã, considerada uma excrescência peculiar desse campo.

A Igreja, com a teologia moral, supriu a lacuna deixada por Cristo que não pregou sobre a ética de qualificação para o Reino de Deus.

Afonso Ligório foi o responsável pelo processo que desencadeou a continuidade do “processo de demonização da sexualidade. Graças a ele, o íncubo, o demônio masculino que fica por cima, e o súcubo, o demônio feminino que fica por baixo, entram para a cabine do confessionário, mesmo no século XX” (RANKE-HEINEMANN, 1999, p. 346).

Mesmo toques suaves no corpo de uma mulher, como o leve toque de mão, é caracterizado como pecado mortal, caso ocorra com intenção impura.

“Igreja e nazismo estiveram juntos nos propósitos. Por exemplo, a mania nazista da pureza racial e fobia católica contra o desperdício do sêmen, bem como a eugenia, guardam certa relação” (RANKE-HEINEMANN, 1999, p. 350-351).

A partir de 1215, de acordo com essa autora, a Igreja exigiu as formalidades do casamento, uma vez que os casamentos secretos causavam incerteza legal.

Mais uma vez, percebe-se o conflito do fiel em relação aos dogmas da religião:

Religião é a nossa base de sustentação, sem religião também eu acredito que a gente não tem força para poder passar por cada dificuldade que vai surgindo. (Indagação do entrevistador) Dentro da minha religião católica, o sexo com camisinha, ele não é indicado, ele é criticado pela Igreja. No meu caso, eu tenho, hoje eu vivo com uma pessoa que não é soropositivo e tenho que ter relação com camisinha, por conta de proteger essa pessoa, né. Então, é contraditório dentro da minha religião. Então a religião, ela prega para que a camisinha, ela não seja usada, mas sobre a doença em si, eu nunca vi nada diretamente relacionado ao assunto (12.^a Ent., 42a, administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

O bom convívio com o próximo sendo enfatizado por uma das pacientes:

Especificamente, família, a partir do momento que eu fiquei sabendo, a religião fala que o convívio com o próximo bem harmonizado, que você sempre está ajudando o próximo, sempre está em harmonia com o próximo, fazer bem ao próximo, sempre buscar fazer bem ao próximo (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu 6 a 7 anos com soropositivo).

A teologia moral cristã da Igreja Católica foi responsável pela repressão da sexualidade, notadamente nas mulheres. Talvez, aqui, se encontre o motivo principal para o fato das pacientes praticamente nada comentarem sobre a sexualidade.

Nascer homem ou mulher não é um dado biologicamente neutro. Ao contrário, é trabalhado pela sociedade. O gênero, como dito por uma antropóloga americana, ‘é uma divisão dos sexos socialmente imposta [...], um produto das relações sociais de sexualidade, que transforma machos e fêmeas em homens e em mulheres’ (DUBY, 1990, p. 11).

No período medieval, os homens tinham a palavra, ou seja, os clérigos, já que a grande parte dos homens calava.

“A partir do século III, a legislação sumptuária ataca, de maneira crescente, o vestuário e os adornos das mulheres, passando o corpo feminino a ser considerado instrumento de perdição” (VIDAL, 2008, p. 17).

Até o século II, grandes vozes femininas eram escutadas com respeito. Também, do século XIII ao XV, mulheres fazem-se ouvir, embora com dificuldades, considerando o abafar provocado pelo coro masculino.

Na visão de Duby (1990, p.27), “as mulheres são governadas pelo seu sexo. A morte, o sofrimento e o trabalho vieram ao mundo através das mulheres”.

Castigar as mulheres, de forma especial o seu corpo e a sua sexualidade desconcertante e perigosa, é tarefa dos homens. Neste aspecto, cabe aos homens fazê-lo, já que são os detentores da prudência e do saber, conforme consta nos provérbios ditados e nos tratados médicos, teológicos, didáticos e morais ministrados desde a antiguidade (VIDAL, 2008, p.27).

O corpo da mulher, se não manter-se casto, servirá única e exclusivamente para a procriação. Tal concepção era influenciada, inclusive, pelos conhecimentos médicos.

A mulher, vista como ameaça ou “tentação” para os homens, motivou a repressão ferrenha para que elas não manifestassem a sexualidade. Mais um aspecto que pode justificar a inexpressiva menção das entrevistadas sobre a sexualidade.

O próprio filósofo Aristóteles fomentava a hierarquia dos sexos, inclusive com a exclusão destas da atividade pública, sua guarda no interior da família ou nos conventos.

Para Duby e Perrot,

A sobredeterminação fisiológica da mulher cauciona, além disso, uma psicologia redutora dos seus efeitos. Por causa dessa mistura de excesso e de submissão que ela deve a sua ‘natureza’, a mulher não pode gerir sozinha os seus desejos e as suas relações com os outros: é ainda ao homem que compete domá-las, refreá-las. Assim, a esposa será reputada incapaz de dirigir o seu amor para os seus filhos, para o seu marido, com a sábia moderação que caracteriza este último (DUBY e PERROT, 1990, p. 28).

Os clérigos, por dominarem o monopólio do saber da escrita, possuem uma influência marcante e têm, inclusive, a obrigação de orientar a sociedade e a Igreja no plano da salvação. Portanto, são também os que definem o lugar da mulher nesta divina economia.

“Os clérigos nada sabem sobre as mulheres, já que estão separadas desde o século XI pelo celibato” (VIDAL, 2008, p. 29).

A mulher, como inimiga, representando a desgraça do sexo, é definida por Manselli:

Este sexo envenenou nosso primeiro pai, que era também o seu marido e pai, estrangulou João Baptista, entregou o corajoso Sansão à morte. De uma certa maneira, também, matou o Salvador, porque, se sua falta não o tivesse exigido, o nosso Salvador não teria tido necessidade de morrer. Desgraçado sexo em que não há nem temor, nem bondade, nem amizade e que é mais de temer quando é amado do que quando é odiado (MANSELLI apud DUBY e PERROT, 1990, p. 34).

Segundo o trabalho de Duby e Perrot (1990, p. 38) a respeito das mulheres na idade média, “Hildeberto de Lavardin apresenta como os três maiores inimigos do homem a mulher, o dinheiro e as honras. Considera a mulher como inimiga íntima, aprendendo e ensinando tudo que pode prejudicar o homem”.

Pedro, em sua Primeira Epístola, conclama os homens a terem compaixão com suas mulheres, invocando-os: ‘vós, os maridos, levai a vida comum com compreensão, como junto a um ser mais frágil, a mulher! Dai-lhe a sua parte na honra, como co-herdeira da graça da vida!’ (VIDAL, 2008, p. 38).

O século XII foi o período do impulso mariano. A concepção da virgindade mariana tem por objetivo não fazer de Maria um modelo próximo das mulheres, projetando-a em um céu inacessível às demais.

Maria Madalena é o símbolo da mulher redimida. “É representada em figura que mostra um espaço íntimo, porém, aberto ao exterior, à vida, em atitude de serenidade e praticando uma atividade intelectual de leitura” (VIDAL, 2008, p. 59).

A consideração da mulher como “inimiga íntima” do homem facilita o entendimento de como a expressão da sexualidade por estas apresentou tantos obstáculos, e justifica, como demonstrado em outra parte, a vitimização destas em relação à contaminação pelo HIV.

A sexualidade, para Foucault, não seria equacionada naturalmente. Ela seria socialmente condicionada e aprendida, além de ser arbitrária.

De acordo com Barsted (in Ribeiro, 1995, p. 154):

Um novo padrão de sexualidade relacionado com temas envolvendo as mulheres, como a maternidade solteira, a Aids, a inseminação artificial e a inovação no campo da tecnologia reprodutiva poderia se constituir em um novo indicador das transformações ocorridas no perfil destas.

A Aids trouxe consigo certo recuo no que diz respeito aos comportamentos sexuais mais liberais das mulheres, mas, por outro lado, promoveu um debate mais aberto sobre a sexualidade e a intimidade dos corpos.

A influência da doença no comportamento sexual do casal foi manifestada por uma das mulheres entrevistadas:

Não tiveram muita mudança, não. Muito apoio eu tive, muito sofrimento da parte dos filhos, dos pais. Meu companheiro, simplesmente nós separamos a cama, a convivência dentro do lar nós somos os mesmos, muito amigos (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Quanto à inseminação artificial e à reprodução:

A inseminação artificial aparentemente separou a reprodução do espaço relacional familiar, mas reforçou o desejo pela maternidade e pela constituição da família. Paradoxalmente, ao crescimento da esterilização de mulheres das classes populares, as mulheres de alta renda dispõem dos mais avançados recursos tecnológicos para gerar filhos (BARSTED in RIBEIRO, 1995, p. 154-155).

As mulheres soropositivas apresentam um desafio importante no enfrentamento de seu grave problema de saúde, uma vez que o preconceito de sexualidade as atinge fortemente, notadamente, por vivermos em uma sociedade machista e com instituições que apresentam forte preconceito de gênero, inclusive dentro da própria Igreja.

Portanto, as mulheres contaminadas pelo HIV apresentam um agravante em relação aos homens contaminados, uma vez que tanto a sua biologia como normas e tabus da sociedade contribuem fortemente para que o desafio da doença seja mais complexo em relação a elas. Corroborando com esse fato, cita-se a contaminação das mulheres por seus parceiros masculinos que contraem o vírus tendo relações extraconjugais, embora as mulheres continuem fiéis a estes.

2.4 A RELIGIÃO COMO FORMA DE ENFRENTAMENTO

Todas as 30 pacientes participantes da pesquisa declararam possuir uma religião. 15 (50%) informaram ser evangélicas, sendo a “Assembleia de Deus” a mais citada. 10 (33,3%) referiram ser católicas, inclusive, uma delas informando ser católica carismática (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo) e 5 (16,7%) assumiram o kardecismo como a sua religião.

Todas as mulheres entrevistadas tinham como característica comum a experiência com o HIV. Cada qual com uma história de vida para ser contada a sua maneira, porém, a grande maioria apresenta forte envolvimento com a religião nos vários aspectos da infecção/doença.

Uma das mulheres teve, inicialmente, receio de procurar ajuda religiosa, porém, depois optou por buscá-la, o que demonstra que a fé contribuiu para superação da discriminação:

Eles começaram, aos poucos, se aproximando, é, eu recebi apoio de pessoas que eu achava que não iam entender, e, não fui respeitada onde eu achava que eu ia ser aceita. Isso é uma decepção muito grande, e aí que entra o fator fé. Eu dei um tempo, rezei muito, botei na presença de Deus, e quando meu coração tava preparado, eu busquei essas pessoas, e fui bem recebida, pelo menos pela frente (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Esse envolvimento religioso remonta a própria explicação da contaminação, manifestada por algumas: “Que na religião falta aquela comunicação que você mulher vai se contaminar com o seu marido, que você tanto confia. Acho que é isso que falta” (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há nove anos com soropositivo). Para uma das manifestantes, a contaminação pelo HIV ocorre em função do afastamento da religião, levando à promiscuidade e à falta de afeto:

Bom, que eu escuto muito é o mundo hoje, a Igreja, as religiões pregam muito a falta de amor, que tá existindo, a falta de cumplicidade, a promiscuidade, portanto que chega ao HIV. A promiscuidade de ambos, num relacionamento, que não tem mais aquele afeto, aquela cumplicidade e amor intenso. No kardecismo, hoje, eles são muito contra, na realidade, tudo que é precipitado e eles condenam muito – (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

Assim, também, a religião atua como suporte para o enfrentamento do problema. Enfrentamento este que quase sempre é de superação, como observado em várias manifestações: “A minha religião me deu suporte, tem me dado suporte” (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo). Esta mesma paciente entrevistada aconselha:

Então, o meu recadinho é esse, busque uma religião porque é, só ela que vai te dar, não é propriamente a religião, é o Deus que é único e é só em Deus que a gente encontra força que jamais imaginar, nós imaginamos ter. E fazer aquilo que o médico nos recomenda e não, a gente não vai ter aquela mesma vida, é, é, o paladar não é mais o mesmo, mas até com isso a gente convive, a gente se aceita – (2.^a

Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Tais manifestações corroboram o posicionamento de Orozco (2002, p. 11), o qual afirma que “as mulheres entrevistadas têm a doença como uma fonte de energia para o enfrentamento do problema. Elas ficam mais fortes”.

Esta forma de enfrentar a doença encontra suporte em Geertz (1989), ao afirmar que o papel fundamental das religiões seria preparar o ser humano para que possa enfrentar os grandes dilemas que envolvem a vida, pois, ao nos levar ao transcendente, encontramos o suporte necessário para o enfrentamento da problemática mundana. Este transporte para o transcendente é conseguido por meio dos símbolos e dos ritos religiosos, que nos dão a garantia cósmica de compreensão do mundo, e, ao compreendê-lo, nossos sentimentos e emoções adquirem maior perfeição e a vida é vivida com maior intensidade e menos sofrimento.

Na concepção de Durkheim, o impulso para acreditar é o aspecto mais relevante na constituição da fé. E é a fé que fundamenta o comando dos ritos junto ao homem religioso, independente da complexidade da religião que ele pertença. Toda a fundamentação dos ritos se concentra em compreender melhor o processo psíquico do qual deriva a sua crença. Ele sabe ‘que é a fé que salva’.

Em resumo, percebe-se a dificuldade em concretizar o sentimento de fé: “É porque a fé tem essa origem que ela é, em certo sentido, ‘impermeável à experiência’” (DURKHEIM, 1989, p. 432).

Esse sentimento de confiança/esperança como manifestação de sentimento de fé está presente na maioria das entrevistadas.. Não é possível demonstrá-lo em experimentos, mas apenas senti-lo. É um sentimento muito forte e determinante na condutas das entrevistadas.

Em um estudo sobre religiosidade e enfrentamento de pessoas vivendo com HIV/Aids, Dunbar *et al* (1998) comenta que,

não obstante a melhora das condições de saúde e da qualidade de vida de pessoas soropositivas em tratamento antirretroviral, dados indicam que a incidência de depressão é observada em mais de 50% dos pacientes HIV positivos, em algum momento da trajetória da doença (Ministério da Saúde, 2000). Aspectos psicológicos positivos também têm sido associados com a soropositividade, como a vontade de viver, a percepção de sentido na vida, a redefinição de relações pessoais, a reavaliação da opinião sobre a morte, e a descoberta de novas relações com a natureza, com Deus e com poderes tidos como superiores (DUNBAR *et al* (1998) *apud* FARIA, 2006, p. 157).

Ainda, segundo esta autora, um estudo realizado por Siegel e Schrimshaw (2002, *apud* FARIA, 2006) com adultos soropositivos norte-americanos investigou os benefícios percebidos na utilização do enfrentamento religioso. Foi observado uma série de benefícios por parte dos participantes, em função de suas crenças e práticas dessa natureza, destacando-se a sensação de força, poder e capacidade de controle.

Em pesquisa com 230 mulheres soropositivas, Simoni, Martone e Kerwin (2002, *apud* Faria, 2006), verificaram que altos níveis de espiritualidade e enfrentamento religioso estavam positivamente correlacionados com a frequência de suporte social recebida.

Em outro estudo com metodologia qualitativa, Barroso (1997) estudou adultos norte-americanos que viviam com HIV/Aids, obtendo bons resultados ao possibilitar que estes readquirissem hábitos de vida anteriores à doença e evitando que suas vidas estivessem focalizadas exclusivamente na Aids (FARIA, 2006).

Os estudos não trazem somente efeitos positivos do enfrentamento religioso no processo de combate à Aids. Jenkis (1995, *apud* Faria, 2006) apresentou resultados que ressaltam controvérsias sobre as influências da religiosidade no lidar com a Aids, em uma época em que ainda não havia a eficácia do tratamento com antirretrovirais. Ao concluir este estudo, que contou com a participação de 422 pessoas, observou-se que 42% destas delegavam a Deus, a resolução de seus problemas. “É evidente que esta transferência de responsabilidade caracteriza uma atitude passiva por parte do adoecido e, conseqüentemente, um maior risco à sua saúde” (FARIA, 2006, p. 157).

Considera-se esse aspecto relevante, porém, na presente pesquisa não se observa essa transferência de responsabilidade ou delegação por parte das pessoas entrevistadas. A grande maioria reconhece a importância da religião no enfrentamento da doença, mas não entregam a própria sorte aos desígnios de Deus, e, por essa razão, possuem forte participação ativa no processo de enfrentamento. A religião é apenas um suporte, embora de importância fundamental.

“Em estudo brasileiro, Seidl, Zannon e Tróccoli investigaram os preditores da qualidade de vida em pessoas soropositivas, incluindo entre as variáveis antecedentes, modalidades de enfrentamento” (SEIDL, 2005, *apud* FARIA, 2006, p. 157). O resultado deste trabalho demonstrou que estratégias de enfrentamento

focalizadas no problema e na busca de práticas religiosas foram mais utilizadas quando comparadas com estratégias focalizadas na emoção (esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas e culpabilização, entre outras). Este fato demonstra uma atitude mais ativa no enfrentamento do problema.

No entanto, apenas a busca de práticas religiosas não foi significativa nos modelos que indicaram os preditores da qualidade de vida. Nessa perspectiva, torna-se relevante investigar melhor a influência da religiosidade nos modos de lidar com a soropositividade.

Apesar de Siegel e Cols (2001) *apud* Faria (2006) apontarem a religião como importante fonte de suporte e integração social, no estudo de Faria e Seidl (2006) os pacientes participantes não pareceram usufruir tanto dessa possível vantagem. Quando indagados sobre como a religiosidade poderia ajudar a lidar com problemas de saúde, o item menos citado referiu-se à disponibilização do suporte social. Supõe-se que o medo do preconceito esteja dificultando a expressão sobre a condição de saúde, o que pode limitar a obtenção de apoio social de pessoas vinculadas ao grupo religioso.

Outro autor chama a atenção para a influência da religião no bem-estar psicológico das pessoas:

A prática religiosa é o maior determinante de bem-estar psicológico dos afro-americanos - mais importante até que a saúde ou as condições financeiras. Pessoas que têm vida religiosa ativa em média vivem mais do que as não-religiosas. Isso vale até mesmo quando se põe sob controle o fato de que as pessoas religiosas tendem a evitar comportamentos tais como fumar e beber, que aumentam os riscos de doenças e de morte (LEVIN, 2001, p. 19).

Em certos momentos observou-se até a exaltação da condição de mulher nesta superação: “Através da minha religião, eu descobri, eu descobri uma mulher que eu não sabia que existia, uma mulher forte, uma mulher guerreira, positiva” (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Em um caso, o apoio da religião foi importante para uma mudança de rumo na própria vida: “Ajuda assim, com Deus, procuro estar sempre ali com os irmãos porque eu me afastei das coisas do mundo devido eu ter descoberto que sou soropositiva” – (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu nove anos com soropositivo).

A ajuda da religião veio como um toque no coração para uma das manifestantes:

Nascida e criada em uma Igreja Católica. Só que eu não praticava, mas Deus já tinha tocado meu coração. Hoje eu tenho certeza que essa doença, que quase me levou a óbito, é, mas Deus me ama tanto que Ele abriu meu coração e permitiu que isso não acontecesse – (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

A exaltação da fé no suporte religioso é uma manifestação muito forte para as pacientes entrevistadas: “Só diz que tem que por a fé em prática e praticar, né?” (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica, igreja Deus é Amor, parceiro soropositivo, convivem há 22 anos); “É isso que ela fala. É a fé. Glória a Deus e colocar a fé em prática e ir prá frente” (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica, igreja Deus é Amor, parceiro soropositivo, convivem há 22 anos).

Uma das manifestantes aprofundou mais a questão:

Os ensinamentos religiosos falam, porque foi através disso que eu, esses ensinamentos, acho que eu teria morrido só de, assim, do psicológico meu, quando eu descobri a doença. Mas, através do, da religião, foi que eu fui, a fé que hoje eu sou feliz, como soropositiva (14.^a Ent., 30a, do lar, solteira, evangélica Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Para Durkheim (1989, p. 431), “esse preconceito favorável, esse impulso para acreditar é precisamente o que constitui a fé; é a fé que institui a autoridade dos ritos junto ao crente, qualquer que seja, cristão ou australiano. Ele sabe que é a fé que salva”. (DURKHEIM, 1989, p. 431).

A fé não é compreendida adequadamente pela ciência, conforme é apresentado por Durkheim, porque não preenche os protocolos tradicionais que norteiam as pesquisas científicas.

Para Groopman (2004), o doente que tem esperança se beneficia com a oração e o sentimento de fé. O fato de acreditar e a manifestação de fé possibilitam ao doente se concentrar em seu problema de saúde e com isso enfrentá-lo melhor. Isto não significaria ampliar a vida, mas vivê-la de modo a ter mais qualidade de vida.

Lotufo Neto (2008) defende o relacionamento positivo que a religião tem sobre a saúde, principalmente, a mental. Segundo este autor, as constatações dos benefícios da religião levaram os cientistas a tentarem entender porquê a religião age sobre a saúde.

Essa saúde mental proporcionada pela fé e a conexão com o além encontram respaldo nos conceitos de Otto, ao afirmar que a fé se diferencia dos sentimentos simples por manifestar-se através de elementos claros, obtidos por intermédio de informações ou advertências (OTTO, 1985).

Por outro lado, também observamos aspectos negativos por parte das religiões, conforme manifestações de algumas entrevistadas:

Eles acham que é uma doença que a gente pega com, uma doença que a gente pega, que não é coisa de Deus, que a gente pega porque a gente tem relação sexual com as pessoas, não usa preservativo, eles julgam, muitos julgam sobre essa doença, muitos evangélicos – (6.^a Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu oito anos com soropositivo).

Para Derrida (2000) existe uma fé racional que se diferencia da fé dogmática por não depender de revelação histórica. Ela, portanto, se opõe à fé dogmática.

Vários estudos demonstram que a atuação do sistema imunológico contra agentes infecciosos, como bactérias, vírus, fungos e protozoários, bem como doenças graves como o câncer melhoram substancialmente quando temos esperança. Ou seja, “a atitude mental de ter esperança determina efeitos profundos sobre o nosso organismo” (SOUZA *et al.*, 2008).

“A religião tem a capacidade de manter a realidade socialmente definida, legitimando as situações marginais em termos de uma realidade sagrada de âmbito universal, ou seja, atribuindo significados sagrados às atividades do mundo comum” (BERGER, 1989, p. 57).

O processo de legitimação é o mais importante dos processos responsáveis pela estabilidade da ordem social.

As legitimações existem como definições disponíveis da realidade, objetivamente válidas. A religião foi historicamente o instrumento mais amplo e efetivo de legitimação (BERGER, 1989).

A religião legitima de modo tão eficaz porque relaciona com a realidade suprema as precárias construções da realidade erguidas pelas sociedades empíricas. Legitima, também, as instituições infundindo-lhes um status ontológico de validade suprema, isto é, situando-as num quadro de referência sagrado e cósmico.

Para Berger (1989),

tanto os atos religiosos como as legitimações religiosas, rituais e mitológicas, *dromena* (as coisas que precisam ser feitas) e *legoumena* (as coisas que precisam ser ditas), servem juntos para “relembrar” os significados tradicionais encarnados na cultura e suas

instituições mais importantes. “A religião tem grande papel na manutenção da realidade daquele mundo socialmente construído, no qual os homens existem nas suas vidas cotidianas” (BERGER, 1989, p. 53).

A sociologia da religião tem mostrado a estreita relação existente entre a religião e a solidariedade social. Todos os grupos sociais, independentes de suas legitimações, têm-se mantidos solidários em situações em que imperam o caos.

Perante as situações de caos, reafirma-se a sagrada ordem do cosmos, do ponto de vista da religião. Os fenômenos anômicos presentes naquela sociedade, nesta situação de conflito, devem ser imediatamente superados e explicados de acordo com conceitos nômicos (BERGER, 1989).

Os mundos que o homem constrói são frágeis e estão permanentemente ameaçados pelas forças do caos e, finalmente, pela realidade inevitável da morte. Há necessidade de que a anomia, o caos e a morte possam ser integrados no nomos da vida humana, para que esse nomos possa prevalecer nas exigências da sociedade e do indivíduo. A teodiceia é uma tentativa de se fazer um pacto com a morte (BERGER, 1989).

Independente do destino de uma determinada religião, temos a convicção que essa tentativa de buscar a nomia pelo teodiceia persistirá, pelo menos enquanto os homens morrerem e tiverem que compreender esse fato.

O homem tem uma necessidade biológica de exteriorizar-se. Esta exteriorização ocorre de forma coletiva na atividade em comum e assim produzem um mundo humano. “A estrutura social do mundo, ganha para eles o status de realidade objetiva. A socialização possibilita a interiorização de novos conceitos, tornando-se parte constituinte da consciência subjetiva do indivíduo socializado” (BERGER, 1989, p. 93).

Em sua conclusão, Berger afirma que desconhece força mais poderosa do que a religião na defesa contra a anomia ao longo da história humana. Esta força de nominação se torna tão poderosa justamente porque também tem sido, talvez, a mais poderosa força de alienação.

A legitimação apregoada por Berger por parte da religião também foi bem evidenciada nas entrevistadas, pois mostrou uma ferramenta poderosíssima no enfrentamento de qualquer problema. Muitas justificaram a determinação do enfrentamento da doença pela força fornecida pela religião. Revisaram condutas, ficaram mais atentas à dieta, mais aderentes ao tratamento e mais confiantes na vida.

Entretanto, em uma minoria das entrevistadas, observa-se certo conformismo, observado na manifestação a seguir:

A religião diz que a gente pode ser curada, que Deus cura, né. Mas eu tenho já 12 anos que eu tô pelejando aqui, vou prá igreja, mas não creio que essa doença tem cura. Só mesmo, só mesmo por um, só a hora que morrer, tá bom (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu três anos com soropositivo).

Na revelação de uma das mulheres entrevistadas não basta simplesmente pertencer a uma religião ou mudar de uma para outra simplesmente, é preciso mudar a postura:

A religião, ela é importante demais, mas essa doença é muito séria. Ela, não pense que você se convertendo para uma religião, conversão não é mudar de religião, conversão é mudar de postura de vida. Então você tem de entender que Jesus age, mas os medicamentos, o tratamento não deve ser abandonado em hipótese alguma. É, por mais que o João de Deus da vida, é, mande você parar e acreditar que você foi curado, cuidado, muita atenção, essa doença, ela é traiçoeira, ela é silenciosa, e quando você abrir os olhos, pode ser tarde (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Uma das manifestantes explica como se processa esta ajuda das religiões:

Eu tenho uma comunidade que me acolhe, que ta sempre presente, e esse anjo que tem sido de uma importância fundamental na minha vida, com preocupação com o meu espiritual, com o meu psicológico, até com o financeiro, coisa que eu não tive da minha família, o padre Luiz Augusto esteve e está sempre comigo (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Tal pronunciamento encontra sustentáculo em Geertz, que assim se refere ao papel importante que tem a religião para a sociedade:

A importância da religião está na capacidade de servir, tanto para um indivíduo como para um grupo, de um lado, como fonte de concepções gerais, e do outro, das disposições mentais enraizadas, mas nem por isso, menos distinta. A partir dessas funções culturais é que fluiriam as funções sociais e psicológicas (GEERTZ, 1989, p. 90).

Percebe-se, também, que tais manifestações de religiosidade estão em consonância com as palavras de Geertz (1989), ou seja, a crença manifestada consegue justificar a ocorrência dos fatos, inclusive, a manifestação da doença. Como menciona este autor, somente no domínio do sobrenatural se consegue a fuga de tais dificuldades.

Na religião não existe preconceito para uma das mulheres entrevistadas: “A religião dá apoio, tenta compreender as pessoas doentes. Dá muito apoio, convive, sem nenhum preconceito. Nas religiões não tem isso”. (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

A frequência ao culto não foi uma unanimidade presente nas mulheres soropositivas, mas boa parte delas referiu a importância dos símbolos e dos ritos religiosos para a obtenção de suas graças. Manifestações coerentes com a religião Cristã, já que 100% das participantes se declararam cristãs.

No entanto, para algumas das participantes da pesquisa, não há envolvimento da religião com o HIV:

Eu conheço algumas partes da Bíblia e que concordo, é, com a maioria delas e, na verdade, acho que nosso mundo mudou, mas se a gente for seguir e colocar da maneira que você interpreta hoje, você ainda consegue ver que realmente tem muita verdade. Especificamente a religião não fala nada sobre o HIV. (26.^a Ent., 31a, publicitária, casada, evangélica Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

De acordo com Lemos (2007, p.12), uns precisam mais que outros da religião, ou de determinados tipos de religião, como fornecedora de sentido.

Esta autora também ressalta a proteção e o conforto proporcionados pela religião às pessoas: “As pessoas contam com a religião para que lhes forneça justificativa de existir, em uma posição social determinada” (LEMOS, 2007, p. 14).

A religião, ofertando segurança nesta e em outra vida,

consegue manter a vida em sociedade, porque além de ela oferecer a possibilidade de que os indivíduos vivam muito bem e por muitos anos, quando a concretização dessa oferta se torna impossível, a religião abre ainda a possibilidade de que essa promessa se realize em outro tempo, no tempo futuro (LEMOS, 2007, 14).

Embora não tendo sido a expressão religiosa mais manifestada pelas mulheres entrevistadas (10 – 33.3%), o catolicismo possui forte influência no enfrentamento da doença, embora às vezes de forma ambígua, conforme outra pesquisa:

As mulheres contaminadas podem desenvolver uma relação diferente com a Igreja Católica (IC). Algumas se sentem motivadas para buscar a IC, em busca de apoio e até mesmo buscando encontrar coragem para se fortalecerem como mulheres. Outras, no entanto, têm sentido medo e vergonha de continuar católicas ou até têm encontrado apoio em outras religiões (OROZCO, 2002, p. 10).

A respeito das representações da cura no catolicismo popular, Minayo (1994) afirma que uma pessoa em nossa sociedade ao mover-se pela cura, está frente a situações que considera situações-limite, concretizadas em doenças graves, insegurança material e espiritual e desordens morais.

A falta de afeto e a promiscuidade, devido à ausência da religião, contribuem para o risco da contaminação pelo HIV:

Bom, que eu escuto muito é o mundo hoje, a Igreja, as religiões pregam muito a falta de amor, que ta existindo, a falta de cumplicidade, a promiscuidade, portanto que chega ao HIV. A promiscuidade de ambos, num relacionamento, que não tem mais aquele afeto, aquela cumplicidade e amor intenso. No kardecismo, hoje, eles são muito contra, na realidade, tudo que é precipitado e eles condenam muito, às vezes, a falta de, da família, do convívio familiar (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

Para Weber (2004), a cura de almas e a assistência religiosa aos indivíduos são, em sua forma racional-sistemática, também, um produto da religião profética revelada.

Para duas das mulheres que participaram da pesquisa, a cura da infecção pela religião é esperada: “Não, na religião que eu conheço os ensinamentos são positivos, eles acreditam que, até em cura, que eu já conheço assim, né, depoimento de cura através da fé da pessoa” – (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Pergunto a Deus pra Deus me ajudar, eu acho que ainda tenho esperança, ainda tem cura” – (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Em nosso meio é fortíssima a manifestação cristã. Tal fato fica bem evidenciado no depoimento de uma das entrevistadas:

E ela tem sido uma estrutura muito boa para nossa vida porque tem nos trazido uma esperança, talvez não da cura, mas do sustento espiritual, psicológico, a gente tem necessitado disso e tem encontrado na religião. Não na religião, só na religião, mas em Cristo. Não é impossível a cura, e que Jesus que é o norte de nossa religião, ele não discrimina ninguém, Ele aceita e quer ajudar a todos – (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo).

Como antropólogo, Geertz se refere à religião como papel importante que tem para a sociedade:

A importância da religião está na capacidade de servir, tanto para um indivíduo como para um grupo, de um lado, como fonte de

concepções gerais, e do outro, das disposições 'mentais' enraizadas, mas nem por isso, menos distinta. A partir dessas funções culturais é que fluiriam as funções sociais e psicológicas (GEERTZ, 1989, p. 90).

Já Berger, considerando religião como produtora de sentido, faz alusão ao sagrado e a conceitua como sendo,

um componente primordial do campo simbólico-cultural de um grupo ou sociedade que, do ponto de vista de suas significações, remete, de uma forma explícita a uma realidade extraordinária e meta-social: o sagrado, o transcendente, o numinoso. Esta realidade meta-social pode ser personalizada (deuses) ou não (entidades supranaturais não antropomórficas) (BERGER, 1985, apud LEMOS, 2007, P.19).

A religião tem esse papel fundamental para o ser humano, funcionando como fonte de energia para o enfrentamento da vida, bem como fazendo com que essa vida se torne plena de sentido.

A importância do ritual é tanta, que é nesta atividade que o *homo religiosus* se convence da veracidade dos conceitos religiosos e da validade de sua prática. Não existe mais separação entre mundo comum e mundo simbólico, pois constituem um único mundo.

Toda sociedade representa uma maneira de construção do mundo. A religião ocupa um lugar destacado nesse empreendimento (BERGER, 1985, p. 15).

De acordo com Eliade (2001, p. 31-32), "o sagrado é o real por excelência, apresentando a um só tempo, poder, eficiência, fonte de vida e fecundidade. O homem religioso quer viver o mais perto possível do Centro do Mundo, pois aí encontra a segurança necessária para enfrentar a vida".

Esta segurança e demonstração de fé e de agradecimento são apresentadas por uma das entrevistadas:

Essa questão para mim é muito importante, foi nessa época, eu fui criada, nascida e criada numa família católica, só que eu não praticava, aí eu ia a Igreja quando eu ia em missa de sétimo dia, casamento, batizado e etc. Mas Deus já vinha tocando em meu coração e quando, realmente eu fui contaminada pelo meu parceiro que era hemofílico, é, eu já tava buscando a Deus nesse momento, talvez tenha sido daí que veio a minha força. Cuidei dele, é, durante 9 dias, o tempo todo ao, no leito dele, cuidando dele como se fosse realmente um bebê, que eu tinha de dar banho, tinha que enxugar, todos os cuidados que uma pessoa tem que ter com um bebê. E no nono dia ele veio a falecer e daí começou realmente situações difíceis na minha vida, de grande aprendizado, onde eu passei por rejeição, preconceito, é, desprezo, e, acusações, é, tanto pelos amigos como dentro da minha própria família, que hoje já mudou bastante, mas ainda tem o preconceito, é, na área médica eu já fui

muito discriminada em consultórios, e, dentistas, e, mas isso, bem a passos lentos, é, as pessoas tão é, mudando, não sei se a maneira de pensar ou a maneira de tratar com esses pacientes. E a minha religião me deu suporte, tem me dado suporte, eu já quis muito morrer, eu não vi, não tinha perspectiva nenhuma, de, de um amanhã, quanto mais um depois de amanhã. Hoje não, hoje eu tenho certeza que essa doença, que quase me levou a óbito, é, mas Deus me ama tanto que Ele abriu meu coração e permitiu que isso não acontecesse. É, Esse Deus Ele não é rancoroso, Ele não é vingativo, é, as coisas de mau que nos acontece são devido às nossas próprias escolhas, os caminhos que caminhamos pensando ser o melhor. E, tudo na vida tem um preço, e comigo não tem sido diferente. Esse preço foi muito alto, eu pensei que eu não, eu não suportaria, mas de dentro de mim através da minha religião, eu descobri, eu descobri uma Marta que eu não sabia que existia, uma mulher forte, uma mulher guerreira, positiva, e que tem tido, assim, todos que me ver, passei por um período de internação longo, fiquei o ano de 2010 praticamente internada, e nesse período, assim no início as pessoas me visitavam, é, achavam que eu ia morrer, quando eles perceberam que eu não ia morrer, eu fui abandonada lá naquele quarto, naquele leito de hospital, é, praticamente só com a minha mãe, o meu filho, me dando apoio (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Essa entrega a Deus pareceu ser muito estruturante no enfrentamento da infecção pelo HIV/Aids por parte desta paciente. Além do mais, essa manifestação de fé exime totalmente Deus de ser rancoroso e vingativo. A expressão Divina é de puro amor.

O depoimento dessa paciente nos proporciona várias conclusões a respeito de nosso estudo. O primeiro, diz respeito a doença como aprendizado e como depuradora dos pecados, das condutas inadequadas e do reposicionamento da própria vida do soropositivo. O segundo aspecto se relaciona com a discriminação e o preconceito sentido pelo portador da doença. O desprezo, o receio e o medo das pessoas que antigamente conviviam intensamente. Neste momento ficou bastante forte a importância representada pela mãe e pelo filho, que em nenhum momento a abandonaram. O terceiro e último aspecto está relacionado com a extraordinária força representada pela fé em um Deus protetor, presente através de sua religião, que no caso é a religião católica. Essa força expressada pela paciente tem realmente um poder extraordinário na superação dos problemas, inclusive no enfrentamento da doença.

Com a aparição e o desenvolvimento das grandes cidades, surgem também as grandes religiões universais. Ou seja, a ruptura entre a cidade e o campo marca uma ruptura fundamental na história da religião (BOURDIEU, 1974, p. 34).

Durkheim (1989) considera a religião, qualquer que fosse ela, sempre verdadeira. Além do mais, a religião nada mais é do que um reflexo das condições da existência humana em uma determinada época.

A religião funciona como suporte emocional para a paciente que está infectada e se sente fragilizada em sua solidão:

Olha, eu só procuro me fortalecer lá, quando estou lá. Ajuda assim, com Deus, procuro estar sempre ali com os irmãos porque eu me afastei das coisas do mundo devido eu ter descobrido que sou soropositivo, e procuro ficar mais com eles porque eles não sabem que eu tenho essa doença e ela fica só comigo, até hoje. Meus pais não sabem. Minha família ninguém sabe, só eu mesma. Então eu procuro ta mais com eles, eu sinto como se eles fossem a minha família (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu nove anos com soropositivo).

É importante registrar que as mulheres participantes da pesquisa, em sua ampla maioria, reconhecem à influência da religião no combate à infecção pelo HIV/Aids, e as poucas, apesar de não acreditarem na influência da religião no combate ao vírus não deixam de reconhecer sua importância para as suas vidas, de um modo geral.

Demonstração da fé ajudando no combate à doença, segundo algumas das mulheres soropositivas:

Os ensinamentos religiosos falam, porque foi através disso que eu, esses ensinamentos, acho que eu teria morrido só de, assim, do psicológico meu, quando eu descobri a doença. Mas, através do, da religião, foi que eu fui, a fé que hoje eu sou feliz, como soropositivo. (14.^a Ent., 30a, do lar, solteira, evangélica assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); A minha religião não diz nada não, sobre estas coisas. Nós nunca discutimos isso lá, não. Na minha religião. (15.^a Ent., 51a, diarista, viúva, espírita, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); Ah, a gente nunca discutiu isso. Só diz que tem que por a fé em prática e praticar, né. E nunca ter desistido totalmente. Deus também deixou os médicos para ajudar a gente. É isso que ela fala. É a fé. Glória a Deus e colocar a fé em prática e ir pra frente. (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica, igreja Deus é amor, parceiro soropositivo, convivem há 22 anos).

Em seu livro, Durkheim (1989, p. 494) conclui que a religião é algo eminentemente social. As manifestações religiosas apresentam feições de grupos de pessoas que traduzem realidades coletivas; os ritos são formas de agir que só se

manifestam no interior de grupos coordenados e são responsáveis pela formação, manutenção ou revisão dos estados mentais desses grupos.

A confiança, mas nem tanta no religioso, manifesta-se no discurso de algumas das mulheres soropositivas:

A religião diz que a gente pode ser curada, que Deus cura, né. Mas eu tenho já 12 anos que eu tô pelejando aqui, vou pra igreja, mas não creio que essa doença tem cura. Só mesmo, só mesmo por um, só a hora que morrer, tá bom. (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu 3 anos com soropositivo); A religião prega uma coisa que não existe, prega o que não acontece (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo).

Essas três pacientes não acreditam que a religião vá contribuir com a cura da doença, mas confiam na religião, mesmo que contem mais com essa ajuda após a morte.

Não, na religião que eu conheço os ensinamentos são positivos, eles acreditam que, até em cura, que eu já conheço assim, né, depoimento de cura através da fé da pessoa. Sobre família, tudo positivo, porque tudo que vem de Deus é pro melhor pra gente. (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); E até mesmo no meio da religião existe preconceitos. Convivo com eles, mas eles não sabem que eu sou soropositivo. Se soubessem, me discriminariam. (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu dois anos com soropositivo); Pergunto a Deus pra Deus me ajudar, eu acho que ainda tenho esperança, ainda tem cura. (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

A religião seria “qualquer sistema de pensamento e ação seguido por um grupo capaz de conferir ao indivíduo uma linha de orientação e um objeto de devoção” (FROMM, apud LEMOS, 2005, p. 33).

Nesta mesma sequência de pensamento, Esteves, assinala que,

em todas as religiões, ao longo da história, mesmo que seja menos evidente ou ausente a figura da divindade, encontra-se um núcleo mítico-teológico ou filosófico. Este núcleo é destinado a dar conta do significado da vida e situá-lo em relação a fenômenos mais ou menos centrais, como o sofrimento e a morte (ESTEVES apud LEMOS, 2005, p. 33).

A manifestação da doença seria o estabelecimento do caos, da desordem, possessão demoníaca, do pecado. A busca da cura seria evidenciada “por imposição de mãos em diferentes rituais de cura, exorcismos, benzeduras” (LEMOS, 2007, p. 15).

Constatamos que 100% das entrevistadas se identificaram como pertencentes à religião cristã, o que mostra a força do Cristianismo em nosso meio. Outro fato interessante é que nenhuma das entrevistadas se manifestou como não tendo uma religião. Fato que demonstra a forte influência religiosa na vida destas pessoas.

O depoimento a seguir corrobora para este fato, ao referir-se ao sacramento do casamento e a centralidade de Cristo:

É, o casamento é uma Instituição de Deus e ele é inviolável, inclusive quando nós contraímos este problema, nós estávamos fora da religião. E ela tem sido uma estrutura muito boa para nossa vida porque tem nos trazido uma esperança, talvez não da cura, mas do sustento espiritual, psicológico, a gente tem necessitado disso e tem encontrado na religião. Não na religião, só na religião, mas em Cristo. Não é impossível a cura, e que Jesus que é o norte de nossa religião, ele não discrimina ninguém, Ele aceita e quer ajudar a todos. (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo).

A religião, às vezes, também pode estar 'fora da realidade', para esta outra entrevistada:

Ouçõ que a gente acaba que vai viver pra sempre, que na religião falta aquela comunicação que você mulher vai se contaminar com o seu marido, que você tanto confia. Acho que é isso que falta. (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há nove anos com soropositivo).

A concepção cristã, como uma concepção teísta, tem como elemento marcante a compreensão clara da divindade. De acordo com Otto (1985), a fé representa uma certeza que se manifesta por meio de elementos claros, o que a diferencia do sentimento simples. O conhecimento do transcendente é obtido pela fé, por meio de noções ou 'avisos'.

Geertz afirma que a crença manifestada consegue justificar a ocorrência dos fatos, inclusive, a manifestação da doença. Somente no domínio do sobrenatural se consegue a fuga de tais dificuldades.

O papel fundamental das religiões seria preparar o ser humano para que possa enfrentar os grandes dilemas que envolvem a vida, pois ao nos levar ao transcendente, encontramos o suporte necessário para o enfrentamento da problemática mundana. Este transporte para o transcendente é conseguido através dos símbolos e dos ritos religiosos, que nos dão a garantia cósmica de compreensão do mundo, e, ao compreendê-lo, nossos sentimentos e emoções adquirem maior perfeição e a vida é vivida com maior intensidade e menos sofrimento (GEERTZ, 1989, p. 77).

A religião representa o ponto máximo da autoexteriorização do homem pela infusão dos seus próprios sentidos sobre a realidade.

Na concepção de Berger (1985), a religião seria uma maneira encontrada pelo homem de tornar o universo totalmente possuído de significado humano.

Lemos (2007) afirma que:

Uns precisam mais que outros da religião, ou de determinados tipos de religião, como fornecedora de sentido. Para ela, o fenômeno religioso aparece no campo de significações e linguagens de uma coletividade quando esta se vê frente a frente com o problema do limite, ou seja, quando a população se defronta com a grande contradição vital: garantir a reprodução da vida nesta terra e além dela (LEMOS, 2007, p. 12).

A importância da religião no fornecimento de elementos que facilitam a vida é também apresentada por esta autora:

As pessoas encontram na religião, elementos que fornecem justificativas para existir, enquanto seres humanos. Conseguem manter a vida em sociedade, porque além dela oferecem a possibilidade de que os indivíduos vivam muito bem e por muitos anos, quando a concretização dessa oferta se torna impossível, a religião abre ainda a possibilidade de que essa promessa se realize em outro tempo, no tempo futuro (LEMOS, 2007, p. 14).

Lemos (2007) apresenta um aspecto em que a religião se mostra superior à ciência. A ciência cuida, embora com certa limitação, da doença física, nessa vida. A religião, por outro lado, ultrapassa esse limite e garante assistência mesmo ao se perder a vida física, na vida futura, pós-morte.

Entende-se que essa promessa é o principal fator para a conquista dos pacientes com doenças graves. No entanto, talvez esse fato não tenha atualmente tanta importância para os pacientes com HIV/Aids, já que a possibilidade de morte nos pacientes aderentes ao tratamento com antirretrovirais está cada vez menos provável.

Para Weber (2004), por o homem ter a expectativa de ser salvo ele modifica sua conduta, buscando mais a pureza de sua espiritualidade.

O sagrado (numinoso) é, antes de qualquer coisa, a interpretação e avaliação do que existe no domínio exclusivamente religioso. É o elemento presente em todas as manifestações religiosas. Apresenta-se como sinônimo de ordem ética, aquilo que seria totalmente moral e bondoso ao extremo. Constitui-se no elemento imprescindível a qualquer religião, pois sem ele a religião ficaria descaracterizada (Otto, 1985, p. 13).

O conhecimento das religiões, a representatividade dos ritos e símbolos são valorizados por algumas escolas médicas como forma de promover uma formação integral do futuro médico.

Para Levin (2001, p. 4), “o envolvimento religioso merece ser reconhecido como um dos fatores significativos que promovem a saúde e o bem-estar entre muitos grupos de pessoas”.

A religião, sem dúvida, traz ajuda para uma paciente, mas por outro lado, não dá para seguir tudo à risca:

Religião é a nossa base de sustentação, sem religião também eu acredito que a gente não tem força pra poder passar por cada dificuldade que vai surgindo. (indagação do entrevistador) Dentro da minha religião católica, o sexo com camisinha, ele não é indicado, ele é criticado pela Igreja. No meu caso, eu tenho, hoje eu vivo com uma pessoa que não é soropositivo e tenho que ter relação com camisinha, por conta de proteger essa pessoa, né. Então, é contraditório dentro da minha religião. Então a religião, ela prega pra que a camisinha, ela não seja usada, mas sobre a doença em si, eu nunca vi nada diretamente relacionado ao assunto”. (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Minayo (1994, p. 57) afirma que “para os pentecostais, a doença é resultante da ação de entidades do mal que invadem o corpo. A cura se processa pela expulsão pública do mal por meio de um ritual de luta”. Para os espíritas, o autor considera que:

grande parte das doenças resulta da ação de espíritos obsessores e a cura se realiza por meio da educação desses espíritos menos desenvolvidos em um ritual que representa essa atividade pedagógica. No candomblé, a doença é causada pela ação prejudicial dos seres humanos ou entidades sobrenaturais. A cura se dá em um ritual de alianças entre entidades e humanos para recriar uma dinâmica de negociação (MINAYO, 1994, p. 57).

A diferenciação ocorre também no processo de cura, semelhante ao que ocorre no sistema médico oficial, que restringe ao corpo o espaço de intervenção e da mudança.

Embora a busca da cura pela religião atribua um caráter utilitário e prático aos atos e comportamentos dos fiéis, esses atores sociais ultrapassam tal mentalidade quando criam relações de fidelidade entre o devoto e o santo. A esse respeito, Durkheim (1989) caracteriza as religiões como sendo todas, em certo sentido, espiritualistas, já que as forças que as movimentam são, antes de tudo, espirituais e, é sobre a vida moral que elas têm a função de atuar.

No entanto, uma soropositiva entrevistada nota certo preconceito das religiões em relação à pessoa contaminada:

Bem, dentro de algumas religiões, eu vejo que há um certo preconceito. Eu não sei ser devido ainda às pessoas não saberem ainda informações sobre a questão do soropositivo, da pessoa HIV, que pega pelo contato com as mãos, pelo abraço. Tem religião que tem certo preconceito quanto a isso, mas quanto a outras religiões é bem esclarecido quanto a, em certas religiões é bem esclarecido, não vejo problema não. Com relação ao sexo, tem religião que fala sobre isso e tem religião que já não fala não. A minha religião fala que a pessoa soropositiva, ela é uma pessoa praticamente normal como todos os outros, só não tem, não pode fazer doação de sangue e, e convive normalmente com outras pessoas. Conforme o tratamento a pessoa vai adquirindo, ela vai se melhorando, e é bastante, assim, falado pelas pessoas, assim, que convive, que tem a respeito desse aspecto (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu 6 a 7 anos com soropositivo).

“A religião dá apoio, tenta compreender as pessoas doentes. Dá muito apoio, convive, sem nenhum preconceito. Nas religiões não tem isso”. (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Elias (2001) ressalta a importância dos sentimentos, da afeição recíproca entre duas ou mais pessoas para que se atribua significado à vida. Comenta sobre a importância do desenvolvimento científico, que nos possibilitou o aumento do conhecimento das causas das doenças.

Já Groopman (2004), em sua experiência no tratamento com pacientes com câncer, menciona que a esperança não cura, mas pode dar ânimo e inspira coragem ao paciente, assim como Elias (2001) afirma que o paciente esperançoso pode viver mais, ou não, porém, vive melhor consigo próprio. Mais uma vez, nota-se que os autores estão atribuindo ao sentimento de esperança uma melhoria na qualidade de vida, no enfrentamento de sua doença, sem que isto, necessariamente, represente prolongar a vida.

O psiquiatra César Vasconcellos Souza, *apud* Côrtes (2005) enfatiza a importância da atitude mental da esperança, contribuindo para a melhoria do funcionamento do sistema imunológico, na luta contra bactérias, vírus e doenças graves, como o câncer.

As igrejas também têm que desempenharem sua parte no esforço global para intensificar a ação contra a Aids (PIOT *apud* AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 9).

As igrejas são parceiras, mas às vezes, reforçam o estigma ao deixarem de abordar questões enfrentadas pelas pessoas no dia a dia.

O papel da UNAIDS seria o de estimular igrejas, teólogos e comunidades da fé para que continuem atacando os diversos problemas envolvendo a Aids (PIOT apud AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 9).

Da mesma forma que a Aids pode dividir pessoas, ela também pode uni-las, superando as diferenças, sejam elas políticas, geográficas ou religiosas.

As Igrejas precisam adaptar suas diretrizes às realidades dos jovens e das mulheres (PIOT apud AMMIGHT-QUINN, 2007, p.10).

O bom papel que as igrejas poderiam desempenhar no enfrentamento da Aids, seria

pregar virtudes morais como a abstinência e a monogamia, mas devem também dar apoio aos jovens para alcançarem metas mais simples, como adiar a atividade sexual para quando tiverem mais idade, para entenderem o risco a que estão sujeitos e saberem onde obter conselho e preservativo para proteger-se contra a infecção (PIOT apud AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 10).

“O trabalho das Igrejas é um instrumento vital para fortalecer a luta contra a Aids até garantirmos o acesso universal aos serviços essenciais e fizermos reverter a maré desta epidemia” (AMMIGHT-QUINN, 2007, p. 129).

Neste capítulo, percebem-se os grandes desafios enfrentados pelas pacientes soropositivas, além dos relacionados com a destruição das defesas imunológicas do portador. Optou-se por destacar apenas três dos aspectos relatados pelas pacientes entrevistadas, sendo eles: o medo, o preconceito e a sexualidade.

Embora o medo seja citado como um mecanismo de defesa da pessoa contra situações de ameaças, o que é bom, nas manifestações das entrevistadas, o caráter foi mais de preocupação com a morte devido à doença e, em algumas situações, adquirindo significado de pânico.

Esse sentimento de medo da morte é uma situação angustiante, pois, apesar de todo o avanço da ciência, proporcionando um avanço fantástico do conhecimento em todas as áreas, não conseguiu se livrar da insegurança e do medo do mistério que representa a morte.

Como componente desse medo manifestado pelas pacientes entrevistadas percebe-se, não somente o receio da morte, mas também a preocupação de ter a privacidade invadida.

O preconceito foi outro sentimento manifestado pelas pacientes ao serem indagadas sobre a doença das quais eram portadoras e parece que o impacto desse sentimento é maior que o próprio medo. Esse fato ocorre porque o medo foi consideravelmente reduzido com o advento dos antirretrovirais, porém o preconceito para com a doença e as pessoas soropositivas modificou-se muito pouco.

Algumas das mulheres entrevistadas destacam que o preconceito ocorre, inclusive, em ambientes religiosos.

O preconceito ao soropositivo representa um importante obstáculo ao controle da epidemia de HIV/Aids porque contribui para o isolamento do portador que vai sucumbindo com a doença, além de, eventualmente, ser responsável pela disseminação do vírus.

Atitude preconceituosa para com o paciente soropositivo é verificada também em profissionais de saúde, incluindo-se muitos médicos, fato este que é lamentável.

O sexo e a sexualidade ainda representam tabus em nossa sociedade e, assim como o medo e o preconceito, representa um importante desafio no enfrentamento da infecção pelo HIV em mulheres soropositivas.

Um erro comum é atribuir erroneamente o conceito de que HIV é igual a relação sexual, quando se sabe da existência de outras formas de contaminação.

Outro equívoco é atribuir a ocorrência da Aids como consequência da universal decadência dos costumes, devida a liberação sexual.

Características biológicas e sociais são os grandes responsáveis pela maior vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV.

As mulheres foram duramente castigadas pela Igreja Católica, que lhes impôs uma severa contenção da expressão da sexualidade, contribuindo muito mais para sua vulnerabilidade ao HIV do que para a prevenção da doença.

A doença para mulheres soropositivas funciona como forte estímulo para o enfrentamento do grave problema de saúde.

Há vários trabalhos demonstrando que a religião e a espiritualidade proporcionam suporte importante para que as mulheres soropositivas possam lutar contra a doença. Entretanto, apesar da importância da religião no enfrentamento da doença, as pacientes reconhecem a importância do tratamento médico e não entregam a própria sorte aos desígnios de Deus.

Autores clássicos como Berger (1995) reforçam a força da religião na defesa contra a anomia. Como 100% das pacientes entrevistadas declararam possuir uma

religião, esse fato realça a importância do fenômeno religioso na vida dessas pessoas.

Conclui-se, acerca da importância das religiões como forma de enfrentamento, que as religiões têm um papel fundamental ao preparar as pessoas para o enfrentamento dos grandes dilemas da vida, notadamente aqueles relacionados com as doenças.

3 O PAPEL DA FAMÍLIA NO COMBATE À DOENÇA

Neste capítulo, procura-se mostrar como a mulher soropositiva se sente em relação à família e como é percebido o comportamento familiar em relação a ela.

É interessante notar que a maioria das mulheres entrevistadas não teceu maiores comentários sobre o tema. Manifestações tácitas, tais como: “Nenhuma” (5.^a Ent., 42a, bordadeira, casada, evangélica ministério Comunidade Cristã, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo); “Fala sobre família, né” (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu cinco anos com soropositivo); outra, sequer informou à família de seu problema de saúde: “Nenhuma, porque ninguém sabe” (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).

O cuidado manifestado por uma das mulheres entrevistadas no contato familiar demonstra claramente o receio de ser discriminada pela doença e por essa razão, ela prefere o silêncio: “É uma coisa que a gente procura manter o sigilo” (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo).

Destaca-se o relato de uma das participantes, pois, segundo ela, a família vai ser influenciada pelo modo como ela enfrenta o problema. Então, se ela demonstra coragem e otimismo, a família atuará da mesma forma:

Tudo depende de como a gente, o paciente encara o problema. Se eu encarar de uma forma destrutiva, com certeza será desenvolvida da mesma forma. Eu encaro de forma como se isso fosse uma doença como outra qualquer. Eles vão ver da mesma forma. E é assim que a minha família age (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Essa necessidade de demonstrar segurança para influenciar o parente também é demonstrada por outra entrevistada: “Não deixei me abater, e mostrar pra eles e pra mim mesma, que eu era e sou capaz” (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Uma mulher declara não ter sofrido qualquer problema com a sua família: “Não, eu nunca tive problema familiar. Nem antes, nem depois. Eu nunca tive” (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

Em outra manifestação de uma das entrevistadas, o apoio mais importante não veio da família, mas dos profissionais que lhe dão suporte: “Amparada por meu médico e pela minha psicóloga, eu consegui levantar. Hoje eu sou tratada normalmente” (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).

Este capítulo foi dividido em três tópicos. No primeiro, estabeleceu-se um contraponto entre a importância para com a instituição família, manifestada pelas mulheres que participaram da pesquisa, com os conceitos apresentados por alguns autores que estudam o tema.

No segundo tópico, apresenta-se depoimentos das mulheres soropositivas que têm apoio da família antes e após terem adquirido o HIV. Nestas, o suporte familiar é muito importante para o enfrentamento da doença.

Na terceira parte do capítulo, destaca-se as manifestações das entrevistadas que se sentem não prestigiadas pelos familiares. São pessoas que apresentam uma estrutura familiar fragilizada.

3.1 A INSTITUIÇÃO FAMÍLIA E SEU VALOR

Assim como destacado no capítulo anterior, a religião tem uma importância muito grande no enfrentamento das dificuldades sentidas pelo paciente soropositivo. Neste, também, pode-se perceber essa importância, contando, agora, com o apoio da família: “Sobre família, tudo positivo, porque tudo que vem de Deus é pro melhor pra gente” (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Quando a fé se junta ao amor, a vitória fica mais próxima: “Amor, mais religião, força, as dificuldades estamos vencendo juntos” (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

A sexualidade, também discutida anteriormente, encontra-se associada tanto à família quanto à religião. Heilborn (2004, p. 9) inclui a sexualidade como parte da rede de relações que envolvem a religião e a família:

Família, sexualidade e religião, mais do que entidades possuidoras de uma natureza particular, constituem, para a abordagem socioantropológica, dimensões da vida coletiva que distinguem sistemas sociais. São redes de relações que envolvem múltiplos aspectos, tais como a reprodução biológica e social, encontros sexuais e sociabilidade, crenças e rituais, para mencionar apenas

algumas de suas instâncias. Os vínculos entre tais domínios são complexos, superpostos e diferenciados no que concerne à modelação da pessoa, para a qual esses sistemas são centrais.

Na modernidade, a identidade de cada indivíduo é integrada pela família e sexualidade.

O papel da família de produzir indivíduos que adquiram a capacidade de ser autônomos acaba gerando certa tensão estruturante, já que, para que estes indivíduos adquiram tal autonomia, há necessidade de afastamento do núcleo familiar (HEILBORN *et al.*2004, p. 10).

O processo de individualização se inicia na adolescência e juventude e tanto o grupo familiar quanto os grupos religiosos desempenham papéis significativos nesta mudança. Dentre os processos negociados, nessa fase, incluem-se a socialização em sexualidade, práticas e valores sexuais, conjugalidade, crenças e adesão e/ou conversão a uma religião.

Procura-se, agora, apresentar alguns aspectos teóricos sobre o tema, aproveitando a fala de autores que percorram um caminho que mais se aproxima do material colhido pela pesquisa.

Sarti (2011) destaca o status e o poder que a pertença ao grupo familiar poderá fornecer ao parente:

O uso do sobrenome para delimitar o grupo familiar a que se pertence, recurso utilizado pelas famílias dos grupos dominantes brasileiros para perpetuar o status (e o poder) conferido pelo nome de família, é pouco significativo entre os pobres. Como não há status ou poder a ser transmitido, o que define a extensão da família entre os pobres é a rede de obrigações que se estabelece: são da família aqueles com que se pode contar, isto quer dizer, aqueles que retribuem ao que se dá aqueles, portanto, para com quem se tem obrigações (SARTI, 2011, p. 85).

Dessa forma, o conceito de família adquire um sentido mais amplo:

A noção de família define-se, assim, em torno de um eixo moral. Suas fronteiras sociológicas são traçadas a partir de um princípio da obrigação moral, que fundamenta a família, estruturando suas relações. Dispor-se às obrigações morais é o que define a pertinência ao grupo familiar. A argumentação deste trabalho vai ao encontro da de Woortmann (1987), para quem, sendo necessário um vínculo mais preciso que o de sangue para demarcar quem é parente ou não entre os pobres, a noção de obrigação torna-se central à ideia de parentesco, sobrepondo-se aos laços de sangue (SARTI, 2011, p. 85).

Portanto, a família representa um tipo de relação na qual as obrigações morais constituem a base fundamental.

A família é representada pela soma dos indivíduos que a compõem, porém, existe um crescente processo de individualização cujo desafio maior tem sido o de individualização da mulher:

A vitória das formas políticas comprometidas com a ideologia individualista (seja sob a forma liberal ou socialista) e o conseqüente revigoramento de sua penetração cultural, as modificações na organização do mercado de trabalho nas sociedades metropolitanas, a paulatina adaptação das instituições à igualdade formal regularmente prevista nas ordenações jurídicas ocidentais e o recrudescimento da organização do 'feminismo', fizeram com que se desnudasse a principal fragilidade do modelo combinatório: não só a produção de indivíduos por ele ensejada se restringia na verdade fundamentalmente à produção de indivíduos masculinos, como o formato hierárquico interno exigia a manutenção da mulher em seu estatuto englobado face ao homem (DUARTE in RIBEIRO e RIBEIRO, 1995, p. 36).

O grande desafio da família ocidental moderna é a reformulação da combinação funcional entre o individualismo e a hierarquia, que tão bem atendia às necessidades da família tradicional.

A organização familiar é um fenômeno recente (Foucault, 1977 apud Ribeiro, 1995, p. 27). Esta categoria da família é exclusiva de nossa cultura central, "por força dos agenciamentos de valores muito próprios que a fundem e justificam" (DUARTE in RIBEIRO, 1995, p. 27).

A família ocidental moderna abarca a dimensão do patriarcalismo. A categoria família, no modelo ocidental moderno, é uma imposição do Direito Romano e da Doutrina Cristã (DUARTE in RIBEIRO, 1995, p. 28).

No século VIII, o novo valor cultural do indivíduo livre e igual trouxe profunda reestruturação da família, bem definida por Foucault (RIBEIRO, 1995, p. 29):

A família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve-se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo, que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança. (...) O que acarreta também uma certa inversão de eixo: o laço conjugal não serve mais apenas (nem mesmo talvez em primeiro lugar) para estabelecer a junção entre duas ascendências, mas para organizar o que servirá de matriz para o indivíduo adulto.

A nova família parece ser ao mesmo tempo naturalizada (considerando seu desenho como o mais puro e primitivo) e sacralizada (já que em tal forma expressa a essência do ser humano).

A Igreja Católica percebe a importância da família como reduto para a manutenção de sua concepção relacional e tradicional da pessoa, frente às transposições mundanas da hierarquia e da ordem sagrada.

Este aspecto é percebido na manifestação de uma das mulheres entrevistadas que, apesar de não se declarar católica, apresenta sua visão de proximidade da família com a religião ao afirmar: “Sobre família, tudo positivo, porque tudo que vem de Deus é pro melhor pra gente” (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Neste sentido, “cabará à família, como espaço do privado, o estatuto englobado da relação, da diferença, da hierarquia e, portanto, da ética” (DUARTE in RIBEIRO, 1995, p. 30).

A família entre as classes populares tem sido muito mais bem estudada que a família entre as elites.

A família das elites tende a acompanhar mais o modelo hegemônico, na concepção moderna de família, enquanto a família de classe popular se assemelha fortemente à família camponesa, conjugando a dimensão genérica do parentesco com a dimensão operacional do “grupo doméstico” (DUARTE in RIBEIRO, 1995, p. 34).

A família é a instituição mediadora entre o indivíduo e a sociedade (BILAC in RIBEIRO, 1995, p. 43). Essa mediação funciona também como instituição estruturante, como observa-se no depoimento de uma das mulheres que participaram da pesquisa de campo:

O que eu conheço, na verdade, é o que eu sinto que família é a base de tudo. Sem família, sem o apoio de família você não consegue lidar com a situação, né. A família tem muito mais medo, muito mais insegurança do que a gente que conhece do problema, a gente consegue lidar melhor com o problema que a própria família. A gente acaba ensinando a família a encarar melhor o problema, de forma mais amena, eu diria. Então eu vejo que família é essencial para que a gente possa lutar e ter um objetivo de vida maior. Sem família seria muito mais difícil (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Outra mulher entrevistada também confirma essa mediação da família, se pronunciando em sinal de alerta: “Falam, às vezes, da ausência da família hoje, principalmente hoje, na vida dos adolescentes, dos filhos, né, não só relacionado à

promiscuidade, ao chegar ao HIV, em relação as drogas, principalmente, porque há um certo abandono” (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

Além das relações internas, como divisão de papéis, poder e autoridade, a família também estabelece relações externas com outras dimensões da vida social, como o trabalho, a política, o Estado.

Na família das camadas populares ocorre a centralidade da relação mãe-filho, com as mulheres exercendo, além da “liderança expressiva” e da administração do consumo, a maneira como se leva dinheiro para casa.

A importância da figura materna fica patente com o contentamento manifestado por uma das mulheres entrevistadas com relação à postura de sua mãe:

A minha mãe foi uma das primeiras a me rejeitar, mas Deus também tocou no coração dela e ela abriu mão de tudo, da vida dela, a casa dela, e veio pra dentro da minha casa, cuidar de mim. E eu tenho um filho que é uma bênção e, assim, eles até me mimam demais, eu às vezes tenho que chamar a atenção deles que eu não sou inválida e nem tô louca (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Igualmente importante, é a centralidade da mãe no apoio à filha: “Eles ficaram do mesmo jeito. Há muito tempo que a gente é muito próxima. Eu e minha mãe, principalmente (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

Ao contrário do que ocorrem com as famílias das camadas populares, as famílias das camadas médias dispõem plenamente das condições necessárias para a sua efetivação, como empregos bem remunerados, direitos trabalhistas, acesso à escola, etc.

As transformações sociais nas famílias em diferentes classes sociais indicam que:

De forma imediata, nas camadas médias de consumo parece explicar melhor do que o trabalho os processos de transformação das relações familiares. E, se ao final, mesmo nas camadas médias, acabamos por desembocar na esfera do trabalho como base da explicação, a cadeia de mediações parece ser outra. Por outro lado, as relações de gênero também parecem perpassar diferencialmente a família (BILAC apud RIBEIRO, 1995, P. 59).

A família de antigamente composta de vários membros se transformou na família conjugal contemporânea, “em que um grupo de parentes, formado em torno

do casal e seus filhos mora harmoniosamente debaixo do mesmo teto” (FONSECA apud RIBEIRO, 1995, p. 70).

No entanto, não parece que a família extensa não tenha sido muito mais comum no passado do que agora, assim como as famílias chefiadas por mulheres e as nucleares não sejam, necessariamente, uma invenção da modernidade.

Características da família moderna, surgida no século XVII:

A família moderna é caracterizada pelos seguintes elementos: a - livre escolha do cônjuge e a incorporação do amor romântico ao laço conjugal; b - o aconchego da unidade doméstica ('lar doce lar') que se torna um refúgio contra as pressões do mundo público; e, finalmente, c - a importância central dos filhos e da mãe enquanto principal socializadora deles (FONSECA apud RIBEIRO, 1995, P. 72).

Devido ao crescente número de divórcios, tem aumentado os laços entre avós e netos, bem como a rede de ajuda mútua dos consanguíneos, notadamente entre mulheres.

O amor romântico, caracterizado pelo sentimento puro e livre, aos poucos vai sendo substituído pelo amor institucionalizado, contaminado por interesses, como status social, conforto econômico, alianças políticas (FONSECA apud RIBEIRO, 1995, p. 77). O amor romântico estaria mais associado ao comportamento transgressor.

A partir do século XVII, para que o casamento seja caracterizado como um casamento feliz há a necessidade do amor romântico.

“Em sequência ao casamento por amor e o casamento por interesse surge o casamento pelo prazer. A função reprodutiva do casal deixa de ser prioritária” (FONSECA apud RIBEIRO, 1995, p. 79).

A família assume um papel importantíssimo no desenvolvimento da cidadania, já que influencia a transmissão de atitudes. “É instrumento por excelência de socialização de crianças e da estabilização da personalidade adulta” (FONSECA, apud Ribeiro e Ribeiro, 1985, p. 83).

Percebe-se nas falas das mulheres que participaram da pesquisa a preocupação em ser exemplo para os filhos. Nota-se que na concepção de uma boa parte delas, a família é representada por elas e pelos filhos. O cônjuge quase sempre não é mencionado.

Nesse sentido, a família funciona como arma de Estado.

A Igreja e o Estado são instituições responsáveis pela promoção da família legalmente constituída. Porém, outras forças apresentam papel de importância nesta promoção, dentro e fora do casamento (FONSECA in RIBEIRO, 1995, p. 84).

O casal moderno esteia-se no princípio da igualdade, sem qualquer diferença hierárquica de gênero – é o casal igualitário (HEILBORN *apud* RIBEIRO, 1995, p. 94).

Essa igualdade, no entanto, apresenta um aspecto negativo na manifestação de uma das entrevistadas:

O pai e a mãe trabalham muito, aquela coisa. Os filhos ficam hoje mais por conta do mundo, né. Então é o que tá trazendo, hoje o índice de adolescentes com HIV é muito alto, tanto pelo uso de drogas, e pela promiscuidade em si, é um conjunto, um leva ao outro (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, Kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

Essa preocupação de que a ausência dos pais contribui para o aumento de risco de se contrair o vírus foi argumentado longamente por outra mulher:

Às vezes, a falta de, da família, do convívio familiar. Que os pais, por exemplo, têm que educar mais seus filhos. Tem que ser mais, assim, complacente com tudo. Então seria isso, em relação à família. Falam, as vezes, da ausência da família hoje, principalmente hoje, na vida dos adolescentes, dos filhos, né, não só relacionado a promiscuidade, ao chegar ao HIV, em relação as drogas, principalmente, porque há um certo abandono. O pai e a mãe trabalham muito, aquela coisa. Os filhos ficam hoje mais por conta do mundo, né. Então é o que tá trazendo, hoje o índice de adolescentes com HIV é muito alto, tanto pelo uso de drogas, e pela promiscuidade em si, é um conjunto, um leva ao outro (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

Heilborn (*apud* Ribeiro, 1995) trata da representatividade da relação entre casal e amizade, em que:

Um casal contém muito da relação social que a amizade representa nesse universo – apoio psicológico, companheirismo, embora ela admita uma certa interdição de relações sexuais –, mas dela se diferencia justamente pela ideia de precedência sobre as demais relações (HEILBORN *apud* RIBEIRO, 1995, p. 95).

Em se tratando da família dos pobres, Sarti (1995) acentua que:

A família entre os pobres urbanos é estruturada como um grupo hierárquico, seguindo um padrão de autoridade patriarcal, cujo princípio básico é a precedência do homem sobre a mulher, dos pais sobre os filhos e dos mais velhos sobre os mais novos. Em consonância com este modelo familiar, a organização doméstica é baseada no princípio da tradicional divisão sexual, em que o homem

é o provedor e a mulher a dona de casa (SARTI *apud* RIBEIRO, 1995, p. 136).

Tanto o homem quanto a mulher têm autoridade nas famílias pobres. O homem é o “chefe da família” e a mulher é a “chefe da casa”. A casa é identificada com a mulher; a família, com o homem (SARTI *apud* RIBEIRO, 1995, p. 136-137).

Apesar de não ter-se pesquisado a renda das mulheres entrevistadas, pode-se perceber que se tratam de pessoas pertencentes, em sua maioria, à classe média baixa e de pobres.

O papel do homem nessas famílias é muito mais de intermediar as relações entre a sua família e o mundo externo, do que o controle dos recursos internos da própria família.

O *ethos* familiar representa uma referência fundamental para essas famílias, e, por isso, há regras morais que precisam ser respeitadas. Embora representando posições subordinadas, os pobres sabem que o seu trabalho também têm valia, que os ricos dependem deste trabalho e, portanto, precisam ser reciprocamente respeitados por estes.

Para Sarti (1995),

quando tanto o marido como a mulher trabalham, o destino dos rendimentos obedece a um fluxo distinto. O homem provê as necessidades de sustentabilidade, teto, alimento. Já os rendimentos da mulher se destinam a um “extra”, como um cômodo extra, um móvel novo. Em algumas situações, quando as mulheres se tornam chefes de família ou quando o salário dos homens é menor, os rendimentos “extras” da mulher compõem o fundamental (SARTI *apud* RIBEIRO, 1995, p. 145).

Com as transformações vivenciadas pelas famílias pobres urbanas, se torna frequente a instabilidade conjugal, ocorre um exercício diluído da autoridade, com conseqüente aumento da margem de negociação.

O simbolismo da autoridade patriarcal pode ser entendido na analogia de Sarti (1995):

Quando afirmo que os pobres têm como referência simbólica um padrão de autoridade patriarcal que não é apenas seu, não estou, portanto, corroborando a tese do “triunfo da ideologia dominante” ou da “integração” dos pobres ao mundo ideológico capitalista, implicando sua “alienação” ou incapacidade de construções culturais próprias; mas implica pensar que a elaboração de traços culturais próprios se dá pela retradução, pela reinterpretação de matrizes, simbólicas socialmente dadas, com seus recortes, suas tensões e a ambigüidade de não ter apenas uma face (SARTI *apud* RIBEIRO, 1995, p. 147).

Quanto ao princípio da reciprocidade que fundamenta a moralidade dos pobres urbanos:

Essa definição passa necessariamente pela história. Os pobres urbanos, como todos nós, são herdeiros de uma matriz histórica. Embora não se possa pensar a articulação dessas duas lógicas – capitalista/individualista e não capitalista/hierárquica – como exclusiva do Brasil, o recorte pressuposto neste trabalho é o da “sociedade brasileira”, como a delimitação desta matriz simbólica de dupla face, à qual os pobres, como todos os brasileiros, estão referidos (SARTI *apud* RIBEIRO, 1995, p. 47).

Finalizando seu trabalho, Sarti afirma que:

Os pobres brasileiros constituem uma categoria relacional, cuja definição básica é sem dúvida o eixo econômico, mas cuja identidade social se constrói com base num processo contínuo de identificações e diferenciações que fazem parte da lógica social de um sistema diferenciador por excelência, tanto em sua faceta capitalista, que institui a desigualdade básica, como em sua faceta hierárquica, que reproduz reiteradamente diferenças complementares (SARTI *apud* RIBEIRO, 1995, p. 148).

Uma das entrevistadas não soube relacionar precisamente a influência da religião na família. No entanto, o enfoque na educação dos filhos aparece forte: “Às vezes, a falta de, da família, do convívio familiar. Que os pais, por exemplo, têm que educar mais seus filhos. Tem que ser mais, assim, complacente com tudo. Então seria isso, em relação a família (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

O preconceito manifestado pelos membros familiares: “Família, enquanto não acontece com ela, é só preconceito, depois eles avaliam de outra forma quando tem alguém da família soropositivo” (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

Esse preconceito aparece em forma de se imaginar o pior:

Então, assim, ainda existem ainda pessoas, é, como eu disse anteriormente, nessa internação minha, é, hoje eu perdi o contato com muitas pessoas porque elas foram me procuravam e agora, de vez em quando o telefone toca, aí eu conto que, como foi o meu ano de 2010, e, a primeira pergunta que eles me fazem é: nossa, então você tá bem magrinha, tá o couro e os ossos. Aí eu falo, não, pelo contrário, eu ganhei 25 quilos por, em razão dos medicamentos, que eu tive que tomar, que eu contraí uma bactéria que é muito forte e, mas, tá acertando nela e to aqui, firme e forte (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Vencer o preconceito foi determinante para outra entrevistada:

Eu sei que o preconceito em volta é muito difícil, a aceitação pros familiares foi difícil, mas hoje sei que eles me apoiam de todas as formas. A aceitação demorou, hoje a família inteira está junta comigo, me aceitando, me admirando, e me dando apoio. É o que mais eu tenho hoje, apoio de todo familiar”. (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

Já para outra mulher que fez parte da pesquisa, o preconceito familiar não existiu: “Família, assim eu, né, a minha família sempre me tratou bem, sempre me tratou normal. Não tinha preconceito nenhum” (11.^a Ent., 37a, técnica de enfermagem, solteira, católica, tem namorado, quatro anos de convivência com soropositivo).

Percebe-se, ainda, a mesma opinião de outra participante da pesquisa: “Mas assim, na maneira de tratamento, graças a Deus, esse preconceito eu não tive dentro da minha casa não, nem nenhum dos meus familiares” (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Para outra mulher, a Igreja alertava para que as famílias se preparassem, principalmente evitando manifestações preconceituosas contra os portadores da doença, já que havia a possibilidade de um de seus membros virem a contrair o HIV:

Toda vida a família teve um bom relacionamento comigo, assim porque a igreja sempre falava que na família, em cada família ia ter uma pessoa que ia se soropositivo. Mas eles não imaginavam que ia ser na nossa. E eu fui a escolhida, a privilegiada por Deus (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo).

Porém, nem sempre essa acolhida ocorre por parte dos familiares e o preconceito se manifesta. É hora, então, de a fé mostrar sua força:

Quando a minha família descobriu que eu era soropositivo, é, foi assim como se tivesse tido um terremoto e levado tudo. Fiquei só eu no meio do caos. Só que aos poucos as pessoas, assim, eles achavam que dali pra frente só ia ser problema, financeiro, tudo, que eu não tinha capacidade pra mais nada. Eles começaram, aos poucos, se aproximando, é, eu recebi apoio de pessoas que eu achava que não iam entender, e, fui respeitada onde eu achava que eu ia ser aceita. Isso é uma decepção muito grande, e aí que entra o fator fé. Não deixei me abater, e mostrar pra eles e pra mim mesma, que eu era e sou capaz (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Preconceito ou não, o familiar percebe a doença no seu parente com certo espanto. Assusta-se e depois se recompõe:

Só minha filha que teve um baque, mas hoje em dia pra ela é normal. Hoje ela tem 18 anos e na época tinha 14 anos. Só quem sabe é a

filha, o pai já falecido, a mãe, o esposo atual e minha irmã. Mais ninguém da família sabe porque isso é uma coisa pessoal (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há nove anos com soropositivo).

Há também a mesma manifestação de outra entrevistada:

Não. Entre todos da minha família que sabem, não é todo mundo, mas, o comportamento, assim, a minha mãe ficou sabendo, ela já é falecida já, ela ficou assim, chateado pelo fato, mas sempre me alertou dos riscos. Não nunca ter deixado de me alertar. Mas ela ficou, assim, um pouco bem chateada, triste com a notícia, mas depois ela falou não, assim, a gente tá aqui para te apoiar em todos os sentidos que você precisar, e ela sempre me apoiou em vida (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu seis a sete anos com soropositivo).

Percebe-se pelas manifestações que a maioria dos familiares se assusta com a presença do HIV em um dos membros da família. E as reações podem ser tanto de apoio como de preconceito. Quando ocorre o apoio é notório o benefício para a pessoa portadora do vírus. Já quando não ocorre o apoio familiar, então, a pessoa doente procura, muitas vezes, conforme demonstrado nas entrevistas, o apoio da religião.

Dois modelos de família são apresentados pela literatura antropológica e sociológica: a família patriarcal, classicamente presente na obra de Gilberto Freire, e a família conjugal moderna, onde se destaca o individualismo e o princípio da igualdade (ALVES *apud* HEILBORN *et al.*, 2004, p. 19).

No modelo patriarcal de família, realçam-se as relações de reciprocidade e o complemento entre as gerações. Na família conjugal moderna, a ênfase está na igualdade entre os sexos e a centralidade nos filhos. Heilborb (2004) ao citar Couto (2004) relata que,

existe uma complexa e dinâmica relação entre família e religião. Tal relação evidencia certo conflito na estrutura da família. Ou seja, ao mesmo tempo em que nas famílias pobres se prepara o filho para a individualidade, este tem que manter o respeito aos padrões próprios da família. O mesmo ocorre com a religião. O pluralismo religioso está presente entre os membros de uma mesma família. Assim, a individualização do membro da família e a liberdade para a escolha da expressão religiosa que o convenha, possibilita a adoção de sistema religioso diferente daquele compartilhado pelos membros da família (COUTO *apud* HEILBORB, 2004, p. 207).

A ideia de família nuclear, com definição clara da divisão de papéis para os gêneros e centrada na autoridade masculina, é bem clara para os que tiveram uma educação, pelo menos em parte, evangélica.

A relação com o cônjuge, que foi contaminado por ela, aparece forte em um dos depoimentos:

Meu esposo também me dá total apoio, assim como eu também dou para ele, porque ambos somos soropositivos. Meu esposo é uma pessoa muito boa. Assim, às vezes, no começo, eu achei ele um pouco indiferente comigo, mas de tal forma porque, quando eu descobri, eu tive que passar pra ele porque não tinha como, a gente tinha relação, né, eu passei prá ele e eu vi que ele ficou meio assustado, meio assim, surpreso também, mas aí a gente sentou, conversou e eu passei todas as informações prá ele, falei que ele teria que fazer um tratamento. Mas, assim, com o tempo, nós dois fomos juntos, vencendo essa batalha aí (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu seis a sete anos com soropositivo).

De acordo com RIBAS (*apud* DUARTE, 2006, p. 254), práticas e valores da família e da religiosidade sofreram mudanças com a modernidade. A sociedade atual é complexa e heterogênea, onde há conflitos da família, da religião e da religiosidade com a modernidade de pensamentos e valores da sociedade, sendo que a modernidade ainda está fortemente atrelada ao critério religioso.

Conforme Ribas (2006), o *ethos* privado, “enquanto espaço individualista moderno que agrega dimensões como sexualidade, reprodução, moralidade e comportamento familiar”, possui dois valores básicos: o primeiro é o “naturalismo”, que faz adoção da razão humana para compreensão do mundo físico; o segundo é o “subjetivismo”, que trata da liberdade pessoal de escolha.

A relação sexualidade/reprodução, como a área mais sensível à ênfase subjetivista, é a que afeta mais profundamente a família.

No contexto religioso e não-religioso em que se insere, “a família está situada como sendo parte de uma “ordem pública”, já que esta está dotada de uma responsabilidade de cultivo de consciência cristã” (Alves *apud* HEILBORN *et al.*, 2004, p. 256).

Mudanças nas famílias, de acordo com dados do último censo: (RIBAS *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 256):

- Diminuição de casamentos religiosos e civis.
- Crescimento de lares unipessoais.
- Crescimento dos lares chefiados por mulheres.
- Mudanças na religião, com proliferação dos grupos pentecostais e intenso trânsito de fiéis pelas muitas possibilidades religiosas oferecidas (RIBAS *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 256).

- Contradições gerenciadas e legitimadas por mulheres que se mostram decididas a realizarem seu desejo de maternidade por meio de intervenção médico versus fidelidade aos dogmas de suas opções religiosas.
- Escolhas pessoais e opções religiosas “negociadas” (A estratégia é o segredo com os demais membros da família).
- O sincretismo religioso ampliando os laços familiares – “família terrena” e “família espiritual” (RIBAS *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 258).
- Ameaça à integridade da família (prática pedagógica pautada no individualismo e na liberdade) - escola francesa.

Para os membros da Renovação Carismática Católica, as famílias nucleares contemporâneas não estariam desempenhando mais suas funções, graças aos valores individualistas e a sua moral sexual. Dessa forma, a vida coletiva “fora do mundo” seria a alternativa capaz de proteger os indivíduos.

As mudanças nos papéis familiares na modernidade criaram um conflito: de um lado, a afirmação da individualidade, com a transformação da intimidade pelo abandono da tradição e, do outro, a responsabilidade e o respeito para com os vínculos familiares (SARTI, *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 19).

Este conflito é manifestado em uma das falas das pacientes entrevistadas: “A família sempre teve problema. Não era muito unido, sabe. Com meu irmão, com minha mãe” (21.^a Ent., 46a, dona de casa, casada, católica, tem parceiro, não sabe se já conviveu com parceiro soropositivo).

Entre os pobres, entretanto, as relações familiares seguem o padrão tradicional de autoridade e hierarquia.

Pesquisa de campo focalizando a moralidade na família, que depois se estendeu ao bairro e as relações de vizinhança, mostra que a moralidade nas relações familiares influencia o sistema de valores que determina a maneira pela qual os pobres se relacionam no mundo social e se ajustam ante ele.

A moralidade apresenta-se numa perspectiva durkheimiana, pois “busca compreender qual é a interpretação que os sujeitos envolvidos fazem de sua experiência de vida, expressa em suas normas e valores” (SARTI, *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 21).

A família funciona como uma referência simbólica para os pobres, independente se dentro ou fora da casa.

Assim, para Sarti (2011, p. 22), “a família, pensada como uma ordem moral constitui o espelho que reflete a imagem com a qual os pobres ordenam e dão sentido ao mundo social”.

O pesquisador, ao trabalhar com tais populações, precisa ser apresentado por alguém da própria comunidade, que transmita confiança e não represente uma ameaça externa.

As pessoas pesquisadas sugerem ao entrevistador que faça contato com pessoas de suas confianças e que, ao mesmo tempo, destaque as benesses do bairro e lhes sejam confiáveis (SARTI *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 25).

É muito importante que o pesquisador se inteire com a população estudada, pois ao conquistar a confiança das pessoas, sua pesquisa adquire maior qualidade, já que fica mais fácil a interpretação da relação que os pobres têm uns com os outros.

As melhorias de saneamento presentes nos grandes centros urbanos se contrapõem ao desemprego, à redução dos salários e à insegurança presentes nestes locais.

A redução dos salários obriga mães e filhos a se incorporarem à força de trabalho, comprometendo de certa forma os cuidados maternos.

Como os pais, em sua maioria não dominam a leitura devido às dificuldades encontradas na cidade para estudarem, depositam nos filhos a esperança de alcançarem melhores status com o domínio da leitura.

A família é responsável por relacionar o indivíduo com o mundo social, na população de pobres urbanos.

Como não existem instituições públicas eficazes, a família acaba sendo o grande responsável por promover a adaptação do indivíduo, inclusive os nascidos na cidade, ao meio urbano e à vida cotidiana.

Ainda sobre a importância da família, Sarti (2006), discorre:

A família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo da sua sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social. Em poucas palavras, a família é uma questão ontológica para os pobres. Sua importância não é funcional, seu valor não é meramente instrumental, mas se refere a sua identidade de ser social e constitui a referência simbólica que estrutura sua explicação do mundo. Como as espécies animais no totemismo, de acordo com a análise de Lévi-Strauss (1986), a família para os pobres é ‘boa para pensar’ (SARTI *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 52-53).

Corroborando com as informações destes autores, uma das entrevistadas afirma:

Bom, eu não conheço nada assim mais profundo. O que eu conheço, na verdade, é o que eu sinto que família é a base de tudo. Sem família, sem o apoio de família você não consegue lidar com a situação, né. A família tem muito mais medo, muito mais insegurança do que a gente conhece do problema, a gente consegue lidar melhor com o problema que a própria família. A gente acaba ensinando a família a encarar melhor o problema, de forma mais amena, eu diria. Então eu vejo que família é essencial para que a gente possa lutar e ter um objetivo de vida maior. Sem família seria muito mais difícil (12.^a Ent., 42a, administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Com a inserção dos filhos e da mãe no mercado de trabalho, houve uma inversão na vida da família, deixando o pai de ser sua autoridade máxima.

Ao longo da vida familiar, o pai abusou das prerrogativas que o colocavam como autoridade máxima do grupo familiar, uma vez que não mais cumpria com os deveres que tal posição requeria. Desta forma, as mulheres não mais reconheceram essa autoridade como legítima, deixando de ser obedientes a ela.

A perda de autoridade paterna abalou a base de sustentação dos padrões patriarcais, fundamento da família pobre.

Para Sarti (2006),

esses padrões perdem sentido com a urbanização e modernização do País, embora a força simbólica do padrão patriarcal ainda exista, constituindo evidente maneira de afirmação da autoridade masculina na mediação da família com o mundo externo. A ausência do homem 'provedor', de teto, alimento e respeito (SARTI *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 58).

A mulher, no seu papel de dona de casa consegue fazer com que o dinheiro, embora pouco, dê. A alimentação tem prioridade na hierarquia dos gastos. Os que trabalham, comem mais. Os homens trabalhadores/provedores comem mais que as mulheres.

Há um compartilhamento de papéis entre os membros de uma mesma família, mas há uma distinção desses papéis. O papel do pai é trabalhar, trazendo dinheiro para casa e, ao mesmo tempo, impor respeito por meio de uma moral exemplar.

Portanto, para merecer respeito, o homem tem que ter moral. Tem que ser exemplo. Falta-se a moral, então, não merece ser respeitado e não consegue mais se impor perante os membros.

A casa está contida na família, porém, está em um plano secundário, quando se compara à união dos membros da família.

O homem é considerado o chefe da família e a mulher, a chefe da casa (SARTI *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 63).

Assim, pode-se definir a autoridade do homem e da mulher:

O homem corporifica a ideia de autoridade, como mediação da família com o mundo externo. Ele é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. Sua presença faz da família uma entidade moral positiva, na medida em que ele garante o respeito. Ele, portanto responde pela família. Cabe à mulher outra importante dimensão da autoridade, manter a unidade do grupo. Ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar. É a patroa, designação que revela o mesmo padrão de relações hierárquicas na família e no trabalho (SARTI *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 63-64).

A família é mais ampla do que a casa. Ela ultrapassa os limites da casa (SARTI *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 65).

As famílias pobres possuem maior risco de desestruturarem o núcleo conjugal devido aos empregos incertos e às uniões instáveis.

Nas famílias pobres não é incomum as rupturas conjugais devido ao fracasso do homem que não consegue cumprir seu papel de provedor da família, bem como, devido também à desilusão da mulher que vê fracassado seu projeto do casamento.

As mulheres que assumem o papel de provedoras da família não sentem tanto o peso desta responsabilidade, já que estão acostumadas a trabalhar. A questão está em manter a dimensão do respeito, sem a presença da figura masculina (SARTI *apud* DUARTE *et al.*, 2006, p. 67).

É comum nas famílias chefiadas por mulheres, o filho mais velho assumir o papel de chefe de família, mantendo-se, dessa forma, o respeito.

Para as famílias que cumprem os ciclos de desenvolvimento da vida familiar sem rupturas,

o pai/marido tem papel central numa relação complementar e hierárquica com a mulher, concentrada no núcleo conjugal, ainda que essa situação não exclua a transferência de atribuições à rede mais ampla, em particular, quando a mãe trabalha fora (SARTI *apud* HEILBORN *et al.*, 2004, p. 69).

Nas famílias desfeitas e refeitas, esse referencial se desarticula, deslocando-se do núcleo conjugal/doméstico para rede mais ampla, principalmente para a família consanguínea da mulher.

Não é necessariamente o controle dos recursos internos do grupo familiar que fundamenta a autoridade do homem. Mais importante que isso, é o seu papel de intermediário entre a família e o mundo externo.

A autoridade da mulher para se efetivar precisa da figura masculina, ou seja:

O papel fundamental da mulher na casa dá-se, portanto, dentro de uma estrutura familiar em que o homem é essencial para a própria concepção do que é a família, porque a família é pensada como uma ordem moral, onde o homem representa a autoridade (SARTI *apud* DUARTE *et al*, 2006, p. 70).

Nas palavras da própria autora, “mesmo quando ele (o homem) não provê a família, sua presença ‘desnecessária’ continua necessária” (SARTI *apud* DUARTE *et al*, 2006, p. 70).

Os filhos representam instrumentos de desvinculação da família de origem ao constituírem uma nova família, apesar de darem aos pais um estatuto de maioridade.

As crianças são amparadas pela sociedade em caso de instabilidade familiar:

Nos casos de instabilidade familiar, por separações e mortes, aliada à instabilidade econômica estrutural e ao fato de que não existem instituições públicas que substituam de forma eficaz as funções familiares, as crianças passam a não ser uma responsabilidade exclusiva da mãe ou do pai, mas de toda a rede de sociabilidade em que a família está envolvida (SARTI, 2011, p. 77).

Para que o casal goze de maior respeitabilidade é preferível que não esteja unido somente pela união consensual, mas que o vínculo se estabeleça por meio do casamento legal e do religioso, já que os últimos são considerados superiores.

Em relação ao plano moral, os pobres se sentem ricos, ou seja, superiores. E os ricos, embora tendo riqueza material, podem não dispor de riqueza moral, o que os torna inferiores.

Por meio do trabalho e da família, os pobres conseguem construir sua identidade social positiva.

Os pobres que não têm a virtude proporcionada pelo trabalho e pela família, são, então, considerados pobres mesmo.

Assim, pode-se entender a importância central da família:

Ter a família como referência simbólica significa privilegiar a ordem moral sobre a ordem legal, a palavra empenhada sobre o contrato escrito, o costume sobre a lei, o código de honra as exigências dos direitos universais de cidadania, julgando e avaliando o mundo social com base em critérios pessoais, dos quais decorre a dificuldade de estabelecer critérios morais universalistas (SARTI, 2011, p. 130).

Apesar da importância manifestada pela maioria das entrevistadas, algumas preferem guardar para si o diagnóstico de sua doença, talvez como forma de preservar os membros de sua família de uma tristeza: “Minha família ninguém sabe, só eu mesma. Então eu procuro tá mais com eles, eu sinto como se eles fossem a minha família”. (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu 9 anos com soropositivo).

Neste subitem, percebe-se que as manifestações apresentadas pelas mulheres infectadas estão de acordo com o que apresentam os autores, ou seja, a instituição família representa um abrigo importante para o crescimento e maturidade do indivíduo, mas também possibilita o vínculo desse membro com a sociedade. Apresenta também função importante no apoio, ou não, no enfrentamento da doença, conforme será tratado adiante.

3.2 A FAMÍLIA QUE APÓIA ANTES E APÓS O HIV

Foi bastante comum às entrevistadas a referência em relação ao apoio recebido pela família:

A família sempre me tratou da mesma forma, antes e depois do HIV (18.^a E., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há 9 anos com soropositivo); Família, assim eu, né, a minha família sempre me tratou bem, sempre me tratou normal. Não tinha preconceito nenhum (11.^a Ent., 37a, técnica de enfermagem, solteira, católica, tem namorado, quatro anos de convivência com soropositivo).

Além disso, menciona-se, também, o apoio pelo interesse despertado pela doença:

O meu esposo é falecido igual eu falei e não tem muito contato com minha família. Minha família, os meus filhos não são filhos dessa pessoa que eu contraí o vírus. E o que mudou com a minha família e a respeito da soropositividade, eles ficaram assim muito interessados em saber e a me acompanhar (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo).

O apoio da família, em geral: “Me deram muito apoio, não mudaram nada em relação a minha doença” (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “E minha mãe, a família toda ficou do meu lado. Foi o que me deu força pra mim começar o tratamento. E hoje eu tô outra pessoa hoje, bem diferente”. Separou-se do marido depois que ficou sabendo do

HIV (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu cinco anos com soropositivo).

Um apoio especial por parte dos filhos: “Minhas filhas, minhas filhas, melhorou. Me apoiam mais” (15.^a Ent., 51a, diarista, viúva, espírita, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Ninguém sabe. Os filhos sabem. Depois que eles ficaram sabendo eu acho que eles ficaram assim, mais carinhosos, mais pacientes, eles foram para esse lado. São muitos discretos. Já são rapazes” (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo); “Depois que alguém deles ficaram sabendo, mudou bastante. Mais carinhosos, mais preocupados, mudou para melhor. Os filhos, muito melhor, melhorou bastante” (24.^a Ent., 40a, babá, solteira, católica, não tem parceiro, não sabe se já conviveu com soropositivo).

Nesses depoimentos, percebe-se, claramente, que o apoio familiar até se intensificou com o fato de ter uma parenta infectada pelo HIV na família. A suposta fragilidade da mulher infectada parece despertar mais atenção e carinho por parte do familiar.

Os apoios dos filhos e do marido reforçam os laços familiares: “É, na verdade, os meus filhos ficaram sabendo tem pouco tempo. Antes, era normal. Continua da mesma forma” (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo); “Toda vida meus filhos me trataram bem. Quem sabe são só meus filhos. E meu marido” (25.^a Ent., 63a, agropecuarista, divorciada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Reconhecimento pelo apoio recebido: “Não, eles me deram o maior apoio” (4.^a Ent., 54a, porteira, viúva, espírita, sem parceiro atualmente, conviveu com soropositivo).; “Melhorou. Hoje eles me tratam com mais carinho. Os meus filhos. O meu marido me trata com mais carinho, lembra meu remédio todos os dias. Me carrega no colo. Eu acho importante” (25.^a Ent., 63a, agropecuarista, divorciada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Mais uma evidência de que a doença funciona como fator de fortalecimento dos laços familiares: “A minha família se uniu, muito mais e eu sinto muito mais amada, por todos” (26.^a Ent., 31a, publicitária, casada, evangélica Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Ficou mais forte porque o sentimento de amor parece que ele fica ainda mais sensível. O amor que eles têm por mim, o zelo, cuidado, então se torna muito maior. A família teve um

comportamento de apoio e após o HIV, mais ainda” (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Novamente, a importância do apoio dos filhos: “Os filhos, os irmãos apoiam, mas tem um que não sabe. Mas os filhos dão o maior apoio, a mais velha tem 30, a mais nova 23 e eles dão o maior apoio, as coisas que precisar, remédio, essas coisas, tudo elas dão o maior apoio. Convivem tudo comigo” (13.^a Ent., 50a, do lar, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

O apoio familiar buscado pela pessoa ao receber o diagnóstico da infecção pelo HIV parece seletivo. No caso de uma das manifestantes, este apoio foi buscado em um irmão, de quem já tinha ajuda anteriormente para outras situações de sua vida: “Só tem um irmão que sabe. Os outros, a partir do momento que eu continuei sendo uma pessoa normal, nem sabem das minhas limitações” (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).

No momento em que se fica sabendo da doença, o parente sente um baque, mas, depois, acaba apoiando. Este apoio é percebido nesta manifestação: “A minha filha, que hoje, da minha relação antes de ser soropositiva, só restou minha filha, porque meu pai faleceu e minha mãe, para ela, é uma coisa normal porque ela não sabe. A minha filha ficou abatida, mas hoje para ela é uma coisa normal” (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há nove anos com soropositivo).

Aqui, também, se percebe este receio, mas, depois, vem o apoio: “Alguns tratam mais bem, outros tratam um pouquinho ruim, mas é mais ou menos do mesmo jeito de antes da doença. Meus filhos ficaram na mesma quando souberam” (21.^a Ent., 46a, dona de casa, casada, católica, tem parceiro, não sabe se já conviveu com parceiro soropositivo).

Na manifestação de uma das entrevistadas, o segredo foi mais importante, embora tenha recebido o apoio de um irmão, além do apoio profissional:

Para a minha família não mudou nada porque além de eu ser a mola mestre da família, eu não quis deixar transpassar, contei com a ajuda primeira do meu médico que foi a minha, a minha, o meu porto seguro, depois com a ajuda de uma psicóloga que me conhece há 30 anos, e o meu moral de vida que toda vida foi uma coisa sem um pingão de, toda vida foi muito pautada na retidão (1.^a Ent., 60a, curso superior direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).

Mesma atitude manifestada por três outras entrevistadas: “Ninguém sabe” (14.^a Ent., 30a, do lar, solteira, evangélica Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Eu nunca cheguei a contar isso para eles. Só eu sei da minha doença. O comportamento deles é o mesmo” (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu 9 anos com soropositivo); “É uma coisa que a gente procura manter o sigilo” (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo).

Entretanto, para algumas pacientes, o fato de terem adquirido a doença em nada modificou o comportamento da família, que, de um modo geral, permaneceu apoiando a parenta contaminada pelo vírus HIV.

Para uma das mulheres entrevistadas, o apoio da família não teve diferença antes e depois do diagnóstico da doença: “Não teve diferença, continuou da mesma forma” (5.^a Ent., 42a, bordadeira, casada, evangélica Ministério Comunidade Cristã, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

Deixar a família de fora do seu problema de saúde mereceu destaque no conjunto das entrevistas. Talvez porque o HIV e a Aids, carregados de preconceitos, exijam uma postura mais reservada por parte das pessoas acometidas: “Então teve nenhuma, no momento em que eu fiquei desesperada tudo mundo sabia que eu estava desesperada, sem saber por quê. E nem eu fui louca de dizer por que” (1.^a Ent., 60a, curso superior direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).

Segundo SARTI in RIBEIRO (1995), na concepção dos pobres, família guarda direta relação com aqueles em quem se pode confiar.

No entanto, como se percebe nos depoimentos, nem sempre a mulher contaminada se sente à vontade para expor seu problema ao grupo familiar, embora reconheça e deseje o apoio desse grupo.

Mais depoimentos de reconhecimento pelo apoio concedido pelas pessoas que constituem o grupo familiar:

Uai, a minha família sempre no começo, quando eles descobriram, né, sempre eles me tratou bem. Quando eu tava doente cuidaram muito bem de mim, e até hoje, eles sempre me tratou normal. Desde o começo e agora tiveram do meu lado sempre e sempre (11.^a Ent., 37a, técnica de enfermagem, solteira, católica, tem namorado, 4 anos de convivência com soropositivo).

Vários outros depoimentos apontam na direção desse apoio por parte da família: “Hoje, nada mudou, só carinho, amor, admiração. Minha mãe e minhas irmãs, minhas cunhadas” (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos); “Então, todos que sabem da família, nenhum, não houve discriminação, não” (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo); “Me deram muito apoio, não mudaram nada em relação a minha doença” (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

O apoio nem sempre ocorre de imediato por parte dos familiares, devido ao impacto que a doença causa, mas depois, vem naturalmente: “A aceitação demorou, hoje a família inteira está junta comigo, me aceitando, me admirando, e me dando apoio. É o que mais eu tenho hoje, apoio de todo familiar” (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

Mudou muito. Minha família quase não aceitou não aceitou isso não. (Como está hoje?) Hoje está aceitando. Meus irmãos agora aceitam, não falam mais nada não. Minha mãe não aceitava não, mas como minha mãe já faleceu, mas ela acha preconceito. Meus irmãos tão aí numa boa (6.^a Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu 8 anos com soropositivo).

“Quando foi descoberto houve, primeiro momento, é o medo que surge na cabeça das pessoas, na cabeça de cada um, até conhecer melhor o problema” (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Enfim, o apoio familiar também é demonstrado pelo sofrimento que seus membros apresentam ao saberem o diagnóstico da doença:

Ninguém acreditava que eu ia dar soropositivo, que, que não ia, que não vai acontecer com você que já sofreu demais na vida, não é possível, que jamais vão dar uma dessa pra você. Aí, quando aconteceu, a maioria das pessoas, meus irmãos afastou de mim, e todos eles perderam 6, 7 quilos, em vez de ser eu a perder, é eles que perderam. Eles se preocupam mais comigo do que com eles mesmos. Eles me amam, né. Graças a Deus, que eles me amam. Minha família me ama” (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu 3 anos com soropositivo).

Da mesma forma, essa tristeza é relatada por outra pessoa: “Não, eles ficaram muito tristes, até hoje” (4.^a Ent., 54a, porteira, viúva, espírita, sem parceiro atualmente, conviveu com soropositivo).

É bastante perceptível no comportamento das mulheres que participaram da pesquisa que o fato de omitirem a doença para algumas pessoas da família ou para todo o grupo familiar, não é de receio de sofrerem preconceitos ou críticas. Mas, na maioria das vezes, o que essa conduta visa é evitar que os parentes sofram ao saberem que são possuidoras de doença grave, inclusive, com séria ameaça à vida. Essa postura é bastante comum nos depoimentos.

A filha ficou abatida, mas apoia:

A minha filha, que hoje, da minha relação antes de ser soropositiva, só restou minha filha, porque meu pai faleceu e minha mãe para ela é uma coisa normal porque ela não sabe. A minha filha ficou abatida, mas hoje para ela é uma coisa normal (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há 9 anos com soropositivo).

Para uma das mulheres que participou da pesquisa, o não apoio é mais comum em pessoas fora da família: “Ninguém da minha família teve preconceito nenhum. Só aconteceu um preconceito de uma pessoa, uma pessoa que por sinal, é advogada, certo”. (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).

A escolha do familiar que deve saber da doença contribui para o apoio: “E eu sou uma pessoa que jamais posso falar de família. Minha família me apoiou desde o início. Alguns membros de minha família não sabem, mas os que sabem me apoiam”. (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo).

É relevante notar que pelo menos três das mulheres entrevistadas não ficaram à vontade para contar sobre a sua doença para algum familiar: “Minha família não sabe. Antes me tratavam bem” (14.^a Ent., 30a, do lar, solteira, evangélica Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Minha família me trata muito bem, mas eles não sabem que eu tenho a doença. Sempre me trataram muito bem” (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu 9 anos com soropositivo); “A família dos meus pais, os meus irmãos, eles não sabem. Sempre me trataram bem” (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo).

Para grande parte das entrevistadas, o apoio familiar simplesmente continuou após o diagnóstico da infecção pelo HIV: “Não teve diferença, continuou da mesma forma” (5.^a Ent., 42a, bordadeira, casada, evangélica Ministério Comunidade Cristã, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo); “Era normal, me tratavam

normalmente, sem, não tinha muita restrição não. Era normal mesmo, com brigas normais” (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Toda vida foi bem tratada” (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Bom, na minha vida, as pessoas sempre me trataram de uma forma, é, bem próximas” (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Ainda com manifestações de continuidade do apoio familiar: “Sempre minha família foi maravilhosa e hoje, também, continua da mesma forma” (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos); “Minha família sempre me tratou muito bem” (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo); “Sempre me trataram bem. Nem todo mundo sabe” (24.^a Ent., 40a, babá, solteira, católica, não tem parceiro, não sabe se já conviveu com soropositivo).

A discricção da família também é uma importante forma de apoio: “Sempre fui muito próxima dos meus irmãos, dos meus pais, enfim, das pessoas que hoje conhecem do assunto e que são só eles que conhecem parentes de segundo e terceiro grau, que têm conhecimento. Mas a gente nunca falava sobre o assunto” (12.^a Ent., 42a, administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).

Mais depoimentos reforçando apoio antes e depois dos familiares saberem que um de seus membros encontrava-se com o HIV: “Toda vida me trataram bem, sempre me tratou com muito respeito, muito mesmo” (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu cinco anos com soropositivo.); “Sempre fui bem tratada pela minha família, muito bem tratada, eu não tenho nada a reclamar” (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu de seis a sete anos com soropositivo); “Não, não mudou não, continuou do mesmo jeito. Não teve mudança nenhuma. Apoiando, sempre me apoiou” (11.^a Ent., 37a, técnica de enfermagem, solteira, católica, tem namorado, quatro anos de convivência com soropositivo.); “Não houve mudança não. Minha família sempre me apoiou, antes e depois da doença. Minha família sempre me apoiou muito. Nunca tive problema de família não” (15.^a Ent., 51a, diarista, viúva, espírita, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Embora mais raro uma das mulheres participante referiu-se a família do cônjuge: “A família do meu marido também nunca teve nenhum problema” (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo).

No presente subitem, percebe-se que as pacientes entrevistadas recebem o apoio familiar como um importante estímulo para o combate à sua doença. Foi bastante significativo o fato deste vir dos filhos. As pacientes transpareceram muita emoção ao reconhecerem esse tipo de apoio. Além de receber dos cônjuges, das mães e dos irmãos. Essa pareceu ser a família mais reconhecida pelas pacientes.

Boa parte dos depoimentos revela que elas recebiam apoio antes e que esse continuou após o aparecimento da doença. Em alguns casos, de maneira mais intensa do que antes dos parentes saberem da doença.

3.3 A FAMÍLIA QUE NÃO APÓIA

A falta de apoio familiar foi objeto de manifestação apresentada por uma parte significativa das mulheres soropositivas entrevistadas. Manifestações do tipo: “Quando a minha família descobriu que eu era soropositivo, é, foi assim como se tivesse tido um terremoto e levado tudo. Ficou só eu no meio do caos. E assim, a minha família, achou assim que eu deixei de fazer parte da família” (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Para Sousa, as reações da família sofrem forte influência da sociedade:

Acreditamos que as reações da família e do portador do HIV/Aids decorrem da percepção sobre a doença e assim comportam-se influenciados por uma gama de significados estigmatizantes que envolvem a doença e que foram construídos socialmente, podendo interferir nas relações dentro e fora do grupo familiar (SOUSA, 2004, p. 2).

Alguns depoimentos manifestando o sentimento de pouco ou nenhum apoio por parte dos familiares: “Antes, era uma convivência normal” (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu dois anos com soropositivo); Convivia bem, ainda mais com minha irmã, tinha compreensão (13.^a Ent., 50a, do lar, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo); Era diferente. Me tratava melhor. Depois é que veio a discriminação (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica, igreja Deus é Amor, parceiro soropositivo, convivem há

22 anos); “Não, não influenciou em nada” (27.^a Ent., 41a, do lar, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Como se percebe nas manifestações acima, para algumas das mulheres soropositivas houve redução do apoio familiar após os parentes terem conhecimento do diagnóstico.

Conviver com o HIV é ir em direção a um mundo invisível, numa interação portador/doente, família, sociedade, com influências positivas ou negativas nesta relação.

Ocorre o afastamento de integrantes da família do doente e de seus filhos, assim como o próprio portador/doente se afasta de seu ciclo de amizade (SOUSA, 2004, p. 3).

Essa observação de Souza (2004) é manifestada por uma das pacientes participante da pesquisa: “Nenhuma, na realidade eu sinto mais um sentimento de dó, de pena de ficar comigo, assim. Eu sinto nela, assim, uma dó, porque é a filha caçula, mas afastar, de forma nenhuma não” (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo).

A falta de apoio da irmã e do esposo foram manifestações de duas das mulheres entrevistadas: “Ah mudou. Eu fiquei triste, assim, né, porque tem uma irmã que não aceita” (13.^a Ent., 50a, do lar, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo; “Olha, meu companheiro, o qual, né, ele não quis fazer o exame, nem nada. Ele ficou contra, não queria papel nenhum, só fazia ele ficar chorando” (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu 5 anos com soropositivo).

A família pode funcionar tanto como uma unidade de cuidado e fonte de ajuda para a pessoa com HIV/Aids, contribuindo para o bem-estar deste, quanto pode também discriminá-la e rejeitá-la, influenciada pelos significados que a sociedade atribui à doença. Esta ambiguidade foi apresentada por uma das mulheres participantes da pesquisa: “Mudou muito. Minha família quase não aceitou não aceitou isso não. (Como está hoje?) Hoje está aceitando. Meus irmãos agora aceitam, não falam mais nada não. Minha mãe não aceitava não, mas como minha mãe já faleceu, mas ela acha preconceito. Meus irmãos tão aí numa boa” (6.^a Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu 8 anos com soropositivo).

Assim como registrou-se o apoio por parte dos filhos nos depoimentos que apoiam a mãe portadora do HIV, também, observa-se, nestes relatos, a manifestação de uma que não sente tal apoio:

Meus filhos mudou comigo, né. Têm medo, meus meninos têm medo mesmo. Igual eu falei, minha mãe também, mas mudou muita coisa, as pessoas se afastam da gente, mas eu não ligo para isso não, vivo minha vida (6.^a Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu 8 anos com soropositivo).

O não apoio manifestado em forma de preconceito:

Preconceito, maldade, só acontece com prostitutas, só acontece com drogados, só acontece com pessoas desclassificadas. Quando aconteceu comigo, ficaram, no primeiro momento, culpando um ao outro, e depois que conheceram a realidade, viram que numa transfusão sanguínea, por emergência, num acidente meu, eu obtive o soro infectado. Só que, infelizmente, eu, outras pessoas ainda eles vê como um fantasma, num entende ainda, não sabe assimilar. Essa dificuldade ainda a gente tem” (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo).

Esse sentimento de preconceito é manifestado intensamente por outra paciente:

Preconceito, teve família que até se afastou de mim, pensando que até mesmo num abraço eles poderiam tá contraindo o soro. Entre todos, nem todos me aceitam hoje. Hoje na minha família tem alguns que me veem com outros olhos, me veem com os olhos do preconceito. Entre todos, nem todos me aceitam hoje. Hoje na minha família tem alguns que me veem com outros olhos, me veem com os olhos do preconceito (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu dois anos com soropositivo).

O não apoio em forma de preconceito foi um dos depoimentos marcantes de uma das entrevistadas:

Então, assim, ainda existem ainda pessoas, é, como eu disse anteriormente, nessa internação minha, é, hoje eu perdi o contato com muitas pessoas porque elas foram me procuravam e agora, de vez em quando o telefone toca, aí eu conto que, como foi o meu ano de 2010, e, a primeira pergunta que eles me fazem é: nossa, então você tá bem magrinha, ta o couro e os ossos. Aí eu falo, não, pelo contrário, eu ganhei 25 quilos por, em razão dos medicamentos, que eu tive que tomar, que eu contraí uma bactéria que é muito forte e, mas, tá acertando nela e to aqui, firme e forte (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

O medo que a doença causa, discutido em outro tópico desta tese, é também manifestado como forma de não apoio:

Não são todos, mas alguns afastaram de mim. Não quis conviver muito comigo. Sente assim, é me deixa de lado. Tanto é que eu

fiquei internada aqui um mês e eles moram aqui em Goiânia e não veio me ver, de medo da doença. Eu fiquei só de cá (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica, igreja Deus é Amor, parceiro soropositivo, convivem há 22 anos).

Uma forma de não apoio por parte de um parente/agregado, ao manifestar o receio do contato do filho com a pessoa portadora do HIV:

Meu cunhado chegou a vim aqui, trazer ele. A irmã do meu cunhado, ele veio para cá em Goiânia e eu morava com o meu cunhado, minha irmã, depois que eu fiquei viúva, com duas crianças pequenas, mas hoje já tá um com 11 anos, 12 anos. Eu pensava que ela tinha ciúmes das crianças, que estava sempre com ele, às vezes colocava pra dormir. Minha irmã começou observar que tirava a criança de perto de mim e o banheiro ela ficava com um cuidado e eu não percebia nada (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).

Outra mulher manifestou o não apoio por parte do familiar por prever o risco de gastos com o problema de saúde, com uma pessoa que seria incapaz de se sustentar: “Só que aos poucos as pessoas, assim, eles achavam que dali pra frente só ia ser problema, financeiro, tudo, que eu não tinha capacidade pra mais nada” (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Um fato interessante é a manifestação de dubiedade por parte dos irmãos que, embora tenham se afastado, a entrevistada acredita que o sofrimento destes demonstra uma forma de apoio, de demonstração de amor:

Ninguém acreditava que eu ia dar soropositivo, que, que não ia, que não vai acontecer com você que já sofreu demais na vida, não é possível, que jamais vão dar uma dessa pra você. Aí, quando aconteceu, a maioria das pessoas, meus irmãos afastou de mim, e todos eles perderam 6, 7 quilos, em vez de ser eu a perder, é eles que perderam. Eles se preocupam mais comigo do que com eles mesmos. Eles me amam, né. Graças a Deus, que eles me amam. Minha família me ama (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu 3 anos com soropositivo).

A esperança de que o preconceito da doença seja vencido: “Aqueles que ainda têm algum problema comigo, eles não têm comigo, é problema com eles mesmos. E, vão sarar também um dia, se Deus quiser” (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo).

Ao finalizar esse subitem, é interessante ressaltar o depoimento de quatro mulheres que manifestaram não querer o apoio familiar.

Uma delas chega a negar a existência da família: “Não, não tenho família não” (27.^a Ent., 41a, do lar, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Nesse caso, a desagregação familiar manifestada influenciou bastante na falta de busca de apoio familiar:

Bom, na verdade, a gente era uma família mais separada, vamos dizer assim, cada um vivendo. A minha mãe, os meus pais, eles são separados, então desde novo, e meu pai tinha a sua vida, a minha mãe tinha a sua vida, os irmãos cada um. Então todo mundo se preocupava muito em trabalhar, trabalhar, trabalhar, trabalhar, e a família acaba ficando pra depois (26.^a Ent., 31a, publicitária, casada, evangélica Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).

Aqui a rejeição ao apoio ocorre por receio de se expor com o diagnóstico do HIV:

Não falo, nem com família. Nem pessoas que vai entrando na família, ninguém sabe da minha vida, ninguém conta. Que tem rejeição, né. Acontece. Eu encarei assim, não encarei como que eu sou diferente de ninguém, eu não ligo pra isso. Se alguém me rejeita, também não ligo. E eu não falo isso pra ninguém. No meu trabalho, em lugar nenhum, não conto mais minha vida (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu três anos com soropositivo).

Por fim, as dificuldades de aceitação de sua doença por parte dos familiares contribuíram para sua decisão de não buscar apoio na família: “A grande realidade hoje quem não deixa ser acompanhada sou eu, não a família” (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo).

A seguir, destacam-se os principais aspectos discutidos nesse capítulo.

Assim como a religião, a instituição família apresenta grande importância no enfrentamento da infecção pelo HIV/Aids de acordo com os depoimentos das mulheres soropositivas entrevistadas.

Há certo paradoxo no papel da família, pois ao mesmo tempo em que prepara seus membros para serem autônomos, a aquisição dessa autonomia exige afastamento do núcleo familiar.

O fato de pertencer a um grupo familiar possibilita status e poder para o indivíduo, por essa razão, tem-se certos sobrenomes funcionarem como verdadeiras grifes em nossa sociedade.

Para a Igreja Católica, a família representa o lugar para a manutenção de sua concepção relacional e tradicional da pessoa.

O modelo familiar se adaptou à cultura ocidental moderna, sendo a família dos pobres mais fácil de ser estudada em relação à família das elites. Além do mais, para os pobres, a família representa também a identidade social do indivíduo.

Funcionar como mediadora das relações do indivíduo com a sociedade, eis aí uma importante função da família. Dessa forma, ela assume um papel importantíssimo no desenvolvimento da cidadania.

Atualmente, mãe e filhos assumem cada vez mais papéis relevantes na direção e manutenção da casa, embora o modelo patriarcal, mesmo com o pai sem a autoridade de outrora, continue sendo necessário para a credibilidade da família estabelecida.

Essa necessidade de não somente o pai tendo que trabalhar foi aventada por uma das pacientes entrevistadas como causa da infecção pelo HIV, já que os filhos não estão recebendo a orientação e educação necessárias para não correrem o risco de se infectarem.

O fato de possuírem um dos membros contaminados pelo HIV obriga os demais membros do grupo familiar a valorizarem a importância da doença e das estratégias para combatê-la, pois o grupo se assusta ao saber que a doença está próxima deles.

O apoio por parte dos filhos e do marido foi manifestado como extremamente importante por várias mulheres que participaram da pesquisa. E quando esse apoio ocorre, os laços familiares ficam muito mais fortes em todos os aspectos das relações da família nuclear.

A busca do apoio familiar por parte de uma das pacientes entrevistadas parece ser seletiva. Ela busca aquele que possa lhe dar o apoio na luta contra a doença, e que, acima de tudo, seja discreto em relação a revelar o diagnóstico.

O impacto do diagnóstico da doença para os parentes é forte. Isto justifica o fato de que algumas pacientes adotam a postura de não revelar o diagnóstico de sua doença, pelo menos para todos os membros da família. Porém, de modo geral, esse impacto passa rápido e o apoio ao membro infectado ou doente ocorre com intensidade.

Boa parte das pacientes declarou que o apoio da família antes e depois do diagnóstico continuou o mesmo, ou seja, bom.

Amor, carinho, admiração são as palavras citadas pelas pacientes que participaram da pesquisa como sendo o sentimento expressado pelos familiares ao saberem da condição de infectadas.

Uma paciente declarou que o não apoio ocorre mais de pessoas fora do grupo familiar.

Das pacientes que participaram da pesquisa, três informaram não ter revelado o diagnóstico de sua doença para nenhum familiar.

As pacientes têm muito mais confiança na confidencialidade do familiar do que de outras pessoas fora desse grupo.

Outra paciente destaca que, embora a família de seu cônjuge saiba de sua doença, a confidencialidade por parte dessa outra família foi mantida.

Um número expressivo de pacientes se queixou da falta de apoio por parte da família, o que as deixariam em situação de caos.

Alguns autores afirmam que esse não apoio da família ocorre por ser a doença estigmatizantes que foram construídos socialmente, interferindo nas relações familiares.

Algumas das mulheres da presente pesquisa relataram que seus familiares se afastaram de seu convívio assim que ficaram sabendo da doença.

A ausência de apoio por parte de uma família foi manifestada com grande amargura por parte de uma das mulheres pesquisadas.

Manifestações de preconceito e de medo por parte do familiar foi relatada por uma paciente, ao informar que até abraços as pessoas evitavam com receio de contaminação.

Outra manifestação de não apoio foi dada por uma paciente que informou que sobrinhos seus foram proibidos de abraçá-la com medo de que a paciente pudesse transmitir o vírus dessa forma.

Outra forma de não apoio familiar foi passada por outra mulher soropositiva ao informar que os parentes se afastaram do contato com ela por receios de gastos financeiros que teriam que compartilhar.

Por fim, uma das pacientes soropositiva expressou a esperança de que o preconceito seja vencido. Segundo ela, as pessoas que têm preconceito para com o soropositivo, têm preconceito com elas próprias e roga à Deus que as cure desse mal.

CONCLUSÃO

A infecção pelo vírus HIV e seu estágio final, que é o estabelecimento da doença denominada SIDA ou mais comumente Aids, representa um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. A doença apresenta-se como pandêmica, comprometendo toda a população mundial, porém, com repercussão dramática em países em desenvolvimento, especialmente nos países do continente africano. No Brasil e no Estado de Goiás, constitui-se em importante problema de saúde, exigindo ações integradas para o enfrentamento do problema.

A escolha por estudar mulheres contaminadas pelo HIV foi motivada pelo conhecimento da crescente feminização da doença e devido a características biológicas e sociais que colocam as mulheres em situação de maior vulnerabilidade perante esse vírus, quando comparadas aos homens.

O HIV é o vírus melhor estudado em toda a história da medicina. Graças a esse empenho da ciência, consegue-se conhecer bem sua biologia, seu modo de transmissão e como exerce sua ação nos organismos contaminados. Este conhecimento tem possibilitado a aplicação de métodos diagnósticos rápidos e o estabelecimento de terapêutica específica que, embora não consiga erradicar totalmente o vírus dos fluidos corporais, tem possibilitado um controle efetivo da infecção, evitando sua evolução para a doença, com consequente melhoria na qualidade de vida das pessoas atingidas pelo problema.

Na presente pesquisa, procurou-se aprofundar o conhecimento da manifestação dessa doença em mulheres com o diagnóstico estabelecido da infecção pelo HIV e relacionar os depoimentos obtidos, por meio de entrevistas gravadas e transcritas, posteriormente, com o que dizem os autores que estudam o tema.

Na abordagem das pacientes entrevistadas, buscou-se relacionar como estas se sentem em relação ao fato de estarem contaminadas com o vírus, bem como qual a importância da medicina e dos médicos no enfrentamento da doença. Mas, além desse aspecto usual e com respostas mais ou menos previsíveis, o diferencial dessa pesquisa foi também buscar estabelecer a importância dada por essas pessoas à religião no combate ao agravo da saúde que detêm. Outro aspecto, foi também registrar o papel da instituição família no combate à doença.

Pode-se perceber que existe uma profunda relação da medicina com a religião. A própria doença era considerada como uma forma de castigo para os pecadores, ou seja, a pessoa acometida não conseguia intervir objetivamente no seu combate após o mal estabelecido.

Com o desenvolvimento da ciência e a realização de experimentos, muitos conceitos estabelecidos tiveram que ser revistos. Esse fato gerou conflitos, notadamente com instituições religiosas representadas pela Igreja Católica. A religião perdeu espaço no cuidado com o corpo e passou a cuidar somente da alma. A secularização se estabeleceu com pleno prestígio das ciências de um modo geral.

Porém, embora continuasse inegável a ajuda da ciência, não era possível combater todas as doenças e o medo da morte. A incerteza do que ocorreria com a alma após o desfecho final reaproximou novamente o homem da religião.

O equilíbrio religião-ciência parece ser a melhor receita para que a pessoa viva bem e tenha condições de usufruir de todo o progresso da ciência médica, porém associado ao conforto terapêutico proporcionado pela religião.

As mulheres portadoras do HIV/Aids, participantes da pesquisa, reforçam esse aspecto. Todas demonstraram extrema confiança no seu médico, na ciência, na eficácia dos medicamentos. Porém, até pelo fato de todas se declararem religiosas, reafirmaram, em sua imensa maioria, a complementação do tratamento médico com a intervenção do fenômeno religioso. A exaltação da importância da fé para o equilíbrio da doença foi a tônica principal das manifestações, associada à esperança de cura definitiva, enfatizada por muitas.

Os conhecimentos da ciência médica, associados aos preceitos religiosos em pessoas seguidoras de uma religião apresentam, no caso as mulheres participantes da presente pesquisa, uma convergência positiva, ou no linguajar médico, um sinergismo terapêutico que impactam fortemente no combate ao HIV e à doença causada por esse vírus.

As pessoas portadoras do HIV/Aids enfrentam uma série de dificuldades, não somente pela destruição de suas defesas internas provocadas pela ação do vírus, mas também por essa doença ser, ainda nos dias de hoje, estigmatizante.

As pacientes estudadas manifestaram mais frequentemente três categorias que representam verdadeiros desafios no enfrentamento do problema. São eles: o medo, o preconceito e a sexualidade.

Embora o medo seja citado como um mecanismo de defesa da pessoa contra situações de ameaças, o que é bom, nas manifestações das entrevistadas, o caráter foi mais de uma preocupação com a morte devido à doença e, em algumas situações, adquirindo significado de pânico.

Esse sentimento de medo da morte é uma situação angustiante, uma vez que, apesar de todo o avanço da ciência, proporcionando um avanço fantástico do conhecimento em todas as áreas, não conseguimos nos livrar da insegurança e do medo do mistério que representa a morte.

Em alguns depoimentos, percebe-se que o receio da invasão da privacidade representa uma preocupação maior das mulheres soropositivas do que o próprio medo da morte provocada pela doença.

O preconceito foi outro sentimento manifestado pelas pacientes ao serem indagadas sobre a doença que portavam e parece que o impacto desse sentimento é maior que o próprio sentimento de medo, mencionado anteriormente. Esse fato ocorre porque o medo foi consideravelmente reduzido com o advento dos antirretrovirais. Porém, o preconceito para com a doença e com as pessoas soropositivas se modificou muito pouco. Algumas pacientes relataram que o preconceito ocorre inclusive em instituições religiosas.

O preconceito ao soropositivo representa um importante obstáculo ao controle da epidemia de HIV/Aids porque contribui para o isolamento do portador que vai se sucumbindo com a doença, além de eventualmente ser responsável pela disseminação do vírus.

O fato de a paciente sentir-se vítima de preconceito contribui para que esta procure se isolar e eventualmente abandonar o tratamento, contribuindo, dessa forma, para a progressão da infecção e do aparecimento da doença, além do aumento do risco de transmissão do vírus.

Por outro lado, percebe-se, também, que alguns profissionais que prestam assistência ao doente com HIV/AIDS, incluindo-se aí alguns médicos, manifestam atitudes preconceituosas que, naturalmente, são inaceitáveis e incompatíveis com o conhecimento atual que se tem da biologia e forma de transmissão do vírus.

A atual sociedade não conseguiu livrar-se de tabus sexuais de sociedades mais antigas, e o sexo e a sexualidade de mulheres soropositivas representam outros grandes desafios que necessitam ser enfrentados.

Quem atribui a relação sexual como causa única da transmissão pelo HIV demonstra uma relação preconceituosa e não atualizada da forma de transmissão do vírus. Pior ainda são aqueles que identificam a infecção com a decadência de bons costumes e a liberação sexual. Tais preconceitos relacionados com a sexualidade encontram-se presentes até hoje, notadamente nas mulheres.

Essas pessoas desinformadas ignoram que a maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV ocorre devido a características biológicas e sociais e, desde que se observem normas de sexo seguro, não importam as mudanças de comportamentos sexuais.

Na literatura pesquisada, identificamos que a Igreja Católica ao proibir as mulheres de expressarem livremente a sexualidade, acabou colaborando para a vulnerabilidade dessas mulheres ao HIV, ao invés de ajudá-las na prevenção do mesmo.

Nessa tese de Doutorado, observou-se um fato que foi comum ao encontrado em nossa dissertação de Mestrado. A doença para mulheres soropositivas atuando como forte estímulo para o enfrentamento do grave problema de saúde. Ou seja, o próprio fato de se perceber portador de uma ameaça à saúde funcionando como um poderoso estímulo para combatê-lo.

Vários autores consultados no presente trabalho demonstraram que a religião e a espiritualidade proporcionam suporte importante para que as pessoas (no nosso caso mulheres soropositivas) possam lutar contra a doença.

Um aspecto importante, especialmente para nós médicos, é que apesar da importância da religião no enfrentamento da doença, as pacientes reconhecem também a importância do tratamento médico e não entregam a própria sorte aos desígnios de Deus. Na maioria dos depoimentos com essa conduta, a justificativa é porque a ciência e o conhecimento existem por determinação Divina.

Como 100% das pacientes entrevistadas declararam possuir uma religião, esse fato realça a importância do fenômeno religioso na vida dessas pessoas.

Portanto, o depoimento das pacientes pesquisadas coincidiu com o que dizem autores clássicos e não clássicos que estudam a Religião no reconhecimento do papel relevante que ela possui no combate aos sentimentos de medo, preconceito e da sexualidade, além de sua ação terapêutica no combate direto à doença.

Conclui-se esta análise com as palavras de Geertz (1989): 'O papel fundamental das religiões seria preparar o ser humano para que possa enfrentar os

grandes dilemas que envolvem a vida, pois ao nos levar ao transcendente, encontramos o suporte necessário para o enfrentamento da problemática mundana'.

Outro objetivo dessa pesquisa foi estabelecer o papel da família no enfrentamento da doença.

Pode-se observar, pelas falas das mulheres soropositivas entrevistadas, que assim como a religião, a instituição família apresenta grande importância no enfrentamento da infecção pelo HIV/Aids.

É indiscutível a importância que tem a família para o crescimento e desenvolvimento de seus membros em nossa sociedade. Porém, existe certa contradição nessa função, pois ao mesmo tempo em que prepara as pessoas para serem autônomas, a aquisição dessa autonomia exige afastamento do núcleo familiar.

Outro ponto forte da instituição família é o de que pertencer a um grupo familiar possibilita *status* e poder para o indivíduo, daí certos sobrenomes funcionarem como verdadeiras grifes em nossa sociedade. Da mesma forma, a família funciona como mediadora das relações do indivíduo com a sociedade, eis aí uma de suas importantes funções. Dessa forma, assume um papel importantíssimo no desenvolvimento da cidadania.

Como o objeto desse estudo foi mulheres soropositivas, foi importante constatar que, atualmente, embora tanto a mãe como os filhos adquiram cada vez mais importância na sustentação da casa, o status de uma família bem constituída continua exigindo a presença do pai, mesmo que sem a autoridade de uma família patriarcal de outrora.

Uma paciente que participou de nossa pesquisa observou um aspecto negativo dessa situação em que não só o pai trabalha fora de casa. Ela aventava a possibilidade desse fato contribuir para a infecção pelo HIV, já que os filhos não estão recebendo a orientação e educação necessárias para não correrem o risco de se infectarem.

Quando a doença atinge um membro da família, a valorização da doença se torna muito maior, assim como o interesse em somar esforços no controle da epidemia.

Dentre os membros da família, os filhos e o cônjuge se destacam como os apoios mais importantes sentido pelas mulheres contaminadas. E quando esse

apoio ocorre, os laços familiares ficam muito mais fortes em todos os aspectos das relações da família nuclear.

Um fator que dificulta a busca de ajuda do familiar por parte da mulher soropositiva é a discricção. Portanto, existe certa seletividade na escolha da pessoa da família que pode saber da sua condição de portadora do HIV.

Corroborando com esse fato, três das pacientes que participaram da pesquisa informaram não terem revelado o diagnóstico de sua doença para nenhum familiar.

Na análise dos depoimentos, observou-se que a família apoiava a paciente antes e após o fato de ter-se tornado portadora do vírus. Esse fato pode significar que a família dessas mulheres mantinha certa estruturação, funcionando como mencionado pelos autores pesquisados.

Naquelas famílias que ofereceram apoio à paciente, as palavras e sentimentos mais expressados foram de amor, carinho e admiração.

As pacientes têm muito mais confiança na confidencialidade do familiar do que de outras pessoas fora do grupo familiar. Uma delas relatou que o não apoio ocorre mais de pessoas fora do grupo familiar. No entanto, existe exceção à essa regra, pois embora a família de seu cônjuge saiba de sua doença, a confidencialidade por parte dessa outra família foi mantida.

Um número expressivo de pacientes se queixou da falta de apoio por parte da família, o que as deixaram em situação de caos.

Alguns autores afirmam que esse não apoio da família ocorre por ser a doença detentora de estigmas que foram construídos socialmente, interferindo nas relações familiares.

Algumas das mulheres da presente pesquisa relataram que familiares se afastaram do convívio com elas assim que ficaram sabendo da doença, deixando algumas delas com grande amargura.

Outra manifestação de não apoio foi dada por uma paciente que informou que sobrinhos seus foram proibidos de abraçá-la com medo de que pessoas com HIV pudessem transmitir o vírus dessa forma.

Além do medo de contaminação, outra menção importante como fator de não apoio foi o receio de gastos financeiros que teriam que compartilhar.

Por fim, uma das pacientes soropositivas expressou a esperança de que o preconceito seja vencido. Segundo ela, as pessoas que têm preconceito para com o

soropositivo, têm preconceito com elas próprias e roga à Deus que as cure desse mal.

Portanto, a conclusão que se chegou sobre essa pesquisa foi de que os objetivos foram plenamente alcançados. Reafirma-se a importância que representa a infecção pelo HIV e a Aids em mulheres. Apresenta-se a forte relação existente entre a Medicina e a Religião. Destaca-se os sentimentos expressados pelas pacientes, que se constituem em verdadeiros desafios no combate ao HIV. Percebe-se como a Religião ajuda no combate a tais situações e, por fim, o papel da família nessa estratégia de combate à epidemia.

Embora algumas famílias não apoiem, como relatadas por algumas das pessoas pesquisadas, naquelas em que o apoio ocorre, o resultado para a paciente é muito positivo e se constitui em mais uma importante arma no enfrentamento do HIV e da AIDS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz. *Preconceito contra a origem geográfica e de lugar: as fronteiras da discórdia*. São Paulo: CORTEZ Editora, 2007.
- ALCAMÍ, José; COIRAS, Mayte. *Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Madri: 29(3):216–226, 2011.
- AMMISCHT-QUINN, Regina; HAKER, Hille. *Aids*. Petrópolis: Vozes, 2007, (Revista Concilium, n. 321), 159 p.
- ÁRIES, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BARRÉ-SINOUSSE, Françoise; ROSS, Anna Laura; DELFRAISSY, Jean-Françoise. *Past, present and future: 30 years of HIV research*. Nature Reviews/Microbiology. Paris: v.11, December 2013, p. 877-883.
- BAUMAN, Zygmunt. *Medo Líquido*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2008.
- BAUMAN, Zygmunt. *Religião pós-moderna?* In: BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Tradução Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro, 1998. p. 205-230.
- BERGER, Peter Ludwig. *O Dossel Sagrado – elementos para uma teoria sociológica da religião*. Tradução José Carlos Barcellos. São Paulo: Edições Paulinas, 1985. p. 15-113.
- BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. Tradução de Sérgio Miceli. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.
- CÔRTEZ, Celina; PEREIRA, Cilene; TARANTINO, Mônica. *A medicina da alma*. ISTOÉ independente, São Paulo, 01 jun. 2005. Disponível em: http://www.terra.com.br/istoé/1859/1859_sumario.htm. Acesso em: 05 jan. 2009.
- DELUMEAU, Jean. *O pecado e o medo: a culpabilização no ocidente (séculos 13-18)*. Tradução Álvaro Lorencini. Bauru: EDUSC, 2003
- DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente: 1300-1800*. Tradução Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DERRIDA, Jacques. *Fé e saber*. In: VATTINO, Gianni; DERRIDA, Jacques (Org.). *A religião: o seminário de Capri*. São Paulo: Estação Liberdade, 2000, p. 11-89.
- DE COCK, Kevin M; JAFFE, Harold W; CURRAN, James W. *Reflections on 30 Years of Aids*. In: *Emerging Infectious Disease Journal*. Atlanta: Jun 2011.

DE COCK, Kevin M; JAFFE, Harold W; CURRAN, James, W. *The evolving epidemiology of HIV/Aids*. In: Aids Researc Alliance. Los Angeles: v.26, n.10, p. 1205-1213, 2012.

DUARTE, Luiz Fernando; HEILBORN, Maria Luiza; BARROS, Myrian Lins de; PEIXOTO, Clarice (orgs.). *Família e religião*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

DUBY, Georges; PERROT, Michelle. *História das mulheres na idade média*. Tradução Maria Helena da Cruz Coelho, Irene Maria Vaquinhas, Leontina Ventura e Guilhermina Mota. Porto: Edições Afrontamento, 1990.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares da vida religiosa*. Tradução Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Ed Paulinas, 1989.

ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano – a essência das religiões*. Tradução Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos - seguido de envelhecer e morrer*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids*. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 11, n. 1, abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 dez. 2008.

FETTING, Jadel. *Global Epidemiology of HIV*. In: *Infect Dis Clin N Am*. CDC, Atlanta: v.28 p. 323-337, 2014.

FIGUEIRA, Sônia Maria de Almeida. *Entre o corpo e alma: as interrelações do campo sanitário com o campo religioso*. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública, São Paulo, 2003, 161 p.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I – vontade de saber*. Trad. Maria Tereza da C. Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 19ª. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREITAS, Tiago Batista. *União homoafetiva e regime de bens*. Disponível no site <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3441>), visitado em 13 Out. 2010.

GARY, Maartens; CELUM, Connie; LEWIN, Sharon R. HIV infection: *epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention*. In: *The Lancet.com*. África do Sul: Published online, June 5, 2014, p. 1-14. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60164-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60164-1). Acesso em 16 nov. 2014.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Trad. Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1992.

GROOPMAN, Jerome. *A Anatomia da Esperança*. Tradução S. Duarte. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2004.

HEILBORN, Maria Luiza; DUARTE, Luiz Fernando Dias; PEIXOTO, Clarice; BARROS, Myrian Lins de. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença*. Tradução de Walter Lellis Siqueira. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 2004.

LEMOS, Carolina Teles. *Religião, gênero e sexualidade: o lugar da mulher na família camponesa*. Goiânia. Editora da UCG, 2005.

LEMOS, Carolina Teles. *Religião e saúde*. Goiânia: Descubra, 2007. (Coleção Religião e Cotidiano; v. 2), 160 p.

LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde*. Tradução Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 2001.

LOTUFO NETO, Francisco. *Os frutos do pioneirismo de Paul Tournier*. Editora Ultimato – Série Paul Tournier – A Influência da religião sobre a saúde II. Viçosa, 21 set. 2008. Disponível em:
<http://www.ultimato.com.br/?pg=show_artigos&secMestre=11318sec=11368num_e_dicao=297. Acesso em: 21 set. 2008. 22:15:35.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago, 2004.

MINAYO, Maria C. de Souza. (Org.). *Pesquisa social, teórica, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados sobre feminização da epidemia de Aids e outras DST*. Disponível em:
<HTTP://sistemas.Aids.gov.br/feminização/index.php?q=dados=sobre=feminiza%C3%A7%C3%A3o-da-epidemia-de-Aids-e-outras-dst>. Acesso em 11 mai. 2010. 22:27:35.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico Aids/DST até semana epidemiológica 26ª* – Junho/2013. Brasília, Ano II, n.1, 2013.

NAIF, Hassan M. *Pathogenesis of HIV infection*. In: Infectious Disease Reports 2013. Bagdah: v.5 : s 1 e 6, p. 26-30, 2013.

OROZCO, Yury Puello. *Mulheres, Aids e religião*. São Paulo: CDD, 2002.

- OTTO, Rudolf. *O sagrado*. São Bernardo do Campo: IMS, 1985, p. 7-54.
- PEIXOTO, Luzia Ferreira. *A teologia do cuidar*. Goiânia: Editora da UCG, 2008.
- PRADRO, Marco Aurélio Máximo. *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: CORTEZ Editora, 2008.
- RABELO, Mirian Cristina M. *Religião, ritual e cura*. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- RIBAS, Ana Cláudia. *Família e religião*. Rio de Janeiro: Antíteses, vol. 1, n.1, jan. – jun. de 2008, p. 254-259. Disponível em <HTTP://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses>. Acesso em 10 mar. 2014, 21;33.
- RIBEIRO, Ivete; RIBEIRO, Ana Clara T (Orgs.). *Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Edições Loyola, 1995.
- RANKE-HEINEMANN, Uta. *Eunucos pelo reino de Deus: mulheres, sexualidade e a igreja católica*. Tradução de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1999.
- ROSA, Suely Marques. *A saúde, a cura e os terapeutas através dos tempos*. In: RICHTER REIMER, Ivoni (Org.). *Corpo, gênero, sexualidade, saúde*. Goiânia: Editora da UCG, 2005.
- SAMPAIO, Tânia Mara Vieira. *Aids e Religião: aproximações ao tema*. Impulso, Piracicaba, n. 32, p. 19-38, 17 out. 2002. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp32arto2.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.
- SANTOS, Christiano Jorge. *Crimes de preconceito e de discriminação*. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- SARTI, Cynthia Andersen. *A família como espelho – um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez Editora – 7ª. Edição, 2011.
- SAVIOLI, Roque Marcos. *Fronteiras da ciência e da fé*. São Paulo: Editora Gaia, 2006.
- SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Recife: SOS Corpo, 1996, (3ª. Ed.).
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. *Boletim Epidemiológico das DST/HIV/Aids Junho 2012*. Goiânia, 2012.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. *Boletim Epidemiológico das DST/HIV/Aids. Setembro 2013*. Goiânia, 2013.

SIMON, Viviana; HO, David D; KARIM, Quarraisha Abdool. *HIV/Aids epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment*. In: The Lancet. New York: v. 368, p. 489-504, August 5, 2006.

SOUZA, César Vasconcellos. *A esperança da Cura Possível – Saúde mental*. Portal Natural. Nova Friburgo, 16 dez. 2008. Disponível em:
<<http://www.portalnatural.com.br/mostraMateria.asp?id=116>. Acesso em: 16 dez. 2008.

SOUZA, Tânia Regina Correa de; SHIMMA, Emi; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. *Os lutos da aids: da desorganização à reconstrução de uma nova vida*. J. bras. aids; 7(2): 63-74, mar.-abr.2006.

TERRIN, Aldo Natale. *Saúde e Salvação – reflexão fenomenológica sobre a função terapêutica das religiões*. In: TERRIN, Aldo Natale. *O Sagrado Off Limits – a experiência religiosa e suas expressões*. Tradução Euclides Balancin. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

TOSTA, Carlos Eduardo. *A Prece Cura?*. Brasília Médica, Brasília, n. 41, p. 38-45, 2004. Disponível em:
<http://www.ambr.com.br/rb/revista_det.php?nu_revista=418nu_revista2=1/4id=6. Acesso em: 10 dez. 2008.

UNAIDS. *UNAIDS Report on the global Aids epidemic 2012*. Geneva, 2012.

UNAIDS. *HIV estimates with uncertainty bounds 1990-2013*. Geneva, 2014. Disponível em:
<http://www.unAids.org/en/dataanalysis/knowyourepidemic/epidemiologypublications/>. Acesso em 25 nov. 2014.

VIDAL, Marciano. *Sexualidade e condição homossexual na moral cristã*. Tradução Marcelo C. Araújo. Aparecida-SP: Editora Santuário, 2008.

WEBER, Max. *Economia e sociedade*. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Universidade de Brasília, 1991.

WEBER, Max. *Economia e sociedade – fundamentos da sociologia compreensiva*. Tradução Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. São Paulo: Editora UNB, 2004. p. 294-320 e 350-385.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para Entrevistas

1 - QUESTIONÁRIO PARA A PRIMEIRA ENTREVISTA COM OS SUJEITOS 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? _____

2 - QUESTIONÁRIO A SER APRESENTADO NA SEGUNDA ETAPA DA ENTREVISTA AOS SUJEITOS 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?

1.ª Parte:

Nome:

Idade:

Formação Profissional:

Local de Trabalho:

Religião:

Estado Civil:

Vive junto com pessoa de outro sexo:

Vive junto com pessoa do mesmo sexo:

Soropositivo:

Conviveu ou convive maritalmente com Soropositivo:

Tempo de convivência:

Aceita ser Entrevistada:

Participa de alguma forma de religião:

Qual:

2.ª Parte:

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?

APÊNDICE B - Perfil das Entrevistadas

- (1.^a Ent., 60a, cursos superiores de direito e pedagogia, casada, espírita kardecista, marido não soropositivo, nunca conviveu com soropositivo).
- (2.^a Ent., 50a, segundo grau, viúva, católica carismática, sem parceiro, ex-marido soropositivo)
- (3.^a Ent., 40a, bióloga, casada, católica, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo)
- (4.^a Ent., 54a, porteira, viúva, espírita, sem parceiro atualmente, conviveu com soropositivo)
- (5.^a Ent., 42a, bordadeira, casada, evangélica do ministério Comunidade Cristã, marido soronegativo, nunca conviveu com soropositivo)
- (6.^a Ent., 37a, autônoma, separada, evangélica, parceiro soronegativo, conviveu 8 anos com soropositivo)
- (7.^a Ent., 46a, diarista, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu 3 anos com soropositivo)
- (8.^a Ent., 37a, vendedora, solteira, evangélica, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo)
- (9.^a Ent., 37a, costureira, divorciada, evangélica, sem parceiro, conviveu 2 anos com soropositivo)
- (10.^a Ent., 56a, funcionária pública, viúva, evangélica Deus é Amor, sem parceiro, nunca conviveu com soropositivo)
- (11.^a Ent., 37a, técnica de enfermagem, solteira, católica, tem namorado, 4 anos de convivência com soropositivo)
- (12.^a Ent., 42a, curso de administração, viúva, católica, tem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo)
- (13.^a Ent. 50a, do lar, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 15 anos com soropositivo).
- (14.^a Ent., 30a, do lar, solteira, evangélica da Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo)
- (15.^a Ent., 51a, diarista, viúva, espírita, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo)
- (16.^a Ent., 42a, do lar, casada, evangélica Deus é Amor, parceiro soropositivo, convivem há 22 anos)

- (17.^a Ent., 36a, cozinheira, solteira, evangélica, não tem parceiro, conviveu 9 anos com soropositivo)
- (18.^a Ent., 36a, professora, casada, católica, tem parceiro, convive há 9 anos com soropositivo)
- (19.^a Ent., 46a, advogada, casada, evangélica, tem parceiro, convive há 18 anos com soropositivo)
- (20.^a Ent., 46a, costureira, viúva, católica, sem parceiro, conviveu 10 anos com soropositivo)
- (21.^a Ent., 46a, dona de casa, casada, católica, tem parceiro, não sabe se já conviveu com parceiro soropositivo)
- (22.^a Ent., 54a, comerciante, união estável, evangélica da Assembleia de Deus, possui parceiro, convive com soropositivo há 10 anos).
- (23.^a Ent., 60a, doméstica, casada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo)
- (24.^a Ent., 40a, babá, solteira, católica, não tem parceiro, não sabe se já conviveu com soropositivo).
- (25.^a Ent., 63a, agropecuarista, divorciada, católica, possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo)
- (26.^a Ent., 31a, publicitária, casada, evangélica Assembleia de Deus, tem parceiro, nunca conviveu com soropositivo).
- (27.^a Ent., 41a, do lar, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, nunca conviveu com soropositivo)
- (28.^a Ent., 37a, enfermeira, casada, kardecista, possui parceiro, não sabe se conviveu com soropositivo)
- (29.^a Ent., 27a, cabeleireira, solteira, evangélica Assembleia de Deus, não possui parceiro, conviveu 5 anos com soropositivo)
- (30.^a Ent., 31a, auxiliar administrativo, casada, kardecista, tem parceiro, conviveu 6 a 7 anos com soropositivo).

APÊNDICE C – Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Raimundo Nonato Leite Pinto - CPF 158662201-30. Sou médico infectologista e o pesquisador responsável. Após ler com atenção este documento e se sentir esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Raimundo Nonato Leite Pinto, telefone (62) 30862190 ou (62) 84086608. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Dr. Anuar Aued – HAA/HDT, telefone (62) 32013620. O título da pesquisa: Dimensões de gênero, religião e sexualidade nas representações e configurações da família, em que um dos parceiros é soropositivo para o HIV.

O objetivo da referida pesquisa é analisar o que acontece com as famílias que receberam ensinamentos religiosos, quando um dos membros do casal ficou sabendo que ele ou o (a) parceiro (a), ou ambos, é (são) soropositivo (s). Esta pesquisa se justifica porque fazemos parte de uma cultura em que a família ocupa lugar central na organização da sociedade e porque nossa cultura é marcadamente de domínio masculino, tendo como uma de suas características a definição do lugar do homem e da mulher na construção familiar, bem como as possíveis práticas sexuais referentes ao referido lugar.

Os participantes responderão a dois questionários, aplicados pelo pesquisador responsável, sendo o primeiro com informações gerais, o aceite e uma pergunta sobre participação ou não em alguma forma de religião, e o segundo, com cinco perguntas relacionadas ao HIV, família, sexualidade e religião. Os participantes serão de conhecimento exclusivo do pesquisador, sendo garantido o sigilo de seus nomes. Após a tabulação das entrevistas, as gravações serão apagadas do gravador e o registro no computador não será identificado pelo nome. Após três anos, as fitas e registros serão incinerados. O participante, mesmo tendo assinado o termo de consentimento, poderá retirar seu nome a qualquer momento, bastando, para tanto, solicitação feita ao pesquisador. O pesquisador se compromete em divulgar as conclusões da pesquisa para os participantes. Não

haverá qualquer despesa para os participantes, sendo que a entrevista ocorrerá no dia em que o paciente fará sua consulta de rotina no consultório do médico pesquisador na Climipi ou no Hospital Doutor Anuar Auad.

Raimundo Nonato Leite Pinto (pesquisador): _____

Goiânia; ____/____/_____

Consentimento da pessoa como sujeito:

Eu, _____

RG número: _____

CPF número: _____, abaixo assinado,

concordo em participar do estudo: _____

como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador: _____

_____ sobre a pesquisa, os

procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____; ____/____/_____.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

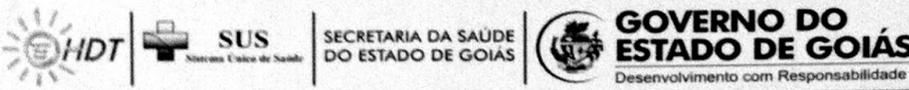
Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações Complementares: _____

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado



Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad - HDT

PARECER CONSUBSTANCIADO

PROTOCOLO Nº 045/2010
PROJETO DE PESQUISA: "DIMENSÕES DE GÊNERO, RELIGIÃO E SEXUALIDADE NAS REPRESENTAÇÕES E CONFIGURAÇÕES DA FAMÍLIA".
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RAIMUNDO NONATO LEITE PINTO
PESQUISADORES PARTICIPANTES: CAROLINA TELES LEMOS
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: PUC-GO
CEP DE ORIGEM: COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS.

PARECER FINAL: Projeto de pesquisa apresenta relevância científica e encontra-se dentro dos preceitos éticos legais segundo a Resolução 196/96 da CONEP/MS. Portanto, o CEP/HDT manifesta-se por **APROVAR** o projeto de pesquisa nos termos em que está proposto.

Obs.: Será necessário a entrega de um relatório semestral (até a conclusão da pesquisa) sobre seu andamento. Caso isso não ocorra o fato será encaminhado à CONEP para ela adote as providências cabíveis.

Goiânia, 21 de fevereiro de 2011.

Patricia C. de Resende
Dra. Patricia Carneiro de Resende
Vice-presidente do Comitê de ética e Pesquisa do HDT-

Missão: Oferecer Assistência especializada na área de doenças infecciosas, dentro do contexto público visando a reintegração do paciente e promover o conhecimento científico.

Visão: Ser um serviço de excelência em infectologia, uma das referências mencionadas no tratamento de saúde de doenças infecciosas, pautando-se pela alta resolutividade diagnóstica e terapêutica.

Hospital Dr. Anuar Auad
Av. Contorno n.º 3556 Jardim Bela Vista – Goiânia-GO – Fone/Fax: (62) 3201-3675

ANEXO B

Tabela I - Perfil Geral das Mulheres Entrevistadas

Número da Entrevistada	Idade (Anos)	Formação Profissional	Local Trabalho	Estado Civil	Religião	Vive com Pessoa de Outro Sexo	Vive com Pessoa do Mesmo Sexo	Parceiro Soro +	Convive ou Conviveu Com soro+
1. ^a	60	Pedagogia e Direito	Filantropia	Casada	Espírita Kardecista	Não	Sim	Não Sabe	Não
2. ^a	50	Segundo Grau	Casa	Viúva	Católica Carismática	Não	Não	-	Sim 1 ano e 8 meses
3. ^a	40	Biologia	Funcionária Pública	Casada	Católica	Não	Sim	Não	Não
4. ^a	54	Porteira	Escola	Viúva	Espírita	Não	Não	Sim (?)	Foi só uma passeadinha
5. ^a	42	Bordadeira	Confecção	Casada	Evangélica (Ministério Comunidade Cristã)	Não	Sim	Não	Não
6. ^a	37	Auxiliar	Autônoma	Separada	Já foi Evangélica	Sim	Não	Não	Sim 8 anos
7. ^a	46	Diarista	Casa de Família	Divorciada	Evangélica	Não	Não	-	Sim 3 anos
8. ^a	37	2º. Grau	Loja	Solteira	Evangélica	Não	Não	-	Não
9. ^a	37	Costureira	Casa	Divorciada	Evangélica	Não	Não	-	Sim 2 anos
10. ^a	56	Func. Públ.	Ministério Agricultura	Viúva	Evangélica Deus é Amor	Não	Não	-	Não
11. ^a	37	Téc. Enf.	Desemp.	Solteira	Católica	Sim	Não	Não	Sim 4 ou 5 anos
12. ^a	42	Administrativa	Autônoma	Viúva	Católica	Sim	Não	Não	Sim 15 anos
13. ^a	49	Do lar	Casa	Viúva	Católica	Não	Não	-	Sim 15 anos
14. ^a	30	Do lar	Casa	Solteira	Evangélica	Sim	Não	Não	Não
15. ^a	51	Diarista	Casa	Viúva	Espírita	Sim	Não	Não	Não
16. ^a	42	Do lar	Do lar	Casada	Evangélica	Sim	Não	Sim	Sim 22 anos
17. ^a	36	Cozinheira	Rest.	Solteira	Evangélica Assembleia de Deus	Não	Não	Não	Sim 9 anos
18. ^a	36	Professora	Frigorífico	Casada	Católica	Sim	Não	Não	Sim 9 anos
19. ^a	46	Direito	Indef.	Casada	Evangélica	Sim	Não	Sim	Sim 22 anos
20. ^a	46	Costureira	Indef.	Viúva	Católica	Não	Não	-	Sim 10 anos
21. ^a	46	Do lar	Casa	Juntada	Católica	Não	Não	-	Não
22. ^a	54	Comerciante	Vendas	União estável	Evangélica Assembleia de Deus	Sim	Não	Não	Sim 10 anos
23. ^a	60	Doméstica	Casa	Casada	Católica	Sim	Não	Não	Não
24. ^a	40	Babá	Casa	Solteira	Católica	Não	Não	-	Não sabe
25. ^a	63	Agropecuária	Fazenda	Divorciada	Católica	Sim	Não	Não	Não
26. ^a	31	Publicitária	Goiânia	Casada	Evangélica Assembleia de Deus	Sim	Não	Não	Não
27. ^a	41	Nenhuma	Casa	Solteira	Evangélica Assembleia de Deus	Não	Não	-	Não
28. ^a	37	Enfermeira	Desemp.	Casada	Kardecista	Sim	Não	Não sabe	Não sabe
29. ^a	27	Cabeleireira	Salão de beleza	Solteira	Evangélica Assembleia de Deus	Não	Não	-	Sim 5 anos
30. ^a	31	Auxiliar Administrativo	Loja	Casada	Kardecista	Sim	Não	Sim	Sim 6 a 7 anos

Fonte: Questionário respondido pelas entrevistadas.

ANEXO C

Tabela II - Perfil das Pacientes que se Declararam Evangélicas

Número da Entrevistada	Idade (Anos)	Formação Profissional	Local Trabalho	Estado Civil	Religião	Vive com Pessoa de Outro Sexo	Vive com Pessoa do Mesmo Sexo	Parceiro Soro +	Convive ou Conviveu Com soro+
5.ª	42	Bordadeira	Confecção	Casada	Evangélica (Ministério Comunidade Cristã)	Não	Sim	Não	Não
6.ª	37	Auxiliar	Autônoma	Separada	Já foi evangélica	Sim	Não	Não	Sim 8 anos
7.ª	46	Diarista	Casa de Família	Divorciada	Evangélica	Não	Não	-	Sim 3 anos
8.ª	37	2o. Grau	Loja	Solteira	Evangélica	Não	Não	-	Não
9.ª	37	Costureira	Casa	Divorciada	Evangélica	Não	Não	-	Sim 2 anos
10.ª	56	Func. Públ.	Ministério da Agricultura	Viúva	Evangélica Deus é Amor	Não	Não	-	Não
14.ª	30	Do lar	Casa	Solteira	Evangélica	Sim	Não	Não	Não
16.ª	42	Do lar	Do lar	Casada	Evangélica	Sim	Não	Sim	Sim 22 anos
17.ª	36	Cozinheira	Rest.	Solteira	Evangélica Assembleia de Deus	Não	Não	Não	Sim 9 anos
19.ª	46	Direito	Indef.	Casada	Evangélica	Sim	Não	Sim	Sim 22 anos
22.ª	54	Comerciante	Vendas	União estável	Evangélica Assembleia de Deus	Sim	Não	Não	Sim 10 anos
26.ª	31	Publicitária	Goiânia	Casada	Evangélica Assembleia de Deus	Sim	Não	Não	Não
27.ª	41	Nenhuma	Casa	Solteira	Evangélica Assembleia de Deus	Não	Não	-	Não
29.ª	27	Cabeleireira	Salão de beleza	Solteira	Evangélica Assembleia de Deus	Não	Não	-	Sim 5 anos

Fonte: Questionário respondido pelas entrevistadas.

ANEXO D

Tabela III - Perfil das Pacientes Entrevistadas que se Declararam Católicas

Número da Entrevistada	Idade (Anos)	Formação Profissional	Local Trabalho	Estado Civil	Religião	Vive com Pessoa de Outro Sexo	Vive com Pessoa do Mesmo Sexo	Parceiro Soro +	Convive ou Conviveu Com soro+
2. ^a	50	Segundo Grau	Casa	Viúva	Católica Carismática	Não	Não	-	Sim 1 ano e 8 meses
3. ^a	40	Biologia	Func. Públ.	Casada	Católica	Não	Sim	Não	Não
11. ^a	37	Téc. Enf.	Desemp.	Solteira	Católica	Sim	Não	Não	4 ou 5 anos
12. ^a	42	Administração	Autônoma	Viúva	Católica	Sim	Não	Não	Sim 15 anos
13. ^a	49	Do lar	Casa	Viúva	Católica	Não	Não	-	Sim 15 anos
18. ^a	36	Professora	Frigorífico	Casada	Católica	Sim	Não	Não	Sim 9 anos
20. ^a	46	Costureira	Indef.	Viúva	Católica	Não	Não	-	Sim 10 anos
21. ^a	46	Do lar	Casa	Juntada	Católica	Não	Não	-	Não
23. ^a	60	Doméstica	Casa	Casada	Católica	Sim	Não	Não	Não
24. ^a	40	Babá	Casa	Solteira	Católica	Não	Não	-	Não sabe
25. ^a	63	Agropecuária	Fazenda	Divorciada	Católica	Sim	Não	Não	Não

Fonte: Questionário respondido pelas entrevistadas.

ANEXO E

Tabela IV - Perfil das Pacientes que se Declararam Espíritas Kardecistas

Número da Entrevistada	Idade (Anos)	Formação Profissional	Local Trabalho	Estado Civil	Religião	Vive com Pessoa de Outro Sexo	Vive com Pessoa Mesmo Sexo	Parceiro Soro +	Convive ou Conviveu Com soro+
1. ^a	60	Pedagogia/ Direito	Filantropia	Casada	Espírita Kardecista	Não	Sim	Não Sabe	Não
4. ^a	54	Porteira	Escola	Viúva	Espírita	Não	Não	Sim (?)	Foi Só Uma Passeadinha
15. ^a	51	Diarista	Casa	Viúva	Espirita	Sim	Não	Não	Não
28. ^a	37	Enfermeira	Desemprego	Casada	Kardecista	Sim	Não	Não Sabe	Não Sabe
30. ^a	31	Auxiliar Adm.	Loja	Casada	Kardecista	Sim	Não	Sim	Sim 6 A 7 Anos

Fonte: Questionário respondido pelas entrevistadas.